



Contributo da APAV referente ao Projeto de Resolução n.º /XIV/1.ª (PAN), que recomenda ao Governo que garanta a erradicação de práticas abusivas sobre as mulheres na gravidez e no parto e a realização de um estudo sobre “o ponto do marido”.

INTRODUÇÃO

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) vem dar o seu contributo sobre o Projeto de Resolução supramencionado, nos seguintes termos:

Enquanto entidade prestadora de apoio às vítimas de todos os tipos de crime, a APAV louva qualquer iniciativa que procure melhorar a legislação e as políticas públicas que visem prevenir e combater a violência obstétrica e que reforcem a eficácia da proteção e apoio prestado pelo Estado às vítimas de crimes, mas sem nunca se perder de vista que, embora alguns aspetos específicos do quadro legal careçam de aperfeiçoamento, é fundamental reforçar as condições para a sua efetividade.

Em linhas gerais, o Projeto de Resolução em análise trata de várias questões relativas a práticas obstétricas consideradas abusivas sobre as mulheres na gravidez e no parto, quer por serem desaconselhadas pela comunidade científica, quer por serem realizadas sem consentimento informado ou até contra a vontade da mulher.

1. Da perspetiva jurídico-penal

É sabido que o Código Penal (CP) tutela a confiança nas relações médico-paciente, assim como a integridade física dos pacientes, a sua liberdade e autonomia pessoal e de escolha e a sua autonomia no âmbito de tratamentos médicos, através das disposições nos artigos 150.º, 156.º e 157.º.

Neste sentido, o art.º 150.º CP descriminaliza as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos levados a cabo de acordo com a *leges artis*. Já o n.º 2 do art.º 150º prevê a incriminação daquelas intervenções ou tratamentos que, ainda cuja finalidade seja prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, foram praticados em violação da *leges artis* e criaram perigo para a vida ou ofensa grave para o corpo ou para a saúde da vítima.

Para mais, o art.º 156.º diz-nos que o consentimento é chave: as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos realizadas sem consentimento do paciente são punidos por lei, exceto em casos cuja espera pelo consentimento implique um perigo para a vida do paciente, ou outro perigo grave para o corpo ou para a saúde, ou em casos que, apesar de ter sido dado para outra intervenção, revelou-se necessário a realização de tratamento diferente pelo estado dos



conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde (art.º 156.º, n.º 2). Este dispositivo visa, desta forma, proteger a liberdade e a integridade física do paciente.

Por fim, o art.º 157.º vem esclarecer qual o alcance deste dever de esclarecimento, no qual se baseia o consentimento informado. Esclarece, portanto, que o consentimento só é eficaz se o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico, índole e alcance da intervenção ou do tratamento e, logicamente, ter entendido a sua envergadura e possíveis consequências.

Daqui se retiram três aspetos fundamentais:

- 1 – Qualquer prática médica que seja realizada contra a *leges artis*, independentemente da intenção com que é praticada, é violadora da integridade física do paciente e por isso punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal;
- 2 – O consentimento é obrigatório, salvo as exceções previstas na lei;
- 3 – O consentimento informado implica uma cabal explicação da intervenção ou tratamento médico, acompanhada de recíproco entendimento pelo paciente.¹

2. Do contexto sociojurídico dos maus-tratos relativos ao parto e violência obstétrica

O conceito de violência obstétrica refere-se à violência experienciada por mulheres durante a instância do parto ocorrido em instalações médicas.²

De facto, constata-se que maus-tratos no contexto de parto e violência obstétrica comportam uma vertente estrutural, encontrando-se enraizados nas sociedades de todo o mundo, transversalmente aos níveis socioeconómicos das mulheres.³ Lamentavelmente, e como se pode verificar em recentes peças publicadas na imprensa nacional,⁴ este problema tem vivido, ao longo dos tempos, no quarto escuro do silêncio e dos tabus, pelo receio de estigmatização e pela crença de que episódios de violência no parto seriam uma prática isolada.⁵ A alicerçar este entendimento está o facto de poucas ou nenhuma queixas formais existirem sobre tais práticas,⁶ o que exprime não só a falta de sensibilização para o facto de que estas práticas

¹ http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/penal/eb_Consentimento2020.pdf, páginas 16-17.

² UN (A/74/137), A human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence, 11 July 2019, página 6, para. 12.

³ *Ibid.*, página 7, para. 16.

⁴ <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770> , <https://www.dn.pt/portugal/relatorio-alerta-ha-excesso-de-cortes-vaginais-durante-o-parto-9479608.html> , <https://www.publico.pt/2020/09/06/p3/noticia/ponto-marido-forma-machista-suturar-vagina-existe-1922303> , <https://observador.pt/especiais/maus-tratos-no-parto-protege-as-mulheres/>

⁵ UN (A/74/137), página 7, para. 16.

⁶ <https://www.publico.pt/2020/09/06/p3/noticia/ponto-marido-forma-machista-suturar-vagina-existe-1922303>



existem e podem significar crimes e violações de direitos humanos, como a falta de informação sobre mecanismos de denúncia e de compensação a vítimas destes crimes.

Atos de violência obstétrica fazem parte de abusos continuados que ocorrem no contexto de desigualdade estrutural, discriminação e patriarcado, como resultado da falta de educação e formação adequada para os direitos humanos, assim como da falta de respeito pela igualdade de género e pelo estatuto da mulher como sujeito de direitos plenos.⁷

Neste sentido, o Estado poderá ser responsabilizado por atos e omissões de qualquer entidade pública ou privada que preste cuidados médicos, se tais atos consistirem em formas de maus-tratos no contexto de parto e violência obstétrica, na medida em que o Estado tem o dever de proteção dos seus cidadãos contra interferências nos direitos humanos causadas por organismos públicos ou por terceiros, i.e. entidades privadas.⁸

Segundo o entendimento da Organização Mundial de Saúde (OMS, WHO), práticas de abuso físico, humilhação profunda e abuso verbal, procedimentos médicos coercivos ou inconscientes (incluindo esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento plenamente informado, recusa em dar medicação para a dor, violações grosseiras da privacidade, recusa de admissão em instalações de saúde, negligência das mulheres durante o parto que resultam em ameaça e perigo para a vida e complicações evitáveis, entre outras, constituem formas de violência relativas ao parto. Tais tratamentos violam não só os direitos das mulheres a cuidados respeitosos, como também podem ameaçar os seus direitos à vida, à saúde, à integridade física e à liberdade de discriminação.⁹

Em Portugal, vários são os relatos sobre estas formas de violência. A panóplia de intervenções referidas por estas mulheres é variada; epidural, episiotomia, administração de ocitocina artificial, rutura artificial da bolsa amniótica, descolamento das membranas, administração de misoprostol, rolhão mucoso retirado manualmente ou toques feitos durante o trabalho de parto por muitas pessoas diferentes, manobra de Kristeller, etc. Por outro lado, um inquérito realizado pela APDMG (Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto) em 2015, numa amostra de 3378 mulheres, apurou que 43,8% (n=1478) das mulheres inquiridas considera não ter sido consultada sobre as intervenções às quais foi sujeita.¹⁰ Existem ainda relatos de práticas nitidamente classificadas como violência obstétrica, como o ponto do

⁷ UN (A/74/137), página 5

⁸ Veja-se, especificamente, sobre a natureza das obrigações de direitos humanos: “*Respect, Protect and Fulfill*” <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/internationalaw.aspx>.

⁹ World Health Organization (WHO) statement, “The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”, WHO/RHR/14.23 (2015).

¹⁰ Inquérito Experiências de Parto em Portugal, realizado pela APDMGP, 2015 http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiencias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf



marido,¹¹ assim como atos de violência verbal, falta de privacidade e falta de informação sobre outro tipo de opções de tratamento obstétrico.¹²

Por que se revela difícil de incluir, nesta sede, todas estas práticas, assim como o entendimento da comunidade científica sobre as mesmas e, uma vez que a APAV, pelo seu escopo social, não tem a pretensão de se pronunciar sobre o mérito de tais práticas cuja base científica possa ser insuficiente, este parecer forçar-se-á tão só, e a título não exaustivo, na prática irrestrita e sistemática da episiotomia, práticas do ponto do marido, da manobra de Kristeller, da falta de privacidade e abusos verbais e da violação do consentimento informado, não importando, por isso, uma exclusão ou desconsideração de outras práticas como violência obstétrica.

Relativamente à episiotomia, pese embora as mais recentes orientações da OMS apontarem para a erradicação do recurso rotineiro a tal intervenção,¹³ dados recolhidos em 2010 relevam que, na prática,¹⁴ os cuidados médicos prestados em Portugal não têm seguido tais recomendações, ou não rondaria a taxa de episiotomias realizadas pelos 73% em partos vaginais não instrumentais.¹⁵

Pese embora a correlação negativa entre a taxa de episiotomias e as lacerações de períneo de 3.º e 4.º grau,¹⁶ subsiste ainda uma tendência na comunidade científica para a adoção de uma prática restritiva da episiotomia, ao invés de uma prática sistemática em partos não instrumentais, uma vez que a restrição desta prática resulta em menos mulheres com traumas perineais/vaginais graves. Pelo que se revela que a ideia de que a episiotomia de rotina reduz o trauma perineal/vaginal não encontra base científica, nem se identificam quaisquer benefícios da episiotomia de rotina para o bebé ou para a mãe.¹⁷

Neste sentido, estudos indicam que os resultados imediatos após o uso rotineiro e sistemático da episiotomia não apresentam benefícios face aos de uso restritivo. De facto, a prática de rotina é prejudicial na medida em que uma proporção de mulheres – nas quais a intervenção se revela desnecessária e não essencial - teria tido menos dano não fosse essa incisão cirúrgica. Devido às baixas complicações maternas da episiotomia restritiva, evitar a episiotomia de rotina em condições desnecessárias aumenta a taxa de trauma perineal intacto e de trauma perineal menor e reduz as dores pós-parto sem efeitos adversos nas morbidades maternas e neonatais.¹⁸

¹¹ <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>, <https://www.dn.pt/portugal/relatorio-alerta-ha-excesso-de-cortes-vaginais-durante-o-parto-9479608.html>, <https://www.publico.pt/2020/09/06/p3/noticia/ponto-marido-forma-machista-suturar-vagina-existe-1922303>,

¹² <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>, <https://observador.pt/especiais/maus-tratos-no-parto- protege-as-mulheres/>,

¹³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=1CB9ED2FB76866D2156494731098C3C4?sequence=1>, páginas 5, 7, 8, 14, 150-154.

¹⁴ Veja-se <https://ordemosmedicos.pt/episiotomia-em-partos-vaginais-espontaneos/>.

¹⁵ Relatório Primavera 2018, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, página 38. Ver também http://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa_EUROPERISTAT.pdf.

¹⁶ <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.12894>.

¹⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449575/>. Ver também https://www.cochrane.org/CD000081/PREG_selective-versus-routine-use-episiotomy-vaginal-birth

¹⁸ <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/2586/2268>



A este problema, soma-se a prática da episiotomia sem consentimento informado da mulher, o que pode levar a significativos danos na saúde mental e na vida reprodutiva e sexual da mulher.

Pelo que, deverá considerar-se que o recurso à episiotomia nos casos em que não seja medicamente necessário e em que não exista consentimento informado – quando este poderia ter sido obtido em tempo útil sem perigo para a vida da mulher ou do bebé – consubstancia uma violação dos direitos das mulheres, nomeadamente sob a forma de violência baseada no género, tortura e tratamento desumano e degradante.¹⁹

No que concerne à prática do ponto do marido, não obstante não ser um procedimento médico oficial, nem estar contemplado nos manuais, relatos não faltam de mulheres que afirmam ter sido vítimas daquela prática.²⁰ Aliado ao facto de que o Colégio de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos não ter recebido nenhuma queixa formal em relação ao ponto do marido, constata-se que apesar da existência de leis a punir a falta de consentimento e os tratamentos e intervenções médicos que violem as *leges artis*, na prática, estas situações continuam a acontecer e pouco se tem feito para a efetiva proteção das mulheres e erradicação desta prática abusiva no dia-a-dia dos serviços obstétricos em Portugal. De notar que, tais práticas podem gerar danos graves na saúde física e psicológica da mulher, constituído um ato de violência obstétrica e um crime, se praticado contra o consentimento da mulher ou por consistir numa prática médica contra a *leges artis*.

Relativamente à manobra de Kristeller, também desaconselhada pela OMS,²¹ relatos existem da sua existência²² e não raras vezes sem o consentimento informado das mulheres ter sido dado. Remete-se, por isso, para o que se disse nos dois parágrafos antecedentes, a respeito da episiotomia.

A respeito da falta de privacidade e de abusos verbais contra as mulheres no contexto do parto, importa referir que o inquérito supracitado realizado pela APDMG apurou que mais de um décimo das mulheres não se sentiu respeitada pelos profissionais de saúde, mais de um décimo considerou que os profissionais de saúde não comunicaram de forma afável e positiva, 14,3% referem não ter sido ouvidas no que tinham a dizer/pedir, 15,3 % não se sentiram seguras durante o parto e 13% não se sentiram apoiadas e cuidadas, colocando em causa uma vez mais o acesso a cuidados de saúde de qualidade do ponto de vista dos direitos humanos universais.²³

Perante relatos de abuso verbal, importa firmar que tais práticas são inadmissíveis e constituem uma prática de violência psicológica contra as mulheres, causando-lhes elevado dano

¹⁹ UN (A/74/137), página 10, para. 25.

²⁰ <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>, <https://www.dn.pt/portugal/relatorio-alerta-ha-excesso-de-cortes-vaginais-durante-o-parto-9479608.html>, <https://www.publico.pt/2020/09/06/p3/noticia/ponto-marido-forma-machista-suturar-vagina-existe-1922303>.

²¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=1CB9ED2FB76866D2156494731098C3C4?sequence=1>, páginas 5, 20, 155-158.

²² Inquérito Experiências de Parto em Portugal, realizado pela APDMGP, 2015 http://www.associacaogravidzeparo.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiências_Part_Portugal_2012-2015.pdf, página 26-27, 38 e 60.

²³ *Ibid.*, página 40.



psicológico dada a natureza da intervenção médica e a especial situação de dependência e de vulnerabilidade.²⁴

Intimamente relacionadas com o respeito pela privacidade da mulher e a questão do consentimento, surgem ainda situações em que mulheres relatam terem sido tocadas, para efeitos médicos, durante toda a instância do parto e trabalho de parto, por diversas pessoas, e casos até em que, contra o seu consentimento, assistiram ao parto, presentes na sala, estudantes da especialidade médica.²⁵ Estas práticas expressam não só um tratamento médico de parca qualidade e de desrespeito pela mulher, como são violadoras do seu direito à privacidade e ao consentimento informado, podendo até constituir crime. Neste sentido, já decidiu também o Tribunal Europeu de Direitos Humanos.²⁶

Neste sentido, a APAV relembra que o direito ao consentimento informado visa proteger a liberdade e a integridade física e decorre do direito à autodeterminação do paciente nos cuidados de saúde.²⁷

Contudo, é ainda, frequentemente, negado às mulheres o direito de fazer escolhas e tomar decisões informadas relativamente ao tipo de tratamentos que as mesmas podem receber no contexto do parto; o inquérito realizado pela APDMG apurou que mais de 44% das mulheres não teve o parto que desejou.²⁸ Inúmeras notícias relatam histórias de mulheres cuja experiência de parto foi traumática e em que o sentimento mais constante foi a falta de controlo.²⁹ Neste sentido, a falta de autonomia e de liberdade de escolha são relatos frequentes na experiência de parto, incluindo a liberdade de escolher a posição desejada para o parto.³⁰

Ainda no que diz respeito ao direito à informação, aquele inquérito verificou que mais de dois quintos das mulheres consideraram que não tiveram informação sobre opções de parto, como indução, cesariana, parto domiciliar entre outras.³¹

Na mesma senda, a CEDAW³² expressou, no seu último relatório periódico dirigido a Portugal,³³ as suas preocupações no que concerne à liberdade limitada vivenciada pelas mulheres nas suas escolhas de métodos/tratamentos de parto. Verificou ainda que existem relatos de que as mulheres são frequentemente sujeitas a partos demasiado medicalizados e intervenções de

²⁴ UN (A/74/137), página 11-12, para. 31.

²⁵ <https://associacaogravidezparto.pt/senti-me-humilhada-desrespeitada/>.

²⁶ ECtHR '*Final Judgment in the case of Kononova v. Russia*', *Application no. 37873/04*, 16/02/2015, [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{"itemid":\["001-146773"\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{).

²⁷ http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/penal/eb_Consentimento2020.pdf, páginas 16-17.

²⁸ Inquérito Experiências de Parto em Portugal, realizado pela APDMGP, 2015 http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiencias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf, página 40.

²⁹ <https://www.publico.pt/2020/08/02/sociedade/noticia/mae-calada-revelam-experiencias-parto-mulheres-1925770>.

³⁰ UN (A/74/137), página 11, para. 30.

³¹ Inquérito Experiências de Parto em Portugal, realizado pela APDMGP, 2015 http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiencias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf, página 40.

³² Comité sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres das Nações Unidas (CEDAW).

³³ UN (CEDAW/C/PRT/CO/8-9), *Concluding observations on the combined eighth and ninth periodic reports of Portugal*, 24 November 2015, para. 36 e 37. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/PRT/CO/8-9&Lang=en



cesariana sem terem sido consultadas de antemão, i.e., sem existência de consentimento informado.

Importa, por isso, notar que o consentimento informado é um direito fundamental e uma garantia contra este tipo de violência. Desdobra-se, assim, em duas vertentes: a explicação cabal de todos os procedimentos e/ou tratamentos aos quais a mulher pode ser submetida em contexto de parto, assim como seus efeitos e eventuais consequências, e a informação completa e exaustiva sobre todas as opções disponíveis de tratamento obstétrico e parto, de modo a permitir à mulher exercer, livremente, o seu direito de escolha relativamente à sua experiência de parto. A violação do consentimento informado constitui, em si, uma violação de direitos humanos que pode ser imputada aos Estados, assim como crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.³⁴

A inexistência de opções menos invasivas, quando para tal não haja necessidade suprema, refletem o facto de a saúde mental e física imediata e a longo prazo das mulheres não ser uma prioridade na realidade médica obstétrica e política, entendimento que não se pode acolher. Neste sentido, a APAV firma a importância de ser prestada às mulheres todo o tipo de informação referente a possibilidades de tratamento obstétrico, nomeadamente a necessidade de ser conferida a opção de parto fora do hospital (em centros de parto, bem como parto domiciliário assistido).

3. Do posicionamento da APAV

Regozija-se a APAV com esta iniciativa política, pelo novo que parece começar a deslindar e por trazer para a mesa da discussão pública a importância do combate à violência contra as mulheres.

Com efeito, concorda-se com o teor integral do Projeto de Resolução n.º /XIV/1.ª que recomenda ao Governo que garanta a erradicação de práticas abusivas sobre as mulheres na gravidez e no parto e a realização de um estudo sobre “o ponto do marido” apresentado pelo PAN pois, em nosso entender, trata-se de um necessário passo para suscitar ação política com vista à introdução de mudanças necessárias no combate aos maus-tratos e violência obstétrica e, assim, garantir o/a:

- Respeito pelo consentimento informado da mulher;
- Respeito pela autonomia e liberdade de escolha do tratamento médico;
- Erradicação de práticas desaconselhadas consideradas como maus tratos ou violência obstétrica;
- Conhecimento da expressão e incidência atual destas práticas em Portugal;

³⁴ UN (A/74/137), página 7, para. 14.



- Mudança no paradigma dos serviços de saúde, implementando modelos de tratamento baseados no respeito pelos direitos humanos, particularmente, nos direitos das mulheres.

Pelo exposto, a APAV reforça que os Estados, no cumprimento das suas obrigações legais de direitos humanos, devem desenvolver adequadas políticas, leis e estratégias nacionais de saúde reprodutiva das mulheres, assim como mecanismos de reclamações, de modo a assegurar uma abordagem de direitos humanos no sistema de saúde e de responsabilização por violações de direitos humanos. Neste sentido, a existência de mecanismos de reclamação e compensação a vítimas mostra-se essencial.

Por outro lado, o desenvolvimento de políticas de eliminação de discriminação e de violência baseada no género contra as mulheres, particularmente na área da saúde e dos cuidados obstétricos, constitui-se uma obrigação de natureza imediata.³⁵

Por que o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres, incluindo o respeito pela dignidade e autonomia das mulheres, são pilares fundamentais de um Estado de Direito Democrático, a **APAV pugna pela adoção de uma abordagem baseada nos direitos humanos aos maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva com enfoque no parto e na violência obstétrica.**³⁶ Desta forma, o tratamento médico deve ser centrado da mulher, baseado no respeito, ao invés de serviços de saúde focados no tempo e na eficiência.

Com vista a atingir tal renovação do paradigma atual, a APAV considera necessários os seguintes eixos de atuação:

- Desenvolver mecanismos de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados médicos do ponto de vista da parturiente, de modo a tornar a prática obstétrica mais humanizada;
- Realização de estudos e recolha de dados sobre a incidência de práticas consideradas violência obstétrica no serviço nacional de saúde e privados, com vista à obtenção de necessárias evidências sobre a efetividade e de intervenções em diferentes contextos;³⁷
- Assegurar o cumprimento cabal do consentimento informado, incluindo a prestação de informação sobre todas as opções de parto e de tratamento médico;
- Maior transparência relativamente a indicadores sobre condições de parto oferecidas às mulheres, assim como as taxas de partos fisiológicos, instrumentais ou não instrumentais, e partos por cirurgia;³⁸
- Considerar a criação de unidades especializadas para partos fisiológicos, quando não exista contra-indicação médica;

³⁵ UN (A/74/137), página 6, para. 10.

³⁶ UN (A/74/137),

³⁷ Ibid., página 41.

³⁸ Inquérito Experiências de Parto em Portugal, realizado pela APDMGP, 2015 http://www.associacaogravidazeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experiencias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf, páginas 41-46.



- Desenvolvimento de protocolos mais exaustivos de atuação em situação de parto para as unidades de saúde, com vista a evitar intervenções obstétricas sempre que tal não seja estritamente necessário;
- Erradicação de práticas médicas desaconselhadas e violadoras da integridade física e autonomia das mulheres, e.g. ponto do marido.

Por fim, a APAV vai, ainda, mais longe que o presente Projeto de Resolução e expressa o seu entendimento sobre a necessidade de adoção de leis que criminalizem atos de maus-tratos e violência obstétrica durante o período da gravidez até ao parto,³⁹ uma vez que este tipo de violência apresenta contornos tão específicos cuja realidade poderá tão-só ser subsumida num instrumento específico, capaz de assegurar a erradicação de tais práticas nos serviços de saúde públicos e privados.⁴⁰

© APAV, setembro de 2020

³⁹ A Venezuela foi o primeiro país a legislar sobre este tipo de violência. Nessa lei, violência obstétrica é definida como a "apropriação do corpo e dos processos reprodutivos de uma mulher pelos profissionais de saúde, sob a forma de tratamentos desumanizantes, medicalização abusiva e patologização dos processos naturais, envolvendo a perda de autonomia da mulher e da capacidade de tomar livremente as suas próprias decisões sobre o seu corpo e a sua sexualidade, o que tem consequências negativas para a qualidade de vida de uma mulher", in <http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/MESECVI-SegundoInformeHemisferico-EN.pdf> paginas 38-39. Ver também <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.15270>.

⁴⁰ No mesmo sentido, veja-se UN (A/74/137), página 7, para. 12 e página 23, para. (o); <https://www.law.ox.ac.uk/research-and-subject-groups/international-womens-day/blog/2017/03/reflections-obstetric-violence-and>; *Council of Europe Parliamentary Assembly Resolution 2306* (2019) in <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>.