

# **Violência Obstétrica - inquietações e desconstruções**

**Carolina Sofia Vilela Teixeira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Fernanda Taliberti Pereto Meyer

**maio de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Carolina Sofia Vilela Teixeira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39208 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 02 /05 /2023



## **Dedicatória**

Aos meus pais, irmão, tia e avó pelo apoio ao longo destes 6 anos.



## **Agradecimentos**

À minha família, pela motivação, carinho e apoio durante todos os momentos.

À Dr. Fernanda Meyer, pela disponibilidade, e auxílio prestado ao longo da elaboração deste trabalho.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, pela oportunidade de formação.



## Resumo

“Violência obstétrica” é um conceito ainda em discussão nos diferentes segmentos sociais, desde a opinião pública, passando pelos especialistas da saúde e também pelas instâncias políticas.

Segundo a OMS e a OM, ao invés de “violência obstétrica”, devem-se adotar os termos: “maus-tratos”, “desrespeito”, “abuso” e “negligência”, pois apresentam uma maior abrangência e adaptabilidade à realidade de países como Portugal.

A investigação científico-médica atravessa agora o percurso de definição dos indicadores que permitam analisar com rigor o que são os maus-tratos, abusos e desrespeito, em matéria de cuidados maternos.

A existência de relatos devastadores de experiências negativas vivenciadas por mulheres durante a gravidez e, em particular, no parto, é também uma realidade portuguesa. As intervenções e cuidados não consentidos são o desrespeito mais apontado.

O consentimento esclarecido e informado é um requisito sem o qual a boa prática médica em geral e, portanto, também a obstétrica, não se pode concretizar. Contudo, em situações de urgência, este pode não ser necessário.

Na atualidade portuguesa, discute-se a possível necessidade de criminalizar práticas médicas consideradas violentas pelas mulheres grávidas durante a gravidez e/ou no trabalho de parto; no que diz respeito a esta situação, e tendo em conta os factos e achados desta monografia, conclui-se negativamente, por duas ordens de razões: primeiro, porque discordamos do próprio conceito de VO por desadequação aos cuidados de saúde maternos praticados em Portugal; secundamente, pela redundância, sendo que já existe em Portugal um quadro penal, rigoroso e suficientemente abrangente, dirigido aos crimes contra a integridade física, contra a liberdade pessoal e contra a liberdade e autodeterminação sexual.

Com o seguinte trabalho pretende-se desconstruir uma certa perspetiva, amplamente difundida, da defesa do conceito de “Violência Obstétrica”; analisar a necessidade da obtenção do consentimento esclarecido e informado na origem dos procedimentos médicos e debater sobre a necessidade de criminalizar, no contexto português, a “Violência Obstétrica” e tudo aquilo que este termo abrange.

A elaboração desta monografia teve por base literatura disponibilizada pela Organização Mundial da Saúde, DGS, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Advogados e do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

Foi também utilizada legislação disponibilizada em Diário de República: Código Deontológico, Código Penal e Código Civil; páginas web, como a da Entidade Reguladora da Saúde, a de Associações portuguesas que defendem os direitos humanos das mulheres, a base de dados PORDATA e projetos de informação digital.

Na pesquisa documental, recorreu-se a bancos da plataforma PubMed e da revista científica Lancet, através dos termos de pesquisa “obstetric violence”, “woman”, “childbirth”, “quality of care”, “respectful maternity care”. Consideraram-se artigos em inglês, publicados entre 2013 e 2022, selecionados em concordância com os objetivos delineados para a monografia.

## **Palavras-chave**

Violência Obstétrica;Mulher;Maus-tratos;Parto;Consentimento Informado.



## Abstract

“Obstetric violence” is a concept still under discussion in different social segments, from public opinion to health specialists, while also considering political instances.

According to the WHO and the Portuguese Order of Physicians, the terms “mistreatment”, “disrespect”, “abuse” and “neglect” should be adopted instead of “obstetric violence”, as they present a greater scope and adaptability to the reality of countries like Portugal.

Scientific and medical research is currently in the process of defining the indicators that will allow for a rigorous analysis of maltreatment, abuse, and disrespect in the field of maternal care.

The existence of devastating reports of negative experiences experienced by women during pregnancy and, particularly, childbirth is also a Portuguese reality. Non-consensual interventions and care are the most pointed forms of disrespect.

Clarified and informed consent is a requirement without which good medical practice in general, and therefore also obstetrics, cannot materialize. However, in urgent situations, it may not be necessary.

The possible need to criminalize medical practices considered violent by pregnant women during pregnancy and/or labor is currently being discussed in Portugal; with regard to this situation and taking into account the facts and findings of this monograph, we conclude negatively, for two orders of reasons: first, because we disagree with the very concept of “Obstetric Violence” for inadequacy to maternal health care practiced in Portugal; second, for redundancy, being that there already exists in Portugal a criminal framework, rigorous and sufficiently comprehensive, directed to crimes against physical integrity, against personal freedom, and against freedom and sexual self-determination.

The following paper aims to deconstruct a certain perspective, widely disseminated, of the defense of the concept of “Obstetric Violence”; to analyze the need to obtain informed consent in the origin of medical procedures and to discuss the need to criminalize, in the Portuguese context, “Obstetric Violence” and all that this term encompasses.

The preparation of this monograph was based on literature made available by the World Health Organization, the Portuguese Directorate General for Health, the Order of Physicians, the Order of Nurses, the Order of Lawyers, and the College of Gynecology and Obstetrics Specialty.

Legislation made available in Diário de República was also used: the Deontological Code, the Penal Code, and the Civil Code; websites, such as those of the Health Regulatory Entity and of Portuguese associations that defend women's human rights; the PORDATA database; and digital information projects.

For document research, databases from the PubMed platform and the scientific journal Lancet were used, using the search terms “obstetric violence”, “woman”, “childbirth”, “quality of care”, and “respectful maternity care”, and selecting articles in English published between 2013 and 2022 whose content is coherent with the objectives outlined for the monograph.

## **Keywords**

Obstetric Violence; Woman; Mistreatment; Childbirth; Informed Consent.



# Índice

Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vii
Resumo .....	ix
Palavras-chave .....	x
Abstract .....	xii
Keywords .....	xiii
Lista de Acrónimos .....	xvii
1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	3
3. Metodologia .....	5
4. Capítulo I: Aproximação Conceitual - “Violência Obstétrica” .....	7
5. Capítulo II: Das práticas desrespeitosas ao consentimento informado .....	15
5.1 Exemplos representativos de práticas médicas consideradas desrespeitosas pelas grávidas portuguesas .....	15
5.2 Da necessidade de consentimento esclarecido nos cuidados de saúde .....	18
5.3 Violência Obstétrica – O debate sobre a utilidade de a criminalizar .....	22
6. Conclusão .....	25
7. Bibliografia .....	27



## Lista de Acrónimos

CC	Código Civil
CP	Código Penal
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGS	Direção Geral da Saúde
OM	Ordem dos Médicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
VO	Violência Obstétrica



## 1. Introdução

“Todas as mulheres têm direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso.” (24) e “um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde.” (24) são as duas declarações da OMS que motivam, hoje, a discussão e debate em todo o mundo no intuito de promover a primeira e mitigar a segunda.

A Saúde, o Direito, a Sociologia, a Religião, a Política, mas também a sociedade civil, são chamadas à coação (2-4, 10, 18, 20, 22, 30, 34). A abrangência da temática assim o exige e a desumanidade que expõe não abona para o progresso civilizacional do que é Ser Humano.

Inquietações têm de ser expostas e desconstruções reflexivas têm de ser produzidas: começaremos por abordar o próprio conceito “Violência Obstétrica” cujo referencial de significado não é consensual, indiciando desadequação, nalguns dos contextos socioculturais do mundo (7). Esta falta de clareza conceitual parece provocar constrangimentos na investigação técnico-científica (58).

Avançaremos por aspetos jurídicos (3, 10, 30, 32, 34) aos quais urge dar atenção. Na verdade, sentam-se no banco dos réus muito mais os profissionais de saúde e muito menos as instituições de saúde onde trabalham.

A tutela das mulheres grávidas é a questão profunda da reflexão: a salvaguarda da sua vida e a promoção do bem-estar que merecem, exigem responsabilidades de quem presta cuidados, que tem o dever de informar, mas também de quem os recebe que, para exercer a autodeterminação da sua vida, tem a responsabilidade de procurar compreender a informação, para que as suas decisões sejam livres (29, 35). O fator facilitador desta dinâmica é a comunicação eficaz, que nem sempre ocorre, apontaremos alguns dos motivos (31).

Iniciaremos o Capítulo II com a identificação, simbólica, de três práticas médicas que as mulheres grávidas portuguesas experienciam negativamente - toque vaginal, episiotomia e manobra de Kristeller (16, 47).

As intervenções, nos cuidados de saúde materna, exigem dádiva de consentimento, que não é mais do que “um ato intencional e voluntário, que autoriza alguém, no caso em

apreço o prestador dos cuidados de saúde, quer a título individual quer institucional, a agir de determinada forma no decorrer do ato terapêutico.” (31).

O consentimento informado levanta inquietações interessantes:

- O que lhe dá validade?

- Que modalidades de comunicação assume?

- Há exceções na obrigatoriedade do consentimento?

Das exceções configuradas na legislação portuguesa, daremos atenção à ausência de consentimento nas situações de urgência (30).

Para concluir assumiremos resposta à pergunta: - criminalizar ou não a “Violência Obstétrica” em Portugal?

## **2. Objetivos**

Este trabalho assumirá um percurso que tem como objetivo central desconstruir uma certa visão, amplamente difundida, da defesa do conceito de “Violência Obstétrica”, passando pela análise da necessidade da obtenção do consentimento esclarecido e informado na origem dos procedimentos médicos, uma vez que as intervenções e cuidados não consentidos são o desrespeito mais apontado pelas parturientes portuguesas. Por fim, pretende-se debater sobre a necessidade de criminalizar, no contexto português, a “Violência Obstétrica”.



### **3. Metodologia**

A elaboração desta monografia teve por base literatura disponibilizada pelas principais referências, no que diz respeito à prática clínica: Organização Mundial da Saúde e, em Portugal, DGS e OM. Além disso, recorreremos a publicações da Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Advogados e do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

Foi também utilizada Legislação disponibilizada em Diário de República: Código Deontológico, Código Penal e Código Civil.

Consultaram-se outras fontes de interesse, como Associações portuguesas, que têm como objetivo a defesa dos direitos humanos das mulheres; páginas web relevantes para o tema em questão, como a da Entidade Reguladora da Saúde, a base de dados PORDATA e projetos de informação digital.

Na pesquisa documental recorreu-se a bancos da plataforma PubMed e da revista científica Lancet, através dos termos de pesquisa “obstetric violence”, “woman”, “childbirth”, “quality of care”, “respectful maternity care”.

Foram considerados artigos em inglês, publicados entre 2013 e 2022, selecionados em concordância com os objetivos delineados para a monografia.



## **4. Capítulo I: Aproximação Conceitual - “Violência Obstétrica”**

A OMS define a violência “[...] uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.” (1). Vemos que está em causa o sofrimento, dano, prejuízo, privação e, a mais grave de todas, a morte, direcionada a um indivíduo ou a um grupo ou comunidade.

Também nós consideramos a violência como um problema social grave, que a todos diz respeito e ao qual o cidadão é convocado para uma reflexão-ação cada vez mais atenta e crítica. Quando se adiciona o atributo obstétrica, a violência é redimensionada para a prática médica, num tom acusatório, como se a obstetrícia fosse o bode expiatório isolado, que arca com a culpa de todos: famílias, mulheres, decisores políticos, juristas, religiosos, entre outros (14).

Situamos a nossa perspetiva reflexiva na desconstrução desta visão diabolizada, hoje amplamente veiculada (com frequência nos meios de comunicação sociais abertos e sem monitorização científica suficiente) e direcionamo-nos numa linha compreensiva da “violência obstétrica” que articule estruturas sociais e conceções culturais que constituem a dinâmica dos contextos comunitários em que vivemos. Acompanhando a evolução da sociedade portuguesa, os serviços de saúde, sobretudo com a criação do SNS em 15 de setembro de 1979 (9), tiveram uma evolução reconhecida e os cuidados de saúde materno-infantil são já de excelência (2).

(Re)Pensar o conceito “violência obstétrica” é mais do que uma questão de léxico, é identificar/debater/contrastar os indícios que vão construindo imaginários de sentido que rapidamente passam a representar a conceção de cultura, da comunidade (14).

A discussão do léxico anda, fundamentalmente, em torno do debate: - violência obstétrica ou maus-tratos? Nos países de língua inglesa, usam-se os termos “mistreatment”, “disrespect” ou “abuse”, independentemente da situação (17). Em Portugal ganha relevo o termo “violência obstétrica” fundado por ativistas latino-americanas no início do século XXI (5, 6, 17).

“Violência obstétrica” é um conceito ainda em discussão nos diferentes segmentos sociais, desde a opinião pública, passando pelos especialistas da saúde, também pelas instâncias políticas, como a ONU (18) e o Conselho da Europa (20), que a reconheceram em 2019 e o Parlamento Europeu em 2021 (12, 22). Em 2021 a Assembleia da República Portuguesa

emitiu a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, que recomenda ao Governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas (3). Outra iniciativa parlamentar é a proposta do Projeto de Lei 912/XIV/2, que visa reforçar a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica (4).

O conceito VO ressurgiu no debate público em consequência das primeiras iniciativas legislativas: em 2007, na Venezuela, com a regulamentação da “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, onde se encontra a penalização de todas as formas de violência, incluindo a obstétrica (5, 25, 54). Mais tarde, em 2009, na Argentina: Ley 24.685, “Protección integral para prevenir e sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”, onde se define violência obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.” (6, 25, 54).

Acompanhadas, quer pela Organização Mundial de Saúde (24, 54) quer pela Ordem dos Médicos (7), assumimos a adequação das formas significantes da linha anglo-saxónica: “maus-tratos”, “desrespeito”, “abuso” e “negligência”. Segundo a OM, “o termo “violência” está conotado com agressão física ou psicológica, na forma de abandono, tortura, espancamento, mutilação ou mesmo homicídio”, ajustando-se mais aos países onde não são respeitados os Direitos Humanos, países aos quais a OMS tem dirigido especial atenção (7). Já “o termo “maus-tratos” é mais abrangente e mais adaptável à realidade de países como Portugal; inclui situações de abuso físico ou verbal, falha de prestação de cuidados adequados, negligência, discriminação e/ou recusa de aceitação da autonomia da mulher, depois de devidamente esclarecida sobre os benefícios, os malefícios e a justiça distributiva/social das suas decisões.” (7).

A nossa decisão assenta no facto de considerarmos o conceito VO alarmista, atentatório ao profissionalismo dos profissionais de saúde, obscuramente sincrético e desvantajoso, pois:

- i- lança alarme, medo e desconfiança sobre as grávidas e as suas famílias, potenciando deste modo o afastamento das grávidas das instituições de saúde (2);
- ii- ofende o profissionalismo médico amplamente empenhado na prestação do melhor cuidado (2), em estreito dever de conduta de exercer a sua profissão de acordo com as *leges artis* com o maior respeito pelo direito à saúde das pessoas e da comunidade (2, 8);

iii- “a comunidade científica e as instituições internacionais separam o conceito de violência obstétrica de outras formas de desrespeito ou insatisfação.” (2). Na verdade, há um conjunto de características que lhe confere especificidade: a mulher grávida em geral é saudável (distingue-se da generalidade das pessoas que recorrem aos cuidados médicos porque estão doentes), quem pare são as mulheres e não os homens (enfoque de género e do feminino), têm o direito ao poder de autonomia nas decisões que lhes dizem respeito (dirige a temática para os direitos humanos), a gravidez, o parto e o nascimento afetam a função sexual (dimensão da sexualidade) (57).

O trato desrespeitoso ou maus-tratos, no contexto da saúde materna, exprime complexidade: ocorre na relação médico-paciente, mas também, para ela contribui um conjunto de falhas “sistémicas das unidades de saúde e do sistema de saúde: incluindo estruturas de supervisão deficientes, pessoal insuficiente, cadeias de abastecimento inadequadas, más condições físicas e políticas.” (58).

Além das razões apresentadas acresce a falta de entorno jurídico substancial próprio: em Portugal, o conceito VO não está presente nem na Constituição da República Portuguesa nem no Código Penal Português (27, 30, 32), desconhece-se registo de alguma condenação dos tribunais portugueses por VO (2).

Como se indica no estudo científico baseado em evidências: “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”, a obscuridade da conceitualização VO, por falta de um padrão-tipo definidor consensual, tem implicações na recolha de informação e na definição de ferramentas universais de medida nas investigações científicas internacionais dificultando o apuramento de evidências por ausência de critérios definidores (58).

Os autores adotaram a expressão “maus-tratos às mulheres” por considerarem que é mais ampla e inclusiva, englobando melhor todo o género de experiências que são descritas pelas mulheres e profissionais de saúde (58).

A investigação científica-médica está a percorrer esse caminho de definir os indicadores que permitam analisar com rigor o que são os maus-tratos, abusos e desrespeito, em matéria de cuidados maternos. Em 2010, Bowser e Hill indicaram, relativamente ao parto, sete categorias de atendimento desrespeitoso e abusivo: abuso físico, atendimento clínico não consentido, atendimento não confidencial, atendimento não digno, discriminação, abandono e detenção em unidades de saúde (58). Freedman et al. acrescentam categorias que permitiram demonstrar como a conceção de desrespeito e maus-tratos pode variar consoante a escala de análise for individual ou estrutural/política (58, 59).

Como propuseram Bohren et al. é preciso continuar a produzir estudos com indicadores validados cientificamente, produzir ferramentas para medir a prevalência de maus-tratos de mulheres durante a gravidez e o parto. Neste modo rigoroso será possível desenvolver um consenso global sobre a definição de “maus-tratos à mulher” e identificar intervenções para os reduzir (58).

O nível jurídico também dá passos ao proceder à 2ª alteração à Lei 15/2014 (23), de 21 de março com a Lei 110/2019, de 9 de setembro, que aumenta a proteção das mulheres em idade reprodutiva em contexto de saúde, incluindo no parto, (10, 25). Aqui se estabelecem os princípios, os direitos e deveres específicos das grávidas, parturientes e puérperas, o que correspondem ao dever dos profissionais de saúde não os violarem, sob pena de se exporem a delitos de responsabilidade civil (10, 25).

Destacamos aqui os direitos:

- a) “O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências” (10);
- b) “O direito à confidencialidade e à privacidade” (10);
- c) “O direito a serem tratadas com dignidade e com respeito” (10);
- d) “O direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência” (10);
- e) “O direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas” (10);
- f) “O direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados” (10);
- g) “O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas” (10).

Os direitos vão ao encontro das primeiras quatro Recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento (11):

- 01- “Cuidados respeitadores, garantindo a dignidade, privacidade, confidencialidade e a ausência de danos e maus tratos. Permitir a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto” (11).
- 02- “Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e as mulheres em trabalho de parto” (11).

03-“Presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto” (11).

04-“Modelos de continuidade de cuidados liderados por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica que acompanham a mulher ao longo do seu processo de maternidade, durante todo o período pré-parto, intraparto e pós-parto” (11).

Não negamos e lamentamos a existência de relatos devastadores de experiências negativas vivenciadas por mulheres durante a gravidez e, em particular, no parto, como se pode comprovar pelos testemunhos recolhidos no “Inquérito Experiências de Parto em Portugal” da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (15) e na segunda edição deste mesmo inquérito (16).

Sabemos que as experiências negativas do parto imprimem sentimentos e memórias, que podem eternizar-se na vida, com impactos: na autoestima, na vinculação com o bebé, no processo da amamentação, na vida sexual, na relação com o companheiro/a (4, 12, 24, 54), sem esquecermos a possibilidade do desenvolvimento de transtorno de stress pós-traumático e depressão pós-parto, amplamente divulgadas na literatura (12).

Efetivamente, a OMS defende que, há mais para fazer, para que as mulheres se sintam seguras e confortáveis durante o parto, garantindo uma experiência positiva (1, 4).

No parto, a mulher encontra-se numa situação de vulnerabilidade acrescida, condição essa reconhecida pelo artigo 15ºA nº3 da Lei 110/2019, de 9 de setembro (10) e pela Organização Mundial de Saúde que define as grávidas, parturientes e puérperas como um grupo vulnerável (24, 54).

O desafio é mitigar os índices de insatisfação das parturientes e melhorar a saúde materna exigindo melhores instalações e mais recursos humanos. Com a Dra. Catarina Reis de Carvalho, Médica de Ginecologia-Obstetrícia no Hospital de Santa Maria, sublinhamos que “Já percorremos um longo caminho, mas há muito ainda por fazer. Neste trajeto, não deixemos de recordar que a grande maioria dos médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica estão igualmente empenhados nesta luta. Não deixemos de reconhecer que há excelência nos cuidados de saúde obstétricos em Portugal e que, no fim, cuidadores e grávidas querem o mesmo: mães e bebés saudáveis e felizes.” (14).

Anuímos a necessidade de evolução nos cuidados de saúde, recusamos que a solução passe por diabolizar os cuidados de saúde existentes. Com Dra. Catarina Reis de Carvalho sublinhamos ainda: “Nas redes sociais, vai-se propagando a ideia que qualquer grávida será, por princípio, maltratada.” (14); “Os médicos e enfermeiros aparecem retratados

como homens e mulheres sem alma cujo propósito é maltratar, cortar, magoar, ofender...” (14).

Pelo contrário, é preciso desconstruir essa visão que não entronca com os avanços da Obstetrícia moderna (cesarianas, partos hospitalares, cuidados neonatais) que melhoraram drasticamente a sobrevivência materna e neonatal (2). Em 1970 a ratio de mortalidade materna era de 73,4/100.000 nascimentos vivos e a mortalidade perinatal de 38,9/1.000 nascimentos (2). Já na última década, de 2010 a 2019, a mediana de ratio de mortalidade materna e de mortalidade perinatal foi, respetivamente, de 7,15/100.000 e 3,9/1.000 (2).

No centro desta diabolização está, acima de tudo, a falta de uma comunicação eficaz. “Os profissionais de saúde têm muita formação do ponto de vista dos procedimentos médicos, mas ficam muito desamparados no que diz respeito às competências de comunicação”, afirma a Dra. Raquel Costa (17).

Este desamparo é visível em níveis diferentes: desde logo na comunicação com as pessoas que tratam, que, na prática médica quotidiana, tem de ser adequada constantemente a níveis socioculturais muito díspares, além da exigência de frequentemente ser necessário simplificar informação técnica que, muitas vezes, é complexa (28); desafio que assume especial importância na dádiva de consentimento para os atos médicos (33).

Num outro plano, a falta de comunicação eficaz é visível também numa certa demissão, ou pelo menos tomadas de posição tardias, frente a discursos interpretativos incorretos da sua especialidade, que rapidamente são difundidos nos meios de comunicação. Exemplo disto é Carta ao Editor publicada na Lancet (21) que esclarece (bem, mas tarde) a mensagem errada, transmitida pelos órgãos de comunicação social nacionais, que colocou Portugal como o terceiro pior país, em alegadas práticas de “violência obstétrica”, deturpando a análise efetuada num estudo que incluiu 12 países europeus (19, 26).

João Bernardes, presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, da Ordem dos Médicos, e Ana Reynolds, ambos professores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, clarificam que, “ao contrário do que foi noticiado, Portugal apresentou resultados globalmente iguais ou superiores à mediana dos países incluídos no estudo onde figuram países como a Suécia, a Noruega, a Alemanha, a França, a Itália e a Espanha, entre outros.” (26). Sublinham ainda, que “Portugal ocupou uma das melhores posições, e não uma das piores, em termos de qualidade de prestação de cuidados obstétricos durante o período em análise relacionado com a Pandemia da Covid-19.” (26). Mais adiante clarificam que, o estudo europeu publicado na Lancet (19) nunca refere a palavra “violência” (26). Nesse dado, o artigo “Quality of facility-based maternal and

newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region” (19) está em sintonia com a decisão conceitual defendida pelo Colégio da Especialidade e pelas Organizações Mundiais de reconhecido mérito (2, 24). A imprensa portuguesa, errada e repetidamente, tem divulgado a ideia inversa: – que o Colégio de Ginecologia e Obstetrícia português adota uma conceitualização dissonante das restantes Organizações relevantes em matéria de saúde da saúde (26).

Contígua à diabolização dos cuidados de saúde maternos, está outra inquietação: a crescente propagação de discursos radicalizados, populistas de inflamação fácil alimentados por pessoas sem a devida preparação obstétrica, que confundem e minam a relação fundamental de confiança que deve existir entre os profissionais de saúde, as grávidas e as suas famílias (14). É necessário desconstruir os populismos inférteis. Sendo certo que “Vários momentos na História nos mostram que só quando se radicaliza um assunto é que ele sai verdadeiramente para debate. Só aí é que ganha importância, deixa de estar num extremo para ser colocado no meio.”, como referido na publicação “Violência obstétrica: a realidade traumática de muitos partos” do Setenta e Quatro, um projeto de informação digital (17).

Na medicina, não há procedimentos que devam ser sempre realizados, mas também não há os que nunca devem ser realizados (14). Com o Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia recomenda-se prudência, neste tema tão sensível (2).

Usar ou não expressão “Violência Obstétrica”? Sim, responde uma linha de investigadores como Sylvie Lévesque e Audrey Ferron-Parayre (60). Não, responde outra linha de investigadores como Swartz e Lappeman (61). Nós acompanhamos este segundo grupo.

Finalizamos este capítulo indicando pistas de reflexão que podem contribuir para a melhoria da saúde materna (14):

- i- Melhorar as plataformas digitais de registo das ações médicas, frequentemente são pouco intuitivas e duplicam informação;
- ii- Investir na educação para a saúde das grávidas através de fontes credíveis e confiáveis, aumentando a literacia em saúde, incentivando os casais a negociar um Plano de Parto, por forma a, por um lado, minimizarem-se as ocorrências de situações desagradáveis e, por outro lado, fomentarem-se experiências de parto positivas, de modo a estabelecer uma relação de confiança com os serviços de saúde.

iii- Disponibilizar orçamentos conducentes com as necessidades de atualizar as salas de parto, mitigando-se a existência de material obsoleto que ainda existe nalgumas maternidades e, sobretudo, investir-se no aumento dos recursos humanos de qualidade.

iv- Definir no horário semanal dos profissionais de saúde tempo para atualização de formação, não só, mas sobretudo, nas áreas da comunicação eficaz e jurídica.

No capítulo seguinte começaremos com exemplos de práticas médicas que as grávidas portuguesas consideram desrespeitosas, prosseguiremos com a análise da necessidade da obtenção do consentimento esclarecido e informado, enfatizando: o conceito, condições de validade, limites e – a situação mais inquietante e exigente que é a exceção de consentimento nas situações de urgência, para concluirmos com o debate sobre a utilidade, no contexto português, de criminalizar a VO.

## **5. Capítulo II: Das práticas desrespeitosas ao consentimento informado**

### **5.1 Exemplos representativos de práticas médicas consideradas desrespeitosas pelas grávidas portuguesas**

Dissemos que o conceito VO não se adequa à prática médica portuguesa, que revela indicadores de excelência, como a ratio de mortalidade neonatal ocorrida durante o primeiro mês de vida de 1,7/1000 nascimentos em 2021 (45) e a ratio de mortalidade materna 20,1/100 000 em 2020 (46).

Reconhecemos também que, ainda assim, é necessário continuar a melhorar os cuidados de saúde em todas as suas vertentes (instalações e equipamentos, recursos humanos, estratégias e políticas), para que diminua o número de mulheres grávidas que se sentem desrespeitadas pelos profissionais de saúde que as acompanham durante a gravidez e no parto (24).

Atualmente já distantes de uma postura exclusivamente paternalista, a relação médico-paciente, continua a evidenciar os princípios milenares hipocráticos como o da beneficência e o da não maleficência, evidenciado nos aforismos hipocráticos: “primum no nocere” (48), que se caracteriza por evitar que os outros sofram.

A partir da Declaração dos Direitos Humanos, acresce, nesta relação médico-paciente, o princípio da autonomia, que coloca o paciente como centro decisor das práticas médicas que afetam a sua vida (29).

Para evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro, a OMS coloca-nos, na 5<sup>a</sup> medida, o dever de “Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas.” (24).

Nesta ordem de ideias, consideramos que não é de ignorar a vivência negativa que as parturientes portuguesas dizem experienciar (15, 16, 54). Estas experiências podem ocorrer ao longo de todo o período de gravidez, é, contudo, no momento do parto, que elas são relatadas com maior recorrência. As intervenções e cuidados não consentidos (aspecto que desenvolveremos mais adiante) são o desrespeito mais apontado. O abuso verbal também é recorrentemente destacado (16).

Dos atos médicos que são colocados em crise (47) destacamos: toque vaginal durante o trabalho de parto, episiotomia e manobra de Kristeller.

O toque vaginal, também denominado palpação digital da vagina, é uma avaliação a que os profissionais de saúde recorrem para avaliar a progressão do parto “e a possibilidade de se realizarem intervenções obstétricas, quando necessárias, como a aplicação de uma ventosa ou fórceps, tendo em vista a deteção, a prevenção e o tratamento de anomalias que podem comprometer o parto”, segundo o Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia (47).

Decorre, portanto, a sua utilidade. Porém, muitas mulheres consideram-na muito invasiva, recebem o toque vaginal com desconforto, receio e dor (38, 53). Sobre esta estratégia de avaliação expõem, ainda, o facto de a sua realização ser executada por vários profissionais (38). Aquilo que a OM justifica com racionalidade lógica – indicadores clínicos ou pedagógicas: “aferir avaliações que possam ter deixado dúvidas ou para fins de ensino-aprendizagem, com a devida explicação e consentimento.” (47), é visto pelas mulheres como uma ofensa da privacidade, da intimidade, de um dos sítios do corpo mais significantes da sua condição feminina e que os padrões culturais ensinam que seja reservado. Percebe-se desequilíbrio entre perspetivas: uma de pendor técnico-científico cuja prioridade é garantir um parto seguro do ponto de vista clínico, com a proteção da vida na raiz da ação e, a outra, reflete uma cultura empírica pessoal onde prevalecem impactos emocionais, crenças e expectativas dessa mulher concreta.

Esta dicotomia apresenta questões interessantes relativas ao corpo – áreas privadas que deixam de o ser. Se numa relação amorosa, o corpo a ser tocado não apresenta obstáculos culturais, o mesmo não acontece na relação médico-grávida, existem constrangimentos pela exposição genital que o exame supõe (53). Não é de excluir este fator na base dos sentimentos de desconforto vividos pelas parturientes (53).

A questão da frequência e do número total de toque vaginais durante o parto é apontada pela OMS, na sua 16<sup>a</sup> recomendação, como uma prioridade a restringir em situações de baixo risco e na prática de rotina. Nestes casos, recomenda a OMS, quatro horas de intervalo no primeiro estágio ativo. A sua realização por diferentes técnicos também é de evitar “Exames vaginais da mesma mulher por múltiplos cuidadores também deve ser evitado.” (11). Também no Código Deontológico dos Médicos, no Capítulo II, Artigo 4<sup>o</sup> ponto 3, se contempla a intervenção mínima ao condenar práticas desnecessárias não justificadas pelo interesse do doente (8). Portanto, as preocupações e sentimentos expressos pelas mulheres grávidas encontram eco nas recomendações da OMS, mas também nos deveres reguladores de ação dos médicos portugueses.

A episiotomia é outra das práticas experimentada negativamente, trata-se de um procedimento realizado por incisão cirúrgica que consiste no “corte que se realiza no

períneo da mulher, isto é, na região situada entre a vulva e o ânus, normalmente realizado sob anestesia local ou epidural, para ampliar a abertura vulvo-vaginal”, aponta com vantagem de síntese, a OM (47).

É certo que esta técnica não deve ser universalmente aplicada, a OMS indica-a como não recomendada, por rotina, em parto vaginal espontâneo (11). Contudo, a sua utilização seletiva faz sentido nas situações complicadas “em que não é seguro, de outra forma, exteriorizar-se o feto, por via vaginal, nomeadamente durante a aplicação de uma ventosa ou de um fórceps, perante situações de sofrimento fetal ou de risco de lesões maternas, particularmente do esfíncter anal” esta é uma boa prática, esclarece a OM (47). No mesmo sentido vai a recomendação 39 da OMS “O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como sofrimento fetal que requer parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais.” (11). O investimento é no aumento da seletividade, aplicando-a apenas nos casos de emergência e não por rotina, recomenda a medicina baseada em evidências (55).

A manobra de Kristeller é de acordo com a OM, “uma manobra em que se empurra de forma forçada a região superior (fundo) do útero em direção à pelve e à vagina materna na tentativa de ajudar o feto a exteriorizar-se, sem limite ou controlo da força exercida, por vezes de forma muito violenta, com projeção do corpo do interveniente sobre o abdómen da grávida.” (47). Na verdade, “esta manobra é perigosa para a mãe e para o feto” (47) e não está recomendada a sua prática pela OMS (11).

O estudo observação – “Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis” – realizado no Egito, com 8.097 mulheres constatou o aumento do risco de lacerações perineais graves, rutura uterina, dispareunia e incontinência urinária seis meses após o parto, como efeitos da manobra de Kristeller (56).

Põe à coação a OM, e nós também, que esta manobra pode estar a ser confundida pelas mulheres que a apontam como desrespeitosa, com outras manobras de manipulação abdominal que são boa-prática, como sejam: a terceira manobra de Leopold, a manobra de Hillis-Mueller, a massagem uterina para exteriorização da placenta, entre outras (47). Não é aqui irrelevante a baixa literacia das mulheres para compreender o que está a acontecer no parto, fator que merece alteração.

Para concluir, uma ressalva e uma dificuldade. A ressalva passa por indicar que as experiências negativas na vivência da gravidez, não são exclusivas das mulheres portuguesas. Além da literatura internacional que publica sobre a temática, em

consequência dos ecos das suas comunidades, sabemos que, por exemplo, países como a França, Finlândia e Grécia, em 2021, tiveram resultados inferiores aos portugueses relativamente às mulheres com necessidades de cuidados médicos insatisfeitas 3,3 % França, 5,0% Finlândia e 7,2% Grécia, enquanto em Portugal a percentagem foi de 3,0% (13). As mulheres integradas neste resultado são a motivação para continuarmos a trabalhar no sentido da melhoria dos cuidados de saúde.

A dificuldade que não queremos deixar de notar, tem que ver com a falta de literatura que denote a experiência positiva em matéria de saúde materna, afinal de contas, as vivências positivas são a larga maioria das situações (16). Fruto do palco mediático que a questão do desrespeito e abuso nos cuidados de saúde materna está a ter na atualidade (12, 14), pode estar a passar-se uma mensagem de fundo denegridora dos avanços que a especialidade de ginecologia-obstetrícia tem preconizado nas últimas décadas – inquieta-nos a falta de justeza desta desproporcionalidade.

## **5.2 Da necessidade de consentimento esclarecido nos cuidados de saúde**

No centro da discussão acerca da VO está também o debate sobre o consentimento informado, requisito sem o qual a prática médica, em geral e, portanto, também a obstétrica, não se pode concretizar (29).

A inexistência de consentimento, na prática médica, assume particular importância porque pode estar em questão, a punição, no limite, com a medida mais gravosa - a ausência de liberdade do médico - que pode ir até 3 anos (30). Esta contundência está plasmada no nº 1 do artigo 156º do CP relativo às intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos: “1 - As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.” (30).

A defesa da vida, (a não ofensa grave do corpo) - da integridade física do ser humano - constitui o critério que coloca no centro da ação médica o respeito pela autodeterminação e confere a cada sujeito que necessita de cuidados a responsabilidade de se autodeterminar. Nesta ordem de ideias, a intervenção médica realizada com intuito de “prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.” (30).

O consentimento, no contexto da prática médica, “é um ato intencional e voluntário, que autoriza alguém, no caso em apreço o prestador dos cuidados de saúde, quer a título individual quer institucional, a agir de determinada forma no decorrer do ato terapêutico.” (31).

A responsabilidade profunda de “ter nas mãos” a vida de outrem, impõe que a ação médica seja circunscrita à adequação com o estado dos conhecimentos da medicina e à não violação *leges artis* (30).

Em Portugal, o direito de consentir está consagrado, dispersamente, noutros ornamentos jurídicos para além do CP. Acompanhadas pela referência bibliográfica do Professor Doutor André Gonçalo Dias Pereira, Professor de Teoria Geral do Direito Civil e de Direito da Medicina da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (29), encontramos-lo no artigo 25.º CRP que consagra os direitos fundamentais da pessoa, entre os quais o direito à integridade física e moral (32), mas também no CC que no n.º1 do artigo 70.º protege os indivíduos contra qualquer ofensa ilícita à sua personalidade moral ou física (33).

Na Lei de Bases da Saúde, na Base 2 sobre Direitos e deveres das pessoas, legisla-se na alínea e) que todas as pessoas têm direito “A ser informadas de forma adequada, acessível, objetiva, completa e inteligível sobre a sua situação, o objetivo, a natureza, as alternativas possíveis, os benefícios e riscos das intervenções propostas e a evolução provável do seu estado de saúde em função do plano de cuidados a adotar” (34).

No Código Deontológico dos Médicos, encontra-se também previsto o consentimento, no n.º1 artigo 20.º pode ler-se: “o consentimento do doente só é válido se este, no momento em que o dá, tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coações físicas ou morais.” (8).

Na indicação da deontologia médica no n.º 1 do artigo 20º suprarreferida já integra as condições cumulativas de validade do consentimento: a capacidade, informação, esclarecimento e consentir (8). Em primeiro lugar o paciente tem de ter capacidade para tomar decisões, para isso necessita de ter informação que compreenda, para que, em liberdade, possa consentir (35).

Daqui decorre que o consentimento válido cruza direitos do doente com deveres do cuidador: o doente para consentir a intervenção médica tem de estar informado, portanto, tem direito a saber o conteúdo sobre o qual vai dar (ou não) consentimento, o que, por consequência, obriga o prestador de cuidados ao dever de informação, de modo entendível para o doente, exigindo-se do médico o dever de esclarecimento (35). “A autodeterminação nos cuidados de saúde implica, não só que o paciente consinta ou recuse (heteronomamente) determinada intervenção, mas que tenha todos elementos de

análise sobre as possibilidades de tratamento possíveis, no domínio médico, cirúrgico e farmacêutico.” (29).

A Entidade Reguladora da Saúde identifica o conteúdo sobre o qual versa a informação a prestar para que o doente possa decidir em liberdade:

“(...) a informação a fornecer deve respeitar a:

- a) Diagnóstico e descrição da condição clínica;
- b) Descrição do tratamento proposto, sua natureza e objetivo;
- c) Riscos e possíveis complicações associadas ao tratamento;
- d) Tratamentos alternativos;
- e) Riscos do não tratamento;
- f) Probabilidade de sucesso do tratamento.” (31)

Comumente, na dádiva de informação o médico segue o princípio da liberdade declarativa, expresso no artigo 217º do CC (33), adotando geralmente a oralidade, acorda com o paciente, tácita ou expressamente, o consentimento para a intervenção (ressalve-se os casos em que a Lei obriga a um consentimento expresso, como por exemplo: nos ensaios clínicos de medicamentos, na procriação medicamente assistida, na obtenção e utilização de material biológico em bancos de produtos biológicos, entre outros) (42).

O consentimento quando escrito, tem mais vantagem protetora, quer do paciente quer do médico, aos dois facilita a materialização da prova em caso de litígio, ao paciente dá mais tempo para refletir na compreensão do conteúdo expresso (44). Esta é a modalidade adequada para consentir nas situações mais graves para a saúde e para a vida (44), definidas na Norma nº 015/2013 da Direção Geral da Saúde (43).

Nos antípodas do consentimento explícito escrito está o consentimento tácito onde basta um comportamento que dê ao médico informação suficiente para concluir da vontade do paciente e não propriamente por um ato comunicativo verbal (44).

O imperativo de informação e de esclarecimento, imprescindíveis no consentimento para a prática de cuidados de saúde, situam a abordagem na comunicação, exigindo-se do médico, além do património científico e técnico, o domínio de competências comunicacionais, a Entidade Reguladora da Saúde di-lo claramente: “No decorrer do processo de obtenção do consentimento informado a comunicação tem um papel central” (31).

Do ponto de vista do prestador de cuidados de saúde, exige-se que utilize uma linguagem acessível e simples, adequada às capacidades intelectuais de cada paciente, em diálogo com o quadro de valores do paciente (31).

Acresce a complexidade, a comunicação não se cinge à relação estreita médico-paciente, estende-se a diferentes níveis: médico - doente, comunicação entre os elementos que compõe a equipa médica, comunicação com a família do doente (31).

Este aspeto levanta inquietações que não são de pormenor, podendo mesmo constituir-se em obstáculo com consequências na ação médica, que “têm origem no “ruído” que se pode estabelecer na comunicação.” (31). Recomenda a Entidade Reguladora da Saúde a necessidade de as estruturas de saúde desenvolverem planos para a melhoria da comunicação: “A existência de condições para uma comunicação correta deve ser preocupação das estruturas de saúde, que devem desenvolver planos para uma melhoria constante desta.” (31).

Os constrangimentos comunicativos ampliam-se nas situações de urgência. A intervenção médica em cuidados de urgência é a situação onde o cumprimento do imperativo da necessidade de consentimento é mais difícil de executar e, em muito casos, é mesmo impossível, pela própria definição de urgência que impõe prioridade de uma ação em detrimento do tempo prévio que a obtenção do consentimento pressupõe: “A urgência é uma situação em que não é possível, em tempo útil, obter o consentimento do lesado ou dos seus representantes legais (...)” (31).

Nas palavras do Obstetra Álvaro Cohen (Presidente da Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal): “muitas vezes não se consegue antecipar o que vai correr mal. E a intervenção num parto é sempre algo de dramático e em que a rapidez pode fazer a diferença” entre a vida ou a morte do bebé. Com uma tal urgência, “não há tempo para explicar à grávida todos os procedimentos que é preciso seguir”. (52).

O tratamento em situação de urgência pode dispensar a obtenção de consentimento em circunstância de perigo de vida ou de agravamento do estado de saúde (31).

O fundamento legal para a desnecessidade de consentimento encontra-se no artigo 8º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina: “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se--á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.” (36).

Encontramos a mesma dispensa no artigo 156º, n.º2, do CP (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários) “2 - O facto não é punível quando o consentimento: a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.” (30).

O primado é o da vida, do corpo ou da saúde, mas, sob a presunção de que o consentimento não seria recusado, isto é, se o médico souber que o doente não quereria o tratamento em qualquer caso, deve abster-se de o fazer, quaisquer que sejam as consequências para o doente (31). Portanto, estamos no enquadramento típico do consentimento presumido, onde “A finalidade de salvar – que chega a prescindir de um ato de consentimento informado – explica que este regime especial não valha para intervenções desnecessárias e irreversíveis.” (31).

### **5.3 Violência Obstétrica – O debate sobre a utilidade de a criminalizar**

Na atualidade portuguesa, discute-se a hipótese da necessidade de criminalizar práticas médicas consideradas violentas pelas mulheres grávidas e/ou no trabalho de parto (4). Para além do âmbito da saúde, esta discussão está instaurada ao nível político e jurídico, mas também na sociedade civil, interessando ao jornalismo de investigação (37) e às mulheres que se vão organizando em associações em prol dos direitos das mulheres e, em particular das grávidas, como é o caso da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (38).

O debate em Portugal ganhou força com a proposta de Projeto Lei n.º 912/xiv/2.<sup>a</sup> que pretendia reforçar a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica (4). Sobre a matéria em apreço, estão disponíveis os pareceres da OM (2), da Ordem dos Enfermeiros (39), da Ordem dos Advogados (40), do Conselho Superior do Ministério Público (41), sendo que em todos eles se manifesta a clara indicação da necessidade de estudos técnicos e científicos mais aprofundados e direcionados para a realidade portuguesa (2, 39, 40, 41).

Para a OM a proposta de alteração do artigo 15-A da Lei 15/2014, de 21 de Março com a redação da Lei 110/2019, de 09 de Setembro, “não tem sustentação na realidade de prestação de cuidados de saúde obstétricos em Portugal sendo de refutar a definição legal de violência obstétrica e, conseqüentemente, os conceitos propostos de violência física e psicológica.” (2). Complementarmente às razões apresentadas pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, afirma a OM:

- i- dever de “cautela na criação de normas penais que são sempre a *ultima ratio* da intervenção do direito na vida social” (2);
- ii- prejuízo do princípio da proporcionalidade, reconhece necessidade de melhorias, na proteção das mulheres grávidas, nomeadamente, no que diz respeito à informação prestada e ao consentimento esclarecido, mas “a criminalização da conduta exige que haja uma efetiva e específica necessidade de tutela penal para que a intervenção da lei não se considere excessiva e, por isso, violadora do princípio da proporcionalidade.” (2);
- iii- já existe em Portugal quadro penal, rigoroso e suficientemente abrangente, dirigido aos crimes contra a integridade física, contra a liberdade pessoal e contra a liberdade e autodeterminação sexual (2).

Pese embora a iniciativa de Projeto Lei n.º 912/xiv/2.<sup>a</sup> esteja já caducada, o debate sobre criminalizar ou não criminalizar a VO em Portugal prossegue com iniciativas que convocam a sociedade civil através de petições públicas (50), das redes sociais com blogs associativos (38), na comunicação social clássica. Este debate também se dá ao nível das comunidades mais especializadas da Saúde e do Direito que promovem discussões em simpósios nacionais (51) e internacionais como a iniciativa da Lancet que reúne contributos multidisciplinares para abordar questões de Género e Saúde Global (49).



## 6. Conclusão

O conceito “Violência obstétrica” é um conceito ainda em discussão nos diferentes segmentos sociais, desde a opinião pública, passando pelos especialistas da saúde, também pelas instâncias políticas, como a ONU e o Conselho da Europa e o Parlamento Europeu.

Acompanhadas, quer pela Organização Mundial de Saúde quer pela Ordem dos Médicos, assumimos a adequação das formas significantes “maus-tratos”, “desrespeito”, “abuso” e “negligência” em detrimento do conceito VO. Justificou a nossa decisão o facto de considerarmos o conceito VO alarmista, atentatório ao profissionalismo dos profissionais de saúde, obscuramente sincrético e desvantajoso.

Além das razões apresentadas, acresce a falta de entorno jurídico substancial próprio.

O estado da arte persegue a clareza e aponta a necessidade de continuar a produzir estudos com indicadores validados cientificamente, a criar ferramentas para medir a prevalência de maus-tratos das mulheres durante a gravidez e o parto. Aponta-se o rigor científico como variável essencial para o consenso global sobre a definição de “maus-tratos à mulher”.

A Lei 110/2019, de 9 de setembro, amplia a proteção das mulheres em idade reprodutiva em contexto de saúde, incluindo no parto ao estabelecer os princípios, os direitos e deveres específicos das grávidas, parturientes e puérperas.

A falta de uma comunicação eficaz desempenha um papel essencial na temática em apreço, vemo-la, não só aqui, mas centralmente nas questões relativas ao consentimento informado.

O consentimento informado válido cruza direitos do doente com deveres do cuidador: o doente para consentir a intervenção médica tem de estar informado, portanto, tem direito a saber o conteúdo sobre o qual vai dar (ou não) consentimento, o que, obriga o prestador de cuidados ao dever de informação, de modo entendível para o doente, exigindo-se do médico o dever de esclarecimento, portanto, conclui-se que a capacidade, informação, esclarecimento e consentir são condições de validade do consentimento informado.

Os constrangimentos comunicativos ampliam-se nas situações de urgência. A intervenção médica em cuidados de urgência é a situação onde o cumprimento do imperativo da necessidade de consentimento é mais difícil de executar e, em muito casos, é mesmo

impossível, pela própria definição de urgência que impõe a prioridade de uma ação em detrimento do tempo prévio que a obtenção do consentimento pressupõe.

O tratamento em situação de urgência é um dos casos em que se pode dispensar a obtenção de consentimento na circunstância de perigo de vida ou de agravamento do estado de saúde. Nestas situações é suficiente o consentimento presumido porque a finalidade – salvar a vida constitui-se prioritária.

Vemos como a dimensão jurídica se adentra no quotidiano da prática médica.

No debate sobre a utilidade de criminalizar, no contexto português, a VO, concluímos negativamente por duas ordens de razões essenciais: primeiro, porque discordamos do próprio conceito VO por desadequação aos cuidados de saúde maternos praticados em Portugal; secundamente, pela redundância, já existe em Portugal quadro penal, rigoroso e suficientemente abrangente, dirigido aos crimes contra a integridade física, contra a liberdade pessoal e contra a liberdade e autodeterminação sexual.

## 7. Bibliografia

1-World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Geneve: World Health Organization; 2002. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf)

2- Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos. Parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos sobre o Projeto de Lei n.º 912.XIV PAN 2021 [Internet]. [citado 15 de março de 2023]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Parecer-Projeto-Lei-912XIV-2.pdf>

3- Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, de 28 de junho [Internet]. Diário da República n.º 123/2021, Série I de 2021-06-28; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>

4-Rodrigues C. Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.<sup>a</sup>- Reforça a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica. 14 de julho de 2021; Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d45764e4459334d545978596a45744e5467334d7930304d5451334c546b304e6a49745954526a595745784d7a59784e5467314c6d527659773d3d&fich=467161b1-5873-4147-9462-a4caa1361585.doc&Inline=true>

5- La Asamblea Nacional De La República Bolivariana De Venezuela. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>

6- Poder Legislativo. Ley N° 26.485. Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones [Internet]. [citado 15 de março de 2023]. Disponível em: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_26485\\_violencia\\_familiar.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf)

7- Ordem dos Médicos. Informação sobre violência obstétrica [Internet]. [citado 15 de março de 2023]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/informacao-sobre-violencia-obstetrica/>

- 8- Código Deontológico da Ordem dos Médicos [Internet]. Diário da República, 2.a série – N.º 139 – 21 de julho de 2016, Regulamento n.º 707/2016; Disponível em: [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento\\_707\\_2016\\_\\_Regulamento\\_Deontológico.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontológico.pdf)
- 9- SNS. História do SNS [Internet]. [citado 13 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- 10- Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro [Internet]. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- 11- World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1><http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartumcare-guidelines/en/>
- 12- Barata Catarina. A violência obstétrica existe em Portugal? [Internet]. [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://setentaequatro.pt/ensaio/violencia-obstetrica-existe-em-portugal>
- 13- PORDATA. População com necessidades insatisfeitas de cuidados médicos: total e por sexo (%) [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/db/europa/ambiente+de+consulta/tabela>
- 14- Carvalho CR de. O parto não tem que ser assim [Internet]. Observador. [citado 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://observador.pt/opiniao/o-parto-nao-tem-que-ser-assim/>
- 15- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Experiências de Parto em Portugal [Internet]. 2015. Disponível em: [http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias\\_Partos\\_Portugal\\_2012-2015.pdf](http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf)
- 16- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Inquérito “Experiências de Parto em Portugal | 2.a Edição” [Internet]. 2019. Disponível em: [https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%C3%Aancias-de-Parto-em-Portugal\\_2edicao\\_2015-19-1.pdf](https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%C3%Aancias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf)

- 17- Lindim I, Silva A. Violência obstétrica: a realidade traumática de muitos partos [Internet]. [citado 18 de março de 2023]. Disponível em: <https://setentaquatro.pt/investigacao-74/violencia-obstetrica-realidade-traumatica-de-muitos-partos>
- 18- ONU. A human rights-based approach to mistreatment and.pdf [Internet]. 2019. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/3823698>
- 19- Lazzarini M, Covi B, Mariani I, Drglin Z, Arendt M, Nedberg IH, et al. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *Lancet Reg Health - Eur.* fevereiro de 2022;13:100268.
- 20- Parliamentary Assembly. Obstetrical and gynaecological violence [Internet]. 2019 [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28236&lang=en>
- 21- Bernardes J, Reynolds A. Science and beyond science in the reporting of quality of facility-based maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic. *Lancet Reg Health - Eur.* setembro de 2022;20:100487.
- 22- Parlamento Europeu. Relatório sobre a situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos na UE no contexto da saúde das mulheres [Internet]. [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169\\_PT.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2021-0169_PT.html)
- 23- Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde [Internet]. Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2014-106901319>
- 24- Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. 2014 [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
- 25- Duarte SC. O Direito ao Consentimento Informado e a Luta Contra a Violência Obstétrica [Internet]. 2022. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/retrieve/227461/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sara%20Claudio%20Duarte%20PDF.pdf>

- 26- Ordem dos Médicos. The Lancet: artigo esclarece mensagem incorreta, difundida pelos Media, que colocou Portugal como o terceiro pior país, em alegadas práticas de “violência obstétrica” [Internet]. [citado 20 de março de 2023]. Disponível em: <https://ordemdosmedicos.pt/the-lancet-artigo-esclarece-mensagem-incorreta-difundida-pelos-media-que-colocou-portugal-como-o-terceiro-pior-pais-em-alegadas-praticas-de-violencia-obstetrica/>
- 27- Simões V. A Violência Obstétrica: a violência institucionalizada contra o género [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.apmj.pt/files/121/Estudos-Premiados/114/Premio-2016---A-Violencia-Obstetrica--a-violencia-institucionalizada-contra-o-genero.pdf>
- 28- Agostinho C, Cabanelas M, Franco D, Jesus J, Martins H. Satisfação do doente: Importância da comunicação médico-doente. Rev Port Clínica Geral. 1 de março de 2010;26(2):150–7.
- 29- Pereira AGD. O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente [Internet]. 2004. Disponível em: [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89350/1/Andre\\_Pereira\\_O%20Consentimento%20Informado%20na%20relac%cc%a7a%cc%83o%20Medico\\_Paciente\\_2003\\_Tese%20Mestrado.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89350/1/Andre_Pereira_O%20Consentimento%20Informado%20na%20relac%cc%a7a%cc%83o%20Medico_Paciente_2003_Tese%20Mestrado.pdf)
- 30- Código Penal [Internet]. Decreto-Lei n.º 48/95 - Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- 31- Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento Informado- Relatório Final [Internet]. 2009. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)
- 32- Constituição da República Portuguesa [Internet]. Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril - Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/1976-502635>
- 33- Código Civil [Internet]. Decreto-Lei n.º 47344 - Diário do Governo n.º 274/1966, Série I de 1966-11-25; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>

34 -Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro [Internet]. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04; 2022. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

35- Pereira AGD. O consentimento informado na experiência europeia [Internet]. 2010 [citado 25 de março de 2023]. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/14549/1/Aspectos%20do%20consentimento%20informado%20e%20do%20testamento%20Vital%20Andr%c3%a9%20Pereira%20Ribeir%c3%a3o%20Preto.pdf>

36- Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina [Internet]. 1997 [citado 25 de março de 2023]. Disponível em: [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao\\_protecao\\_dh\\_biomedicina.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/convencao_protecao_dh_biomedicina.pdf)

37- Fernandes R. Setenta e Quatro [Internet]. [citado 25 de março de 2023]. Disponível em: <https://setentaequatro.pt/quem-somos>

38- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto [Internet]. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. [citado 1 de abril de 2023]. Disponível em: <https://associacaogravidezparto.pt/>

39- Ordem dos Enfermeiros. Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 912/XIV/2ª (Ninsc CR) [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23489/sai-oe-2021-6515.pdf>

40- Ordem dos Advogados. Parecer da Ordem dos Advogados [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2023]. Disponível em: [https://portal.oa.pt/media/133575/parecer-pjl-912-xiv\\_2%C2%AA.pdf](https://portal.oa.pt/media/133575/parecer-pjl-912-xiv_2%C2%AA.pdf)

41- Conselho Superior do Ministério Público. Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.ª [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2023]. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063484d364c793968636d356c6443397a6158526c6379395953565a4d5a5763765130394e4c7a464451554e45544563765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d46446232317063334e686279396d4f444d77596a5a6c5a4330794d6a51334c5451325a5759744f444d775a4330355a544933597a6b794e545530593255756347526d&fich=f830b6ed-2247-46ef-830d-9e27c92554ce.pdf&Inline=true>

- 42- Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento Informado [Internet]. 2020 [citado 1 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- 43- DGS. Norma nº 015/2013 [Internet]. 2015. Disponível em: [https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS\\_atualizado%204Nov2015.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf)
- 44- Rebelo J. A problemática do consentimento informado no âmbito da Responsabilidade Civil Médica [Internet]. 2021 [citado 2 de abril de 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36597/1/202915220.pdf>
- 45- PORDATA. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- 46- PORDATA. Taxa de mortalidade perinatal e neonatal [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- 47- Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos. Esclarecimentos ao parecer jurídico emitido pela Ordem dos Médicos por solicitação do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia a propósito de questões decorrentes da problemática da dita “violência obstétrica” e da publicação da Resolução da Assembleia da República 181/2021, de 28/06 [Internet]. [citado 2 de abril de 2023]. Disponível em: [https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Esclarecimentos\\_Ginobst.pdf](https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Esclarecimentos_Ginobst.pdf)
- 48- Oiseth S, Jones L, Maza E. Princípios Básicos da Ética Médica [Internet]. 2022 [citado 27 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.lecturio.com/pt/concepts/principios-basicos-da-etica-medica/>
- 49- Nassiri-Ansari T. Gender Violence in Health Institutions as a Global Health Issue [Internet]. [citado 27 de abril de 2023]. Disponível em: <https://genderandhealthcommission.org/blog/tag/obstetric-violence/>
- 50- Rodrigues C. Petição Pública: Pela criminalização da violência obstétrica em Portugal [Internet]. 2021 [citado 27 de abril de 2023]. Disponível em: <https://peticaopublica.com/pview.aspx?pi=PT109414>

- 51- V Congresso Internacional De Direitos Humanos De Coimbra [Internet]. ANAIS DE ARTIGOS. [citado 27 de abril de 2023]. Disponível em: <https://leopoldosoares8.wixsite.com/artigoscompletos/2020>
- 52- Pimentel M. Criminalizar a violência obstétrica? «É preciso humanizar mais os hospitais» [Internet]. 2021 [citado 27 de abril de 2023]. Disponível em: <https://rr.sapo.pt/artigo/em-nome-da-lei/2021/12/18/criminalizar-a-violencia-obstetrica-e-preciso-humanizar-mais-os-hospitais/265039/>
- 53- Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S. Improving vaginal examinations performed by midwives. *Sultan Qaboos Univ Med J*. agosto de 2013;13(3):442–9.
- 54- Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *J Pers Med*. 30 de junho de 2022;12(7):1090.
- 55- Carvalho C, Souza A, Filho O. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. maio de 2010 [citado 28 de abril de 2023]; Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
- 56- Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis: Fundal pressure during labor. *J Obstet Gynaecol Res*. abril de 2014;40(4):946–53.
- 57- Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. janeiro de 2016;24(47):47–55.
- 58- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. Jewkes R, editor. *PLOS Med*. 30 de junho de 2015;12(6):e1001847.
- 59- Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ*. 1 de dezembro de 2014;92(12):915–7.
- 60- Lévesque S, Ferron-Parayre A. To Use or Not to Use the Term “Obstetric Violence”: Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. *Violence Women*. junho de 2021;27(8):1009–18.
- 61- Lappeman M, Swartz L. How Gentle Must Violence Against Women Be in Order to Not Be Violent? Rethinking the Word “Violence” in Obstetric Settings. *Violence Women*. junho de 2021;27(8):987–1000.