

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES
PRÓ-REITORIA DE ENSINO, PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CÂMPUS DE ERECHIM
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE DIREITO

RENATA BOHRER RAMBO

**A MUTILAÇÃO FEMININA DURANTE A EPISIOTOMIA: AS CONSEQUÊNCIAS
DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

ERECHIM

2020

RENATA BOHRER RAMBO

**A MUTILAÇÃO FEMININA DURANTE A EPISIOTOMIA: AS CONSEQUÊNCIAS
DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Direito, Departamento de Ciências
Sociais e Aplicadas da Universidade
Regional Integrada do Alto Uruguai e
das Missões – Câmpus de Erechim.**

**Orientadora: Prof^{fa}. Esp. Alessandra
Regina Biasus.**

ERECHIM

2020

RENATA BOHRER RAMBO

**A MUTILAÇÃO FEMININA DURANTE A EPISIOTOMIA: AS CONSEQUÊNCIAS
DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em
Direito, Departamento de Ciências
Sociais e Aplicadas da Universidade
Regional Integrada do Alto Uruguai e
das Missões – Câmpus de Erechim.**

Erechim, 18 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

**Prof^a. Esp. Alessandra Regina Biasus
URI – Câmpus de Erechim**

**Prof^a. Dra. Giana Lisa Zanardo Sartori
URI – Câmpus de Erechim**

**Prof^a. Me. Viviane Bortolini Giacomazi
URI – Câmpus de Erechim**

Dedico este trabalho àqueles que me acompanharam e incentivaram durante toda a trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Neste espaço para agradecimentos, gostaria de expressar todo meu reconhecimento e gratidão para aqueles que, de uma forma ou outra, contribuíram para que eu pudesse ter a oportunidade de estar aqui, concluindo o ensino superior e escrevendo sobre um tema de grande relevância.

Aos meus pais Neiva e Hugo, que sempre batalharam para proporcionar uma educação e formação de qualidade para os filhos, sem que nunca nos faltasse algo. Em especial à minha mãe, que é meu maior exemplo de mulher, de amor, de força e de persistência, que por toda sua trajetória me ensinou que as mulheres são capazes de chegar aonde quiserem. Obrigada por significar tanto para mim.

Ao meu namorado Cassano, que sempre soube me dar espaço para voar e ser porto seguro para retornar, que também é motivo de muito amor e alegria em minha vida.

Às minhas amigas Natália e Tuany, que compartilharam comigo as alegrias e angústias vivenciadas durante os anos de graduação, as quais conquistaram um espaço enorme em meu coração, provando que colegas podem virar amigas para a vida toda.

À minha orientadora, que carinhosamente chamo de Profe Ale, que sempre se mostrou compreensiva, paciente e dedicada em me auxiliar, e que desde o início me ajudou a colocar em palavras uma causa pessoal que me comove tanto, e que de prontidão aceitou embarcar comigo nessa jornada.

Por fim, agradeço a todas as mulheres que lutaram e continuam na luta, batalhando incansavelmente por oportunidades no mundo para que, pessoas assim como eu, possam estar escrevendo sobre isso nos tempos de hoje.

*Nossas vidas começam a acabar no dia
em que nos calamos sobre as coisas que
importam.*

(Martin Luther King Jr.)

RESUMO

O presente trabalho monográfico analisou quais são as consequências da violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres durante a prática da episiotomia. Inicialmente, foi feita uma abordagem histórica acerca dos direitos fundamentais e sua origem, ressaltando a sua dificuldade de serem inseridos no meio comum, o que somente teve êxito com o avanço da humanidade em sociedade. Entretanto, em séculos passados a mulher não era igualada ao homem na obtenção desses direitos. Ao longo dos anos, as mulheres passaram a buscar igualdade com os homens, principalmente no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, que fazem parte dos direitos humanos. Todavia, esses direitos das mulheres ainda não são atingidos, visto que elas não possuem total liberdade e autonomia para decidir sobre aquilo que irá atingir sua integridade corporal, principalmente no tocante à violência obstétrica, a qual é considerada como uma espécie de violência de gênero, que geralmente decorre da dominação do homem e da submissão da mulher. Dentre os procedimentos realizados na hora do parto, existe uma incisão no períneo da mulher, a qual é denominada de episiotomia, que visa aumentar o canal vaginal para passagem do bebê. Ocorre que a episiotomia é indicada somente em poucos casos, mas acabou tornando-se uma prática corriqueira, muitas vezes realizada sem o consentimento e, tampouco, o conhecimento da gestante. A realização do procedimento nos casos em que não é indicado acaba gerando diversas consequências para as mulheres, as quais são abordadas neste trabalho. O método de pesquisa foi o indutivo, analítico-descritivo, através da técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

Palavras-chave: Direitos Fundamentais. Violência Obstétrica. Violência de gênero. Episiotomia. Responsabilização.

ABSTRACT

This monographic work analyzed the consequences of violating women's sexual and reproductive rights during the practice of episiotomy. Initially, a historical approach was made about fundamental rights and their origin, highlighting their difficulty in being inserted into the common environment, which was only successful with the advancement of humanity in society. However, in past centuries women were not equated to men in obtaining these rights. Over the years, women have started to seek equality to men, especially with regard to sexual and reproductive rights, which are part of human rights. However, these women's rights aren't still achieved, since they do not have complete freedom and autonomy to decide on what will affect their body integrity, especially with regard to obstetric violence, which is considered as a type of gender violence, generally arising from the domination of men and the submission of women. Among the procedures performed at the time of giving birth, there is an incision in the woman's perineum, which is called an episiotomy, which aims to increase the vaginal canal for the baby to pass. It turns out that episiotomy is indicated only in a few cases, but it ended up becoming a common practice, often performed without consent and, also, the pregnant woman's knowledge. The performance of the procedure in cases where it is not indicated ends up generating several consequences for women, which are addressed in this work. The research method was inductive, analytical-descriptive, using the technique of bibliographic and documentary research.

Keywords: Fundamental rights. Obstetric Violence. Gender violence. Episiotomy. Accountability.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO BRASILEIRO	10
2.1 Abordagem histórica dos direitos fundamentais	10
2.2 Os direitos fundamentais na Constituição de 1988	14
2.3 Direitos sexuais e reprodutivos femininos	16
3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	22
3.1 Abordagem histórica e conceitual da violência obstétrica	22
3.2 Violência obstétrica como violência de gênero.....	24
3.3 A episiotomia.....	26
4 A MUTILAÇÃO FEMININA DURANTE A EPISIOTOMIA: AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES	30
4.1 Consequências físicas, psicológicas e sexuais	30
4.2 Ponto do marido	32
4.3 Possibilidade de responsabilidade civil e penal em razão dos danos decorrentes da episiotomia.....	34
5 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	42

INTRODUÇÃO

O presente trabalho irá abordar o assunto da episiotomia, especificamente no que tange à sua realização, com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, como uma forma de violação, bem como as consequências ocasionadas pela prática e a possibilidade de responsabilização civil e penal.

Desde meados do século XVIII, médicos e enfermeiros utilizam-se do método da episiotomia para auxiliar o parto e o nascimento da criança. Tal prática consiste em uma incisão feita por bisturi ou tesoura na região do períneo da mulher durante o parto normal, a fim de facilitar a expulsão do feto pelo corpo materno, o que passou a ser um procedimento rotineiro no momento do parto, principalmente no ocidente, e que perdura até os dias de hoje.

A prática surgiu como um método para auxiliar a mulher no momento de expelir o bebê, evitando-se um período de dores intensas devidas ao esforço, bem como para impedir lesões maiores ao orifício vaginal da mulher, como rupturas, e evitar ferimentos ao feto, além de conferir novamente aspectos virginais, em razão da sutura estreita, o que era demasiado assentido na época, especialmente em razão da submissão da mulher ao homem e da posição inferior historicamente concedida às mulheres que não lhe conferia direitos e nem garantias.

Até o século XX, a prática era realizada mesmo sem nenhum respaldo científico, sendo que posteriormente, ao serem realizadas pesquisas acerca da necessidade e utilidade da episiotomia, foi constatado que o método, além de violar os direitos das mulheres, uma vez que era realizado independentemente de seu consentimento, era prejudicial na maioria dos casos, razão pela qual restou conhecida como a mutilação do órgão feminino. Desta forma, a realização da episiotomia nos casos em que não é indicada, feita de forma desnecessária e sem o consentimento da mulher, é realizada com o intuito de satisfazer o sexo masculino, o que objetifica as mulheres e, sobretudo, viola seus direitos, gerando consequências.

Por fim, o presente trabalho tem como objetivo suscitar debates acerca da busca dos direitos das mulheres que, até hoje, são submetidas a determinadas circunstâncias sem sua autorização, em razão da sexualidade e do gênero, ao que deve ser aplicada a repercussão jurídica correspondente.

Para realização do trabalho utilizou-se o método de pesquisa indutivo, analítico descritivo, através da técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

2 OS DIREITOS FUNDAMENTAIS NO ESTADO BRASILEIRO

O presente capítulo abordará os direitos fundamentais desde a sua origem histórica, perpassando pela sua incidência na Constituição Federal de 1988, e finalizando com a conceituação dos direitos sexuais e reprodutivos femininos.

2.1 Abordagem histórica dos direitos fundamentais

Embora muito se discuta acerca da criação dos direitos humanos, Hunt (2009) dispõe que Jean-Jacques Rousseau teria sido o pioneiro ao mencionar “direitos do homem”, seguido pela Revolução Americana com a Declaração da Independência, a qual surgiu para, inclusive, respeitar os direitos do homem. A autonomia e a igualdade, juntamente com os direitos humanos, somente obtiveram força no século XVIII, exceto para crianças, escravos e mulheres, as quais eram inerentemente dependentes dos pais ou dos maridos.

Ou seja, as mulheres não eram vistas como merecedoras de direitos e garantias. No século XVI, elas eram dependentes e, sendo este o status familiar, não possuíam autonomia (HUNT, 2009).

Conforme mencionado por Hunt (2009), na referida Declaração da Independência, no ano de 1776, Thomas Jefferson dotou-se de um documento político para discorrer acerca dos direitos humanos, o que deu impulso e força para que os direitos dos homens e cidadãos começassem a ser discutidos:

Consideramos que estas verdades são sagradas e inegáveis: que todos os homens são criados iguais & independentes [sic], que dessa criação igual derivam direitos inerentes e inalienáveis, entre os quais estão a preservação da vida, a liberdade & a busca da felicidade. (HUNT, 2009, p. 13).

Após isso, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789 surgiu como um marco essencial no que tange aos direitos humanos. Todavia, de acordo com Hunt (2009), a referida declaração, que foi um impulso grandioso para proteção dos direitos igualitários, somente fazia menção aos homens em seu corpo textual.

Nenhum dos artigos da declaração especificava os direitos de grupos particulares. "Os homens", "o homem", "cada homem", "todos os cidadãos", "cada cidadão", "a sociedade", "qualquer sociedade" eram contrastados com "ninguém", "nenhum indivíduo", "nenhum homem". Era literalmente tudo ou nada. As classes, as religiões e os sexos não apareciam na declaração. (HUNT, 2009, p. 132).

Com isto, o julgamento acerca do texto declarado que passou a ser emanado era de uma redação etilista, racista e misógina, feita por aqueles incapazes de tratar a todos de forma igualitária no tocante aos direitos humanos, embora estes tivessem sido destacados como autoevidentes (HUNT, 2009).

Para Hunt (2009), os direitos humanos possuem três características, quais sejam: naturais, iguais e universais. Naturais por serem inerentes nos humanos, iguais por serem os mesmos direitos para todos e universais por serem aplicáveis em todo lugar. Desta forma, somente o fato de ser um ser humano é garantia suficiente para possuí-los.

Todavia, somente o lado político é que concedeu aos direitos humanos um maior significado:

Não são os direitos de humanos num estado de natureza: são os direitos de humanos em sociedade. Não são apenas direitos humanos em oposição aos direitos divinos, ou direitos humanos em oposição aos direitos animais: são os direitos de humanos vis-à-vis uns aos outros. São, portanto, direitos garantidos no mundo político secular (mesmo que sejam chamados "sagrados"), e são direitos que requerem uma participação ativa daqueles que os detêm. (HUNT, 2009, p. 19).

Porém, embora já estivessem inseridos nos discursos pelo mundo, os direitos humanos padeciam de definição, uma vez que não havia nada que os determinasse. Para Hunt (2009, p. 24-25): "[...] os direitos humanos são difíceis de determinar porque sua definição, e na verdade a sua própria existência, depende tanto das emoções quanto da razão", porém, define que: "[...] temos muita certeza de que um direito humano está em questão quando nos sentimos horrorizados pela sua violação". Assim, entende-se que, quando há violação de algum direito, deve-se agir com revolta, movendo-se pela consciência presente em cada ser humano.

Entretanto, tal pensamento voltava-se à autonomia e liberdade: para que um indivíduo tivesse empatia pelo outro, precisava ser autônomo, ou seja, dotado de capacidade de raciocínio e independência em suas decisões, sendo que tais qualidades não eram conferidas às mulheres, crianças, escravos e aos sem propriedade (HUNT, 2009).

Se os proponentes dos direitos humanos naturais, iguais e universais excluía automaticamente algumas categorias de pessoas do exercício desses direitos, era primariamente porque viam essas pessoas como menos do que plenamente capazes de autonomia moral. (HUNT, 2009, p. 27).

A problemática encontrada por Hunt (2009) encontra-se na dificuldade do ser humano de compreender e reconhecer que os demais seres humanos também são donos de si, sendo esta a origem apontada para as desigualdades que afligem a história da humanidade.

Entretanto, a sociedade começou a avançar quanto à percepção da sensibilidade e intimidade de cada ser, de forma a entender o autocontrole e individualidade de cada corpo, constituindo-se uma maior integridade corporal, a qual é intrinsecamente relacionada aos direitos humanos (HUNT, 2009).

A empatia pelo outro começou a ser experimentada de forma mais efetiva com a leitura dos romances no século XVIII, que cativavam os leitores em virtude de uma intensa identificação com as paixões e amores vivenciados pelos personagens:

Os romances apresentavam a ideia de que todas as pessoas são fundamentalmente semelhantes por causa de seus sentimentos íntimos, e muitos romances mostravam em particular o desejo de autonomia. Dessa forma, a leitura dos romances criava um senso de igualdade e empatia por meio do envolvimento apaixonado com a narrativa. (HUNT, 2009, p. 38).

Todavia, para os conservadores da época, a leitura dos romances concedia, principalmente às moças, impulso ao obsceno, à masturbação, ao erótico e à pornografia, o que era divergente dos costumes, uma vez que as instigava a ter desejos e ações diferentes daquelas religiosa e moralmente estabelecidas, afrontando o patriarcado que prevalecia (HUNT, 2009).

Por conseguinte, entende-se que os romances despertavam nos leitores a sensibilidade ao se identificar com o personagem, bem como a revolta ao presenciar situações que afrontavam seus direitos:

Os direitos humanos só puderam florescer quando as pessoas aprenderam a pensar nos outros como seus iguais, como seus semelhantes em algum modo fundamental. Aprenderam essa igualdade, ao menos em parte, experimentando a identificação com personagens comuns que pareciam dramaticamente presentes e familiares, mesmo que em última análise fictícios. (HUNT, 2009, p. 58).

Embora os romances tenham sido de grande influência para o advento dos direitos iguais entre as mulheres e homens, não foram, ao todo, predominantes, uma vez que os direitos das mulheres não eram temas colocados em pautas nas discussões por igualdade que começaram a progredir.

Constance Pipelet a isso faz uma crítica que, conforme explanado por Hunt (2009, p. 175): “[...] atribuída esse descaso com os direitos das mulheres ao fato de que as massas masculinas acreditavam facilmente que limitar ou até aniquilar o poder das mulheres aumentaria o poder dos homens”.

Assim, diante desse cenário que ainda estabelecia efetivas conquistas somente para os homens, as mulheres só passaram a adquirir alguns direitos tardiamente. Impulsionada, inclusive, pela luta das mulheres, entre outras, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 10 de dezembro de 1948, adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual prevê, em seu artigo I, que: “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade”. (ONU, 1948).

Dessa forma, o que anteriormente era atribuído apenas ao grupo majoritário dos homens, passou a ser concedido também aos grupos minoritários, como é o caso das mulheres, as quais somente obtiveram respaldo internacional em seus direitos e garantias na referida data.

O artigo III da referida declaração traz em seu corpo que: “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.”. (ONU, 1948). Embora tal texto seja proclamado, não é ao todo aplicado às mulheres até os dias atuais.

Entretanto, pode-se dizer que a Declaração dos Direitos Humanos é o documento que introduz de forma universal esses direitos e deveres do Estado, principalmente em virtude de ter sido aderida por 48 países, sendo que, desta forma: “[...] a Declaração consolida a afirmação de uma ética universal.”. (ANTUNES, 1972 apud PIOVESAN, 2008, p. 21).

Insta salientar que a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos foi muito impulsionada por mulheres, principalmente a ex-primeira dama dos Estados Unidos, Eleanor Roosevelt, que foi a líder do comitê de redação da declaração (ONU, 2018).

Com efeito, tamanho o impacto e a importância da Declaração Universal dos Direitos Humanos, esta passou a servir como alicerce para as Constituições de vários Estados, conforme se vê pelo seguinte trecho:

Reconhecer a diferença, contudo, não significa desconsiderar a íntima relação entre os direitos humanos e os Direitos Fundamentais, uma vez que a maior parte das constituições do segundo pós-guerra se inspirou tanto na Declaração Universal de 1948 quanto nos diversos documentos internacionais regionais que a sucederam, de tal sorte que – no que diz com o conteúdo das declarações internacionais e dos textos constitucionais – está ocorrendo um processo de aproximação e harmonização, rumo ao que já está sendo denominado (não exclusivamente – embora principalmente – no campo dos direitos humanos e fundamentais) um direito constitucional internacional. (MARINONI; MITIDIERO; SARLET, 2017, p. 333).

Ademais, criou-se o entendimento de que os direitos humanos são defendidos, em sua maioria, pelos sentimentos, uma vez que passou a ser compreendida como incabível a invalidação os direitos de outrem (HUNT, 2009).

Ainda, é de suma importância salientar a distinção existente entre os direitos humanos e os direitos fundamentais, pois, em que pese tenham o ser humano como enfoque, não possuem o mesmo significado. Nesse sentido:

De acordo com o critério aqui adotado, o termo “Direitos Fundamentais” se aplica àqueles direitos (em geral atribuídos à pessoa humana) reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guarda relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e em todos os lugares, de tal sorte que revelam um caráter supranacional (internacional) e universal. (MARINONI; MITIDIERO; SARLET, 2017, p. 332).

Desta forma, os direitos fundamentais são aqueles adotados e respeitados por cada Estado, e os direitos humanos fazem referência ao que é internacional, com a característica de universalidade, aderido por diversos Estados.

2.2 Os direitos fundamentais na Constituição de 1988

Assim como diversos outros países, em decorrência do grande avanço e conscientização dos povos, o Brasil também passou a adotar os direitos fundamentais como base em sua legislação. A Constituição da República Federativa

do Brasil de 1988, em seu Título II, aborda os direitos e deveres individuais e coletivos em seu artigo 5º, e os direitos sociais do artigo 6º ao 11º. (BRASIL, 1988).

Inerentes aos direitos fundamentais estão os princípios constitucionais, e a Constituinte brasileira de 1988, logo em seu artigo 1º, traz um princípio demasiadamente importante ao indivíduo, qual seja o da Dignidade da Pessoa Humana. Com isto:

[...] no momento em que a dignidade é guindada à condição de princípio constitucional estruturante e fundamento do Estado Democrático de Direito, é o Estado que passa a servir como instrumento para a garantia e promoção da dignidade das pessoas individual e coletivamente consideradas. (SARLET, 2015, p. 78).

Em decorrência disto, as ações do Estado ficam restritas ao princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana, com a obrigação de promover respeito e proteção para o indivíduo, inclusive, de agressões de outros particulares. (SARLET, 2015).

Para Sarlet (2015), este princípio se trata de uma norma jurídica, possuindo caráter normativo e vinculante, constituindo-se, portanto, uma norma-princípio, à qual deve ser atribuída eficácia e efetividade, para que não ocorram consequências.

Já em seu artigo 5º, a Constituição Federal de 1988 traz à luz o direito à liberdade, o direito do indivíduo de fazer o que desejar. Para Sarmento, a liberdade está interligada à dignidade, pois: “[...] tratar as pessoas como dignas importa em reconhecer o seu direito de realizar escolhas pessoais e de segui-las, quando isto não fira direitos alheios.”. (SARMENTO, 2016, p. 134).

A liberdade, ainda, também está conectada na autonomia que, segundo Sarmento, surgiu com as revoluções inglesa, norte-americana e francesa, as quais eram embasadas por movimentos sociais em busca da liberdade: “A autonomia do indivíduo é um dos valores mais encarecidos pela cultura moderna e um dos pilares centrais sobre os quais estão erigidos os ordenamentos jurídicos das democracias.”. (SARMENTO, 2016, p.137).

Todavia, no cenário brasileiro ainda há muita contradição acerca da liberdade, pois, embora o povo goste de tê-la, até o momento existem raízes autoritárias contrárias a esta, que inclusive decorrem da colonização portuguesa ocorrida no país. (SARMENTO, 2016).

A autonomia distingue-se em privada e pública, correspondendo a primeira às escolhas de vida como indivíduo, e a segunda às escolhas como cidadão:

A autonomia privada corresponde à faculdade do indivíduo de fazer e implementar escolhas concernentes à sua própria vida. Ela expressa a autodeterminação individual e resulta do reconhecimento do ser humano como um agente moral, capaz de decidir o que é bom ou ruim para si, e com direito de seguir a sua decisão, desde que ela não viole direitos alheios. (SARMENTO, 2016, p. 139).

Para Dworkin (2006), conforme mencionado por Sarmento (2016), a autonomia consiste na possibilidade do indivíduo fazer suas próprias escolhas e ter responsabilidade por elas, de acordo com o seu próprio entendimento do que seja bom para si mesmo, o que pode ser chamado de “independência ética”.

Assim, não cabe ao Estado determinar as escolhas de cada um, as quais devem ser tomadas pela vontade pessoal de cada ser humano, de acordo com seus interesses e preferências, desde que não lese terceiros:

Pode-se concluir, assim, que a autonomia perseguida pelo princípio da dignidade da pessoa humana não se resume à mera ausência de obstáculos externos à atuação estatal. Trata-se de uma liberdade positiva, que visa não só a impedir a imposição de barreiras às escolhas individuais, mas objetiva também empoderar as pessoas para que possam realmente exercer a plenitude da sua liberdade. (SARMENTO, 2016, p.158).

Ademais, no tocante à proibição do Estado nas decisões particulares, Sarmento (2016, p. 182), ressalta que: “[...] deve haver um cuidado muito especial nas intervenções estatais em matérias relacionadas à sexualidade pelo risco de que, sob pretexto de proteção de grupos vulneráveis, termine-se impondo valores morais majoritários”.

Deste modo, entende-se que restringir ou proibir o indivíduo de praticar condutas de acordo com sua vontade própria, desde que seja capaz e que suas ações não interfiram nos direitos alheios, se trata de restrição a um direito fundamental. (SARMENTO, 2016).

2.3 Direitos sexuais e reprodutivos femininos

Após analisar as questões históricas referentes aos direitos humanos, bem como a sua busca pelas mulheres, é de suma importância referir que os direitos

sexuais e reprodutivos constituem uma parte dos direitos humanos, uma vez que dizem respeito à sexualidade do ser humano.

A sexualidade feminina, todavia, sempre foi cercada de tabus, sejam eles religiosos, morais ou até mesmo culturais. Para muitos, a sexualidade e a reprodução feminina correspondem, exclusivamente, ao papel biológico da mulher de procriar e de cuidar do filho.

Para Petchesky (2000), conforme mencionado por Lemos (2014, p. 245): “[...] a reprodução, a sexualidade e a saúde têm a mesma importância que os direitos sociais e econômicos”.

Os direitos sexuais correspondem à liberdade de escolher como vivenciar a própria sexualidade, e os direitos reprodutivos, da mesma forma, se tratam da possibilidade de decidir todos os aspectos da reprodução: como, quando e de que forma ocorrerá.

O efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem a saúde sexual e reprodutiva e que têm na Atenção Primária em Saúde (APS) uma das suas grandes áreas de atuação. Portanto, a exigência de que o Estado garanta esses direitos está intimamente articulada ao trabalho dos profissionais de saúde, de modo que, dependendo de seu posicionamento no atendimento à clientela, tal garantia pode ser comprometida. (LEMOS, 2014, p. 245).

Para Proganti, Araujo e Mouta (2008, p. 46), a autonomia pessoal se dá quando existe o respeito pelas decisões reprodutivas, inclusive pelas redes de apoio buscadas durante os eventos reprodutivos, sendo que é: “[...] a noção de integridade corporal ou o direito de segurança e controle sobre o próprio corpo, que constitui, possivelmente, o fundamento mais importante da liberdade sexual e reprodutiva.”.

De acordo com Correa, Alves e Januzzi (2006, p. 38-39), antigamente: “[...] as questões sexuais e reprodutivas estavam confinadas ao mundo doméstico e ao privado, não sendo objetos de políticas públicas.”.

Diante disso, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento de 1994 no Cairo (CIPD) teve papel fundamental para abordar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. A referida plataforma, em seu capítulo VII, trata os direitos reprodutivos como:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência. (ONU, 1994).

Ainda, nesse mesmo diapasão:

Os direitos reprodutivos e os direitos sexuais são inseparáveis, já que garantem o livre exercício da sexualidade e a autonomia para as decisões das pessoas no que se refere à vida sexual e à reprodução, bem como assumir as responsabilidades dessas decisões. (DIAZ et al., 2004, apud REIS, p. 373).

Já durante a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, organizada pela ONU em Pequim, fora elaborada uma Plataforma de Ação, na qual ficou estabelecido que:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a ter controle e decidir livre e responsavelmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências. (ONU, 1995).

Deste modo, sendo tal plataforma considerada no nível universal, ao abordar o assunto, o Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, estabeleceu que:

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado, mediante ações e estratégias que promovam o compromisso e responsabilidade dos cidadãos com seu exercício de modo responsável e mediante condições saudáveis e libertas de riscos. (BRASIL, 2013).

No mesmo sentido:

A saúde reprodutiva, no contexto desta definição positiva, seria formada por uma série de elementos fundamentais. Pressuporia a possibilidade de as pessoas reproduzirem e regularem sua fecundidade; pressuporia também que as mulheres tenham uma gestação e parto seguros; e que aquele processo reprodutivo resultasse em bebês e crianças com expectativa de sobrevivência e bem-estar. A isso se poderia acrescentar a possibilidade de as pessoas manterem relações sexuais seguras e prazerosas. (FATHALLA, 1988 apud COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004, p. 11).

Para Correa, Alves e Jannuzzi (2006), a saúde sexual e a saúde reprodutiva estão diretamente ligadas, visto que, para que o ser humano, seja homem ou mulher, possua uma saúde reprodutiva, se faz necessário que tenha uma saúde sexual segura e que lhe satisfaça.

Assim, para Galvão (1999), conforme realçado por Correa, Alves e Januzzi:

A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade. (CORREA; ALVES; JANUZZI, 2006, p. 45).

É de suma importância frisar a distinção entre direitos reprodutivos e direitos sexuais que, embora tracem linhas próximas, não se confundem. Para Correa, Alves e Januzzi (2006, p. 48): “Os direitos reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter”.

Os direitos reprodutivos visam assegurar às mulheres e homens a possibilidade de gerenciar, com liberdade, autonomia e livre de qualquer violência ou coerção, as questões atinentes à sua reprodução, e isso também inclui o momento e os serviços realizados durante a gestação.

Já os direitos sexuais, por sua vez, são definidos pela Organização Mundial de Saúde como:

Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros. (OMS, 2006).

Diante do contexto histórico anteriormente mencionado, surgiu a necessidade de proteger as mulheres de forma global, contra todos os tipos de discriminação e violência. Para isso, a Organização Mundial de Saúde passou a desenvolver políticas e programas relacionados à saúde sexual e reprodutiva, bem como intensificou o trabalho de proteção às mulheres e seus direitos. Muitos Estados Constitucionais Democráticos de Direito incluíram essas políticas em âmbito interno, como é o caso do Brasil.

A fim de analisar os avanços ocasionados em decorrência de movimentos dos anos 90, como no Cairo e Pequim, a ONU implementou no ano de 2000 os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, uma declaração que visava, entre outras metas, promover a igualdade de gênero e autonomia das mulheres, e melhorar a saúde materna. (ONU, 2000).

Todavia, até os dias de hoje, não existe um sistema capaz de verificar se os direitos sexuais e reprodutivos, assim como outros direitos, estão sendo devidamente efetivados na sociedade, uma vez que não há como abranger em pesquisas todos os aspectos subjetivos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, não havendo, de tal forma, dados que realmente traduzam essa realidade.

Analizando a saúde sexual e a saúde reprodutiva das mulheres, entende-se que o momento do parto da gestante é, sem sombra de dúvidas, um episódio intrinsecamente decorrente de sua saúde sexual e reprodutiva.

Para Progianti, Araujo e Mouta:

Do ponto de vista da fisiologia, o trabalho de parto, o parto e a fase inicial da amamentação são partes integrais da vida sexual da mulher, pois nestes momentos dois grupos de hormônios estão sempre presentes, ocitocina e as endorfinas. (PROGIANTI; ARAUJO; MOUTA 2008, p. 46).

Assim, a Organização Mundial de Saúde, em 2006, lançou um programa chamado “Maternidade Segura – Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático (OMS)” e, dentre os diversos aspectos, se encontra a regulamentação com relação ao uso da técnica de episiotomia.

Após esta análise da evolução histórica dos direitos humanos, desde o século XVIII, bem como a verificação da sua inserção na Constituição Federal de 1988 e, inclusive, um estudo dos direitos sexuais e reprodutivos femininos, o próximo

capítulo irá tratar acerca da prática violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, principalmente por meio da episiotomia durante o parto, bem como a sua origem e a sua escolha pelo profissional da saúde.

3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Neste capítulo será tratado acerca da violência contra a mulher, identificada por meio da violência obstétrica como uma forma de violência de gênero, ramificada na prática da episiotomia durante o parto, com seus conceitos e origens.

3.1 Abordagem histórica e conceitual da violência obstétrica

Embora o termo “violência obstétrica” esteja em alta apenas nos dias de hoje, a sua ocorrência já acompanha as mulheres ao longo dos anos, não se tratando de uma prática recente.

Para Oliveira e Albuquerque (2018), o termo surgiu na América Latina por volta dos anos 2000, em decorrência de movimentos sociais que buscavam a defesa do nascimento humanizado.

Segundo Martins et al. (2019, p. 413), a violência obstétrica constitui: “qualquer tipo de violência que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério, seja no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto”.

Em termos de legislação, o Estado de Santa Catarina sancionou a Lei nº. 17.097, a qual prevê, em seu artigo 2º, o conceito de violência obstétrica, qual seja:

Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. (SANTA CATARINA, 2017).

Todavia, a violência obstétrica possui diversas faces, podendo se constituir por meio da violência física, verbal e psicológica, desde a falta de atendimento, à omissão de informações, julgamentos desnecessários e intervenções que ultrapassam limites, seja na rede pública ou na privada.

Nesse sentido:

A violência obstétrica durante a gestação e parto podem ser caracterizadas por: negação do atendimento à mulher, quando a mesma procura unidades de saúde como postos de saúde, ou quando lhe impõe qualquer tipo de dificuldade onde está sendo realizado o pré-natal; comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família, humilha-la; agendar cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico. (MARTINS et al., 2019, apud ANDRADE, 2004).

O Ministério da Saúde, em 03 de maio de 2019, publicou um celerado despacho referente à violência obstétrica, o qual em seu parágrafo 4º menciona que: “o termo “violência obstétrica” tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério”. (BRASIL, 2019).

Em contrapartida, segundo Diniz (2005) mencionado por Knippel e Dias (2019, p. 7):

Violência obstétrica é qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos.

A Organização Mundial da Saúde define a violência obstétrica como: “uso intencional 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.”. (BRASIL, 2019).

Buscando diminuir os casos de violência obstétrica, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, instaurou o programa Rede Cegonha que:

[...] visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL, 2011).

É de suma importância falar acerca da violência obstétrica, visto que algumas mulheres, às vezes, nem percebem a sua ocorrência, e acabam por achar que se trata de procedimentos e atitudes normais:

[...] o processo de institucionalização do parto no Brasil continua interferindo na medicalização do parto e no incremento dos índices de cesariana, reforçando a medicalização do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história, perpetuando a violência obstétrica. Ressalta-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito. (ANDRADE; AGGIO, 2014, p. 06).

Assim, entende-se por violência obstétrica tudo aquilo que vá ferir ou prejudicar a gestante antes, durante e após o período de gestação e, como uma forma de violência praticada contra a mulher, também pode ser enquadrada como violência de gênero.

3.2 Violência obstétrica como violência de gênero

Para Knippel e Dias (2019), para ser possível o entendimento da violência obstétrica, a qual consiste numa espécie de violência contra a mulher, considerando que só pode ser vítima a mulher gestante, se faz necessário o entendimento da desigualdade de gênero, ou seja, a desigualdade dos sexos.

Nesse sentido, os autores decorrem que para cada gênero foram estabelecidas, pela sociedade, responsabilidades e direitos, ou seja, papéis. Assim, em que pese existam diferenças biológicas, especialmente anatômicas, entre os homens e mulheres, foi a cultura que impôs aos sexos opostos funções opostas. Enquanto o homem era considerado o provedor da família, dominador e aquele que detinha o poder familiar, a mulher deveria ser mãe, amorosa, acolhedora e submissa, responsável pelos afazeres domésticos e obediente às ordens do homem.

Saffioti (2004), citado por Knippel e Dias (2019, p. 5), refere que a violência de gênero constitui: “[...] uma relação de poder e de dominação do homem e de submissão da mulher, refletindo a ordem patriarcal de gênero”.

Então, desta forma, entende-se que a violência obstétrica, uma espécie de violência contra a mulher, constitui violência de gênero.

Nesse sentido: “A violência contra a mulher foi entendida conceitualmente como parte de um contexto sócio-econômico e cultural que, historicamente, discrimina o sexo feminino.”. (PROGIANTI; ARAUJO; MOUTA, 2008, p. 46).

Knippel e Dias (2019) referem que, no tocante à violência obstétrica, a mulher gestante acaba se submetendo àquilo que é de vontade do profissional da área da saúde, em virtude deste ser o dominador e aquela ser submissa na relação hierárquica:

Neste contexto, é possível verificar que no topo da relação hierárquica está o médico, o detentor de conhecimento técnico-científico, a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente. Na base, como representante hierárquico inferior, temos a gestante, cuja função única é a de seguir o que lhe é transmitido. (KNIPPEL; DIAS, 2019, p. 6).

Deste modo, a mulher na posição inferior e mais vulnerável, acaba tendo necessidade de confiar no profissional da saúde, o qual está numa posição de autoridade, visto que é aquele com conhecimento. Assim, a gestante acaba por se submeter às determinações do médico que podem exceder os limites necessários.

Nesse sentido:

No caso dos profissionais de saúde - e, no topo desta hierarquia, o médico-, o poder exercido se baseia na autoridade cultural e moral que a profissão médica atingiu em nossa sociedade. Essa autoridade está pautada não só em determinados conhecimentos científicos e em tecnologias, como, também, em certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros socialmente, além de exercerem determinado domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. Por essa razão, a autoridade médica tem, como pilares, a legitimidade científica - como dito anteriormente - e a dependência dos sujeitos ao conhecimento que o médico detém, pelo receio de que venham a sofrer consequências desagradáveis caso esta autoridade não seja obedecida. (STARR, 1991 apud AGUIAR; OLIVEIRA, 2011, p. 82).

Em que pese a violência obstétrica ainda não seja um tema muito debatido no ordenamento jurídico brasileiro, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará, ocorrida em 1994, promulgada pelo decreto nº 1.973 de 1º de agosto de 1996, estabeleceu que a violência contra a mulher constitui-se em: “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.”. (BRASIL, 1996). Além disso, o referido decreto menciona que a violência contra a mulher pode ocorrer, entre outros, nos locais de serviços de saúde.

Conforme explanado por Knippel e Dias (2019, p. 9), a violência obstétrica é considerada violência de gênero em virtude de:

[...] a violência de gênero pode ser entendida como uma relação de poder e de dominação do homem e de submissão da mulher, relação esta que reflete a ordem patriarcal de gênero. E é exatamente essa relação que vislumbramos dentro do contexto médico-paciente, ainda que o profissional da saúde seja do sexo feminino.

A explicação dada pelos autores para a ocorrência da violência obstétrica decorre da vulnerabilidade da gestante, a qual está inserida numa posição de submissão em relação ao profissional da saúde, mesmo que seja uma mulher, visto que o cerne da situação está, principalmente, na posição ocupada pelas partes.

Diante disso, pode-se concluir que a violência obstétrica constitui violência de gênero. Dentre os mais diversos tipos de ocorrência da violência obstétrica, encontra-se a episiotomia, cuja prática é realizada no momento do parto.

3.3 Episiotomia

Conforme explanado por Bento e Santos (2006, p. 553): “O termo episiotomia vem de *epision*, que significa região pubiana, e *tome*, de incisão.” Segundo os autores, a primeira ocorrência relatada da episiotomia, embora não possuísse este nome ainda, ocorreu em 1742, por Fielding Ould, na Irlanda.

Historicamente, a literatura médica revela que:

A episiotomia foi, pela primeira vez, proposta por Sir Fielding Ould, em seu livro *Treatise of Midwifery*, publicado no ano de 1742 na língua inglesa. Entretanto, somente em 1799, Michaelis relatou ter realizado uma incisão no períneo. O termo foi criado em 1857 por Carl Von Braun, em Viena. A incisão cirúrgica do períneo foi originalmente recomendada para auxiliar o médico em partos laboriosos. Contudo, começou a ser defendida rotineiramente pelo renomado obstetra Pomeroy, em 1918 [...]. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010, p. 266).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a episiotomia consiste em uma incisão no períneo para aumentar o canal vaginal oportunizando o parto normal. (CARVALHO et al., 2015).

Para Progianti, Araújo e Mouta (2008, p. 46): “[...] a episiotomia consiste no alargamento do orifício vaginal por meio de uma incisão perineal, realizada com tesoura ou bisturi, durante o início da expulsão fetal”.

Todavia, tal procedimento nem sempre é realizado com o consentimento da parturiente, nem mesmo com seu conhecimento acerca da sua realização, o que vem a ferir os seus direitos sexuais e reprodutivos, os quais se baseiam nos princípios da igualdade, diversidade, autonomia pessoal e integridade corporal, conforme mencionado no capítulo anterior. Assim, ao realizar a episiotomia sem autorização da mulher, gera-se desrespeito com a sua integridade corporal e o controle sobre seu próprio corpo, o que há de mais importante quando se trata da liberdade sexual e reprodutiva. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

Nesse viés, Progianti, Araújo e Mouta (2008, p. 46) discorrem que: “Muitos médicos e enfermeiras obstétricas afirmam que a episiotomia é a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento”.

O uso dessa técnica de forma rotineira encontrou justificativa na prevenção do trauma perineal severo, para evitar danos pélvicos como: retoccele, ruptura do esfíncter anal e prolapso genital, também para impedir a incontinência urinária, e disfunção sexual, além de ser considerada uma prevenção da morbidade e mortalidade infantil. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Conforme Bento e Santos (2006), nomes importantes da medicina no século XX, como Pomeroy e Joseph DeLee, entendiam que a episiotomia deveria ser um procedimento de rotina, em virtude de compreenderem que diminuiria os traumas e concederia à mulher a sua condição virginal.

Inclusive, DeLee defendeu tal posicionamento na Sociedade Americana de Medicina. Entretanto, não havia comprovações científicas que estabelecessem a utilidade da episiotomia, mas, mesmo assim, passou a ser utilizada rotineiramente.

O procedimento foi empregado no decorrer dos anos e, atualmente, estudos apontam críticas ao procedimento, tais como a necessidade de reparo cirúrgico da região afetada, desconforto materno e alterações na função sexual. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

Conforme menciona Diniz (2015), a episiotomia, nos casos em que não é indicada, consiste numa violação dos direitos sexuais e reprodutivos, da integridade corporal, da informação e da escolha.

Permanecer utilizando da episiotomia rotineiramente constitui uma forma de violência contra a mulher, conforme se evidencia pelo seguinte trecho:

[...] compreendemos que a episiotomia se constitui numa violência contra a mulher, pois, ao afetar sua integridade corporal, compromete o senso de segurança, o estado psíquico e emocional da parturiente, violando o direito de controle sobre o próprio corpo, que constitui, possivelmente, o fundamento mais importante da liberdade sexual e reprodutiva. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008, p. 48).

Para a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) a episiotomia somente deve ser recomendada quando houver estrita necessidade, e não rotineiramente. A entidade ressalta ainda que a episiotomia só deveria ser realizada com o consentimento informado da parturiente. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Conforme entendido por Carvalho et al. (2015), os profissionais da área da saúde acabam por atribuir a escolha de realizar ou não a episiotomia a si mesmos, sem proporcionar às mulheres tal possibilidade e, muito menos, sem lhes prestar informações acerca de sua realização.

De acordo com Progianti, Araujo e Mouta (2008, p. 46):

[...] esta operação obstétrica, que é a mais freqüentemente realizada no ocidente, representa o poder da obstetrícia masculina, evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, além de representar um ritual de mutilação genital que impede a vivência da sexualidade durante o parto e nascimento.

A partir de estudos científicos realizados ao longo dos anos, a Organização Mundial da Saúde divulgou um manual acerca do parto e nascimento, no qual preceitua que a episiotomia, sendo realizada rotineiramente, deve ser evitada. (BENTO; SANTOS, 2006).

Para Diniz (2005), a problemática da realização da episiotomia no Brasil se dá por questões relacionadas à classe social e à raça, posto que, segundo a autora, mulheres brancas e de classe média, geralmente no setor de saúde privado, ao realizarem o parto, optam pela cesárea, na qual é realizado um “corte em cima”. Já as mulheres que necessitam optar pelo Sistema Único de Saúde, dependem do parto normal com a realização da episiotomia, ou seja, o “corte em baixo”.

Diniz (2005) ainda discorre que evitar a prática da episiotomia, além de ser benéfico às mulheres, também auxiliaria a economia do setor da saúde. Isso porque

sua realização de forma desnecessária e rotineira ocasiona um desperdício anual de cerca de US\$ 134 milhões, somente na América Latina, uma vez que a episiotomia possui indicação em apenas de 10% a 15% dos partos, mas é utilizada em mais de 90%, ou seja, ocorre com frequência e sem necessidade.

Por conseguinte, a episiotomia somente deve ser realizada pelo profissional da área da saúde quando realmente for necessária, e não por padrões culturais e sexuais impregnados na sociedade. Assim, é recomendada sua utilização somente quando for específico e necessário de acordo com a situação da parturiente. (BENTO; SANTOS, 2006).

Uma solução encontrada por Diniz para evitar a prática desnecessária da episiotomia concentra-se em:

[...] a adoção pelos serviços de saúde, no pré-natal e no parto, de um consentimento informado sobre episiotomia, com base nas evidências científicas e na legislação dos direitos dos pacientes. Assim as mulheres poderiam decidir sobre seu corpo [...]. Para isso é necessário promover a mudança na formação dos recursos humanos e a informação da opinião pública através da mídia. (DINIZ, 2005, não paginado).

Assim, realizar a episiotomia de forma injustificável, conforme entendido por Diniz (2005), é considerado como uma espécie de mutilação genital e uma forma de violência de gênero, visto que a episiotomia, geralmente, é utilizada pela sua “conveniência simbólica”, em virtude das consequências que acarreta e os motivos intrínsecos pelos quais é realizada na maioria das vezes, que serão explanados no próximo capítulo, juntamente com a possibilidade de responsabilização do profissional da saúde acerca dos danos causados.

4 A MUTILAÇÃO FEMININA DURANTE A EPISIOTOMIA: CONSEQUÊNCIAS DA VIOLAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES

Este capítulo, por sua vez, abordará as consequências da prática da episiotomia nas mulheres, tanto físicas, quanto psicológicas e sexuais, bem como um dos motivos intrínsecos pelo qual a episiotomia é realizada, denominado como “ponto do marido” e, por fim, a possibilidade de responsabilização do profissional da área da saúde pelas consequências ocasionadas.

4.1 Consequências físicas, psicológicas e sexuais

Em que pese a episiotomia seja defendida por alguns profissionais sob a ótica de que auxiliaria a diminuir a morbimortalidade materna, bem como contribuiria para prevenir a ocorrência de lacerações no períneo e sua melhor cicatrização e, ainda, viabilizar o nascimento da criança, sua realização traz diversas consequências negativas.

Para Carvalho et al. (2015), em contrapartida, a laceração pode ocorrer mesmo após a intervenção, sendo que, para os autores, a dor e o desconforto ocasionados pela episiotomia são maiores do que a laceração, visto que acarreta uma grande perda sanguínea, dor e, até mesmo, disfunção sexual.

De acordo com Diniz (2005, não paginado) ao invés de ser benéfica, a episiotomia ocasiona: “[...] danos sexuais importantes, dor intensa, aumenta os riscos de incontinência urinária e fecal, e leva com frequência a complicações infecciosas, problemas na cicatrização e deformidades genitais”.

Um dos argumentos utilizados a favor da episiotomia seria de que o parto normal acarretaria flacidez à musculatura da vagina, interferindo na sexualidade feminina. Todavia, as mulheres que foram submetidas à episiotomia de rotina tiveram sua função sexual piorada, o que contraria o argumento de que seria benéfica. (CARVALHO et al., 2015).

Segundo um estudo realizado no Hospital Universitário Clemente de Faria, em Montes Claros, no estado de Minas Gerais, foi possível evidenciar que as consequências mais presentes nas mulheres que passaram pela episiotomia foram dor, medo, constrangimento e desconforto. A realização do corte pode ocasionar um dano nas estruturas anatômicas da vagina, além de interferir na condição física de

contrair e relaxar os músculos. Além disso, também é capaz de danificar os vasos sanguíneos, nervos e tecido erétil, o que pode interferir na sensibilidade do prazer do ato sexual. (CARVALHO et al., 2015).

Segundo as parturientes que passaram pelo referido estudo, algumas mulheres levaram de dois a quatro meses para voltar a ter uma vida sexual normal, sendo que, além da dor ocasionada pela prática, a episiotomia ocasionou cicatrizes que: “[...] mudaram a aparência da vagina, e sobretudo, incomodaram as mulheres, gerando constrangimento.”. (CARVALHO et al., 2015, p. 231).

Além disso, as mulheres relataram que, em maioria, não receberam informações acerca do procedimento antes do parto, bem como não lhes foi solicitada autorização para sua realização. (CARVALHO et al., 2015).

Proganti, Araújo e Mouta (2008) mencionaram que, em estudo realizado acerca da episiotomia, as mulheres relataram que associaram as sensações ocasionadas a um trauma, visto que decorreram de preocupações, incômodo físico e dor. Nesse sentido: “Todos os depoimentos que evidenciaram a vivência da sensação de dor, proveniente da realização da episiotomia, fortaleceram a idéia de que este procedimento provoca um trauma.”. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008, p. 47). Tudo isso leva ao entendimento de que as sensações vividas pela mulher durante a episiotomia ocasionam consequências para sua integridade.

De acordo com Proganti, Araújo e Mouta (2008, p. 47): “[...] as mulheres relataram repercussões negativas no momento do parto e no pós-parto, em virtude da dor e dos incômodos físicos que atrapalhavam a liberdade corporal”. Assim, concluíram os autores que o parto foi vivenciado pelas mulheres como um corte negativo que interferiu na sua sexualidade, e não como uma das expressões dela.

Nesse sentido:

Percebemos que todas as excitações que poderiam proporcionar prazer proveniente de um evento fisiológico fundamental e vital, como o parto, ficaram prejudicados com o procedimento, e as mulheres passaram a rejeitar o natural. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008, p. 48).

Após as pesquisas realizadas, os autores puderam evidenciar que as mulheres tiveram a sua sexualidade afetada em virtude da dor ocasionada nas relações sexuais, conceituada como dispareunia, ou seja, a dor que ocorre na relação sexual durante a penetração. Assim, algumas mulheres tiveram sua vida

sexual com os parceiros prejudicada, visto que sentiam que seu períneo não teria retornado ao estado adequado mesmo decorrido um ano do parto e, inclusive, sentiam que a ferida ainda estava aberta e que não havia sido suturada, o que ocasionaria grande incômodo. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

Aliadas às consequências físicas, a episiotomia também gera consequências psicológicas, pois as mulheres acabam ficando constrangidas pela aparência da vagina e perdem a intimidade com os parceiros, que também acabam por demonstrar sua insatisfação.

Assim, conforme evidenciado por Carvalho et al. (2015, p. 232):

Foi perceptível também a ansiedade das puérperas com relação à possível insatisfação do marido com a aparência da vagina. Sobre o assunto, o modo como a mulher encara as alterações do seu corpo está intimamente relacionada com as alterações da sexualidade, com seu aspecto psicológico, com a atitude de seu companheiro e com a maneira pela qual ela própria se situa frente a essas mudanças.

Em decorrência disso, Diniz (2005, não paginado) menciona que: “Muitas mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de uma episiotomia, especialmente depois de uma experiência traumática e com sequelas”.

Desta forma, o parto normal está sendo evitado por algumas gestantes que têm medo de sofrer com as consequências da episiotomia de rotina.

4.2 O ponto do marido

Do inglês “*the husband stitch*”, o ponto do marido também é uma das práticas da violência obstétrica. Segundo Bruna de Lara, autora de um artigo publicado no site The Intercept Brasil, em 2018, após realizar a episiotomia, alguns obstetras executam uma sutura excessiva do corte, inclusive com alguns pontos a mais, para que a vagina da mulher retorne aos aspectos virginais que, em tese, teriam sido perdidos com a experiência do parto para, assim, conceder mais prazer ao homem durante a relação sexual.

Conforme dito por Aguiar, mencionado por Lima (2017, não paginado): “O ponto do marido é um ponto que se faz ao término da sutura de uma episiotomia, onde se 'aperta' a entrada da vagina, com o intuito de torná-la mais estreita, teoricamente aumentando a satisfação sexual do marido”.

Ainda no mesmo sentido:

Sendo assim, o ponto do marido seria uma tentativa de não só reconstruir a anatomia da região que foi lesada no corte, mas tornar novamente esta mulher 'apertada', e com isso, mais apta a dar prazer ao marido na penetração vaginal. Nesse sentido, cabe uma reflexão que envolve questões de gênero, uma vez que a vagina é da mulher - e não do marido - e que o prazer sexual envolve muitas outras questões que não se restringem à anatomia genital. (AGUIAR, apud LIMA, 2017, não paginado).

Assim, já não bastasse a experiência de ter que lidar com a prática da episiotomia que, por si só, já é bastante dolorosa, algumas parturientes ainda são submetidas à realização do ponto do marido que, em virtude de ser procedido pela execução de pontos além do necessário na sutura do corte, acaba por ocasionar lesões na região genital das mulheres.

Nesse sentido, a parteira Anabel Carabantes, conforme mencionado por Carpallo (2018, não paginado), relata que:

[..] fechar demais a entrada da vagina, o introito, significa para ela ter tecidos mal colocados, não há elasticidade, o clitóris fica aprisionado em sua parte terminal, a entrada de algo na vagina provoca dor, e uma dor maior ainda é saber que foi feita uma prática cirúrgica sem necessidade e sem seu consentimento.

Verifica-se que realizar o ponto do marido após o corte da episiotomia, sem o consentimento da mulher, e visando à satisfação sexual do parceiro, nada mais é do que um reflexo da sociedade machista e invasiva que ainda paira nos dias de hoje e que, quando se trata de mulheres, não vê problemas em violar sua intimidade, tanto física quanto psicológica.

Ao arrazoar acerca da episiotomia e do ponto do marido conjuntamente, Lara (2018, não paginado) menciona que:

Mas há três problemas com o corte: não há evidências científicas de que ele seja necessário, ele não pode ser feito sem autorização das mulheres e a costura em hipótese alguma deveria se estender além do necessário, muito menos com objetivo de apertar vaginas e satisfazer homens. É por causa desse hábito dos maus obstetras, a mais machista das formas de violência que uma mulher pode sofrer durante o parto, que a costura exagerada ganhou o apelido de "ponto do marido".

Assim, considerando que, geralmente, a episiotomia é seguida pelo ponto do marido, alguns profissionais da saúde definem tal prática como uma espécie de

mutilação genital feminina, em decorrência das consequências que acarretam às mulheres.

4.3 Possibilidade de responsabilização civil e penal em razão dos danos decorrentes da episiotomia

Em que pese não haja uma legislação específica acerca da responsabilidade civil na área da saúde, Silva leciona que:

A responsabilidade civil na área da saúde exige atenção constante à distinção entre as obrigações de meio e de resultado e ao dever-direito de informação sobre os riscos do procedimento a ser utilizado pelo prestador de serviços. (SILVA, 2009, p.17).

Para a autora, quando se trata de responsabilidade civil, é de suma importância identificar se é subjetiva, na qual se verifica a culpa, ou se é objetiva, na qual não se examina a culpa, a fim de proceder à condenação de reparação de danos, bem como indenizações, de forma a quantificar os danos causados. (SILVA, 2009).

Desta forma, entende-se que, a fim de não serem cometidos erros graves, para que haja responsabilidade civil, deve haver nexo causal entre a ação do profissional da saúde e o dano causado no paciente. Nesse sentido: “[...] é preciso olhar atentamente cada caso e identificar ou não os pressupostos e o fundamento da responsabilidade civil para encontrarmos soluções justas.”. (SILVA, 2009, p. 18).

Segundo Silva (2009), a responsabilidade civil serve para atribuir ao causador do dano o dever de reparar o prejuízo que causou, como um senso de justiça intimamente ligado com um senso social, psicológico e moral. Todavia, tais sentimentos não devem enfraquecer os princípios jurídicos que devem embasar a responsabilidade civil:

Na concepção social, sempre que alguém causar um dano, deverá repará-lo, mas esta concepção deve ser enquadrada nos ditames jurídicos, para que efetivamente surja o dever de reparação. Esse enquadramento exige o preenchimento de pressupostos e a identificação do fundamento da responsabilidade civil [...]. (SILVA, 2009, p. 20).

Para que seja possível aplicar a responsabilidade civil, a autora refere que se faz necessária a distinção entre seus pressupostos e seus fundamentos. Para ela,

pressupostos consistem na ação, no dano e no nexo causal entre eles, e os fundamentos consistem na culpa ou no risco. (SILVA, 2009).

A ação corresponde à violação ao direito à vida, à integridade física ou aos direitos da personalidade. Já o dano pode ser tanto material quanto moral. O nexo causal, por sua vez, é mais difícil de ser identificado, visto que não é fácil verificar se o dano causado decorreu da ação do profissional da saúde. Já os fundamentos limitam-se à culpa, que corresponde à busca pela vontade do sujeito, assim como o dolo, ou sua atuação de forma negligente, imprudente ou imperita, e ao risco, que não decorre da vontade do sujeito: “Se o fundamento é a culpa, a responsabilidade é chamada de subjetiva. Se o fundamento é o risco, a responsabilidade é denominada objetiva.”. (SILVA, 2009, p. 23).

O Código Civil brasileiro, em seu artigo 186 estabelece que: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.”. (BRASIL, 2002).

Desta forma, o profissional da saúde que causar dano ao paciente em decorrência de ação ou omissão, pratica ato considerado ilícito e, uma vez assim considerado, é obrigado a repará-lo, nos termos do artigo 927 do Código Civil: “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.”. (BRASIL, 2002).

Silva (2009) ainda menciona a conexão da responsabilidade civil do médico com o Código de Defesa do Consumidor. Segundo a autora, a relação entre o paciente e prestador de serviços constitui uma relação de consumo, em decorrência do disposto nos artigos 2º e 3º do referido diploma legal, respectivamente: “Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.” (BRASIL, 1990) e:

Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços. (BRASIL, 1990).

Desta forma, constituindo-se uma relação de consumo, o Código de Defesa do Consumidor determina, em seu artigo 14º que o fornecedor deve responder pela reparação dos danos que causou ao consumidor, independentemente de existir culpa. (BRASIL, 1990).

Entretanto, o § 3º do referido artigo determina que não haverá responsabilização do fornecedor quando for provado que o dano não existe, ou que a culpa é exclusiva do consumidor ou de terceiro, ou seja, ausência de nexo causal. (SILVA, 2009).

Ao abordar a responsabilidade civil do médico, França (2014, p. 103) refere que:

[...] será avaliada de acordo com o maior ou menor grau de previsibilidade de dano. Ainda: o médico, nas relações de consumo com seus clientes, não está obrigado a um resultado, pois entre eles existe um contrato de meios e não de fins. Seu compromisso é utilizar todos os meios e esgotar as diligências ordinariamente exercidas. Em suma: usar de prudência e diligenciar normalmente a prestação do serviço. Haverá inadimplência se a atividade for exercida de forma irregular, atípica ou imprudente, e, se na prestação do serviço venha ocorrer um acidente de consumo, o médico terá sua responsabilidade civil apurada dentro dos limites da má prática.

Ainda, França (2014) aduz que, diverso do que preconiza o Código de Processo Civil, o paciente poderá propor a ação no seu domicílio, conforme determina o artigo 101, inciso I, do Código de Defesa do Consumidor. Ainda, o autor ressalta que o prazo de prescrição acerca da responsabilidade do serviço é de cinco anos, a partir da data em que se teve conhecimento do dano e da autoria deste, nos termos do artigo 27 do referido código.

Neste sentido, o Superior Tribunal de Justiça, em 18/08/2010, publicou o Agravo de Instrumento nº 1.323.321-RS, tendo como relator o Ministro Sidnei Beneti, acerca da responsabilização civil do médico em virtude de dano causado por episiotomia:

AGRAVO DE INSTRUMENTO Nº 1.323.321 - RS (2010/0114082-7)
DECISÃO [...] 1. Responsabilidade do médico: A relação de causalidade é verificada em toda ação do requerido, evidente o desencadeamento entre o parto, a alta prematura e os danos físicos e morais, causando situação deplorável à apelante, originada de dilaceração perineal de 4º grau. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado nefasto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido. Dever de indenizar.
[...] Colhe-se dos autos que, no momento do parto, a autora foi submetida a uma episiotomia mediana, da qual lhe resultou laceração perineal de 4º grau, culminando no aparecimento de grave foco infeccioso. Em razão do fato passou por intervenções cirúrgicas para reconstrução das estruturas. (BRASÍLIA, Superior Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n. 1.323.321-RS. Relator Ministro Sidnei Beneti. Julgado em 06/08/2010). (BRASÍLIA, 2010).

Além disso, o relator também discorreu que:

[...] Tal falta de habilidade do apelado, ao exceder os limites da incisão, lesionando a mucosa vaginal, músculos do períneo, assim como os músculos dos canais anal e reto, já configuraria grave erro médico. Configurado erro grosseiro, injustificável, com resultado funesto, o qual teve por causa a imprudência e negligência do requerido, um verdadeiro erro profissional atroz, causando situação deplorável à apelante. [...] Nitidamente demonstrado(s) o(s) erro(s) médico(s), cabe ao requerido o dever de indenizar, visando recompensar o dano causado. (BRASÍLIA, Superior Tribunal de Justiça. Agravo de Instrumento n. 1.323.321-RS. Relator Ministro Sidnei Beneti. Julgado em 06/08/2010). (BRASÍLIA, 2010).

Já o Supremo Tribunal Federal, por sua vez, por meio do Agravo de Instrumento nº 852.237, datado de 25/06/2013, tendo como relator o Ministro Celso de Mello, decidiu que:

RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOUTRINA – JURISPRUDÊNCIA - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (BRASÍLIA, Supremo Tribunal Federal. Ag. Reg. no Agravo de Instrumento 852.237 Rio Grande do Sul. Relator Ministro Celso de Mello. Julgado em 25/06/2013). (BRASÍLIA, 2013).

Ao dispor acerca do caso, o Ministro ressaltou que:

[...] As circunstâncias do presente caso evidenciam que o nexo de causalidade material restou plenamente configurado em face do comportamento omissivo em que incidiu o Poder Público, que se absteve de “(...) orientar a autora sobre o procedimento adotado no seu parto, assim como os eventuais riscos a que estaria exposta, como também a necessidade do seu retorno ao hospital para o acompanhamento médico de sua situação”. [...] Lamentavelmente, essa incompreensível omissão estatal foi causa do evento danoso. Se a União Federal, por seus agentes no desempenho de atividade médico-hospitalar exercida em hospital público, houvesse agido com diligência em face do que se vem de registrar, ter-se-ia evitado o grave quadro apresentado pela recorrida, que “(...) teve que se afastar de suas atividades laborais, devido a sua incontinência fecal, tendo que se submeter, posteriormente, a um procedimento cirúrgico para a reparação de seu problema”. (BRASÍLIA, Supremo Tribunal Federal. Ag. Reg. no Agravo

de Instrumento 852.237 Rio Grande do Sul. Relator Ministro Celso de Mello. Julgado em 25/06/2013). (BRASÍLIA, 2013).

É de suma importância ressaltar que o ato médico pode ser considerado como prática abusiva. França (2014, p. 103) conceitua prática abusiva como aquela que: “[...] extrapola a normalidade no exercício da prestação de serviço entre o fornecedor e o consumidor.”.

Caso o profissional da saúde, no seu papel de fornecedor, execute serviços sem a autorização expressa ou tácita do consumidor, neste caso o paciente, estará indo contra ao que defende o CDC, devendo arcar com multa, entre outros, conforme dispõem os artigos 56, inciso I, e 57.

França (2014) conceitua o erro médico diferenciando-o de acidente imprevisível, que decorre de caso fortuito ou força maior e que não poderia ser previsto e nem evitado, bem como do resultado incontrolável, o qual é um dano decorrente da sua própria evolução.

Assim, para ele, erro médico se constitui:

[...] quase sempre por culpa, é uma forma de conduta profissional inadequada que supõe uma inobservância técnica, capaz de produzir um dano à vida ou à saúde do paciente. É o dano sofrido pelo paciente que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência do médico, no exercício de suas atividades profissionais. Levam-se em conta as condições do atendimento, a necessidade da ação e os meios empregados. (FRANÇA, 2014, p. 257).

Por fim, França (2014) leciona que a responsabilização do erro médico pode se dar pela forma legal, aquela que é imputada aos tribunais, na qual são abrangidas ações penais e ações civis, e pela forma moral, a qual é atribuída aos Conselhos de Medicina, por meio de processos ético-disciplinares.

Após ter sido analisada a responsabilidade civil do profissional da saúde, conforme mencionado acima, este também pode sofrer responsabilização penal. Em que pese o sistema jurídico brasileiro ainda padeça pela ausência de legislação específica acerca da possibilidade de responsabilização penal do médico, tanto em decorrência da violência obstétrica quanto do erro médico, o profissional da saúde deve responder, inclusive, na área penal, ao causar um dano no paciente, exceto nas exceções mencionadas anteriormente.

Acerca disso, França (2014, p. 258) estabelece que:

Na doutrina penal tem prevalecido a teoria subjetivista da culpa, onde o agente não quer o resultado nem assume o risco de produzi-lo, existindo, apenas, uma previsibilidade de dano. Como essa previsão é eminentemente subjetiva, torna-se difícil atribuir ao médico uma responsabilidade criminal.

Todavia, insta salientar que, de acordo com o que preceitua o artigo 146 do Código Penal, o constrangimento ilegal é conceituado como: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda.”. (BRASIL, 1940).

Além disso, o § 3º, inciso I, do mencionado artigo dispõe que não é compreendido na disposição do artigo: “a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida.”. (BRASIL, 1940).

Entretanto, a prática da episiotomia não diz respeito a questões de iminente perigo de vida, principalmente em virtude de ser indicada apenas em 10% dos casos. Assim, realizar a episiotomia de forma rotineira, não sendo realmente necessária, pode, inclusive, constituir-se em lesão corporal contra a parturiente.

Desta forma, em que pese a falta de regulamentação acerca da problemática, entende-se cabível e justificável a condenação do profissional da saúde a responder civilmente e penalmente pelos danos causados decorrente da episiotomia desnecessária, cabendo, atualmente, à jurisprudência regulamentar tais questões.

Assim, verifica-se necessário que o ordenamento jurídico brasileiro redija legislações e medidas a fim de conceder mais segurança e respaldo às mulheres, bem como a fim de repreender e, de certa forma, punir, os causadores dos demasiados danos e lesões ocasionados pela episiotomia de rotina.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo monográfico observou um raciocínio que elucida e percorre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como um segmento dos direitos humanos e da Dignidade da Pessoa Humana, aplicando-lhes em uma problemática quando são violados.

Inicialmente, buscou-se analisar a forma como esses direitos tiveram origem e como foram conquistados ao longo dos anos pelas pessoas mais prejudicadas na sociedade em comum, dando enfoque às mulheres, visto que, antes da sua luta por igualdade ter iniciado, não eram consideradas, principalmente pelos homens, merecedoras de quaisquer direitos e, tampouco dispõem da liberdade e da autonomia para decidir questões acerca da sua saúde sexual e reprodutiva. Esses direitos finalmente tiveram enfoque internacional com a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 e no ordenamento jurídico brasileiro com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Com esses referidos documentos, foi positivado que todos são iguais, bem como são livres e autônomos, devendo ter a possibilidade de decidir sobre as suas escolhas de vida. Dentre essas escolhas, podem ser elencadas as escolhas relativas à própria sexualidade e reprodução. Nesse sentido, deve ser concedido acesso total à informação para que as mulheres façam suas próprias escolhas concernentes ao momento de seu parto, as quais devem ser respeitadas.

Além disso, a Dignidade da Pessoa Humana prevê que todos devem ser atendidos por serviços de saúde de qualidade e terem tratamento digno, o que não ocorre muitas vezes com gestantes e parturientes, especialmente no sistema público de saúde. Ocorre que demasiados procedimentos são realizados sem necessidade, como é o caso da episiotomia, inclusive sem o consentimento e conhecimento da paciente. Da mesma forma, esse procedimento em alguns casos é realizado apenas por costume ou conveniência, e não pela necessidade e objetivo para o qual foi criado. Assim, vislumbra-se que os direitos humanos não estão sendo de toda forma resguardados, embora previstos legalmente.

A partir disso, buscou-se analisar quais seriam as consequências da violação dos direitos sexuais e reprodutivos femininos por meio da prática da episiotomia. Considerando tratar-se de um procedimento realizado em uma região bastante sensível, acaba por ocasionar lesões e dores em algumas mulheres. Fora

constatado ao longo do estudo que muitas parturientes sequer foram informadas da realização da episiotomia, se tratando de um procedimento bastante doloroso, visto que o corte é realizado sem anestesia, e que mesmo após o período de recuperação permaneceram sentindo dores, inclusive ao urinar e durante as relações sexuais. Vale salientar que em alguns casos são feitos pontos a mais do que o necessário para fechar o corte, a fim de conceder à parturiente aspectos virginais, com o estreitamento da entrada de sua vagina.

Além disso, evidenciou-se que algumas mulheres acabam por sofrer traumas psicológicos, além das dores físicas oriundas da episiotomia, como incômodo com a aparência da região genital por conta da cicatriz e vergonha do parceiro ao ter relações sexuais.

Nesse sentido, resta claro que se trata de um procedimento que deve ser realizado com extrema cautela e não de forma rotineira como ainda ocorre, fornecendo conhecimento para a gestante acerca do seu funcionamento, bem como pedindo seu consentimento para a prática.

Entretanto, enquanto isso não acontece, a medida cabível a fim de reparar tamanhas consequências é a responsabilização dos profissionais da saúde, tanto civil quanto penal, quando for comprovado que seu serviço foi realizado de forma abusiva na prática da episiotomia de rotina.

Conclui-se, dessa forma, que o Estado brasileiro necessita aumentar a inclusão de políticas públicas que visem proteger e assegurar os direitos às mulheres, principalmente gestantes e parturientes, orientando sobre a realização desse procedimento, inclusive melhorando o acesso à informação, principalmente no sistema de saúde pública, direcionando os profissionais da área da saúde a realizarem o procedimento somente nos casos necessários, e não de forma rotineira. Além disso, se faz necessária uma redação de legislação acerca do tema, inclusive sobre as punições e reparações cabíveis, visto que o ordenamento jurídico brasileiro ainda carece de normas a respeito da episiotomia.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface, Saúde. Educação. 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ANDRADE, B.P; AGGIO, C. M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf. Acesso em: 06 mar. 2020.

BENTO, Paulo Alexandre de Souza São; SANTOS, Rosangela da Silva. **Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão**. Esc. Anna Nery R. Enferm, 2006 dez; p.: 552 - 9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423>. Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.html. Acesso em: 07 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm. Acesso em: 07 fev. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 06 fev. 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Senado Federal, 2019. Disponível em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0#:~:text=A%20defini%C3%A7%C3%A3o%20isolada%20do%20termo,%2C%20morte%2C%20dano%20psicol%C3%B3gico%2C%20desenvolvimento.
Acesso em: 08 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília, DF: Senado Federal, 2011. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. **Rede Cegonha**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha#:~:text=Outra%20medida%20incentivada%20pela%20Rede,adequado%20na%20hora%20do%20parto>.

Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Agravo de Instrumento n. 1.323.321-RS**.

Agravante: Almir Bonmann. Agravado: Rosemeri Peretti Comin. Relator Min. Sidnei Beneti, 06 de agosto de 2010. Disponível em:

<https://scon.stj.jus.br/SCON/deciso/es/toc.jsp?livre=%28%22SIDNEI+BENETI%22%29.MIN.&processo=1323321.NUM.&b=DTXT&thesaurus=JURIDICO&p=true>. Acesso em: 22 mar. 2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (2ª Turma). **Ag. Reg. no Agravo de Instrumento 852.237 - Rio Grande do Sul**. RESPONSABILIDADE CIVIL

OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOUTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. Agravante: União. Agravado: Vania Daniela Freitas Cardoso. Relator: Min. Celso de Mello, 25 de junho de 2013. Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24806123/agreg-no-agravo-de-instrumento-ai-852237-rs-stf/inteiro-teor-112279928?ref=amp>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CARPALLO, Silvia C. **O ‘ponto para o marido’ não é só um mito do parto.** 2018. Disponível em https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/22/estilo/1537652058_103212.html. Acesso em: 23 mar. 2020.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros de; SOUZA, Alex Sandro Rolland; MORAES FILHO, Olimpio Barbosa. **Epsiotomia seletiva: avanços baseados em evidências.** FEMINA, Maio de 2010, vol.38, n.5. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2020.

CARVALHO, Priscila Durães de; BONFIM, Maria de Lourdes Carvalho; COSTA, Amanda de Andrade; SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da. **Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia.** Health Sci Inst. 2015, p. 228-34. Disponível em https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_jul-set/V33_n3_2015_p228a234.pdf. Acesso em: 18 mar. 2020.

COOK, Rebecca J.; DICKENS, Bernard M.; FATHALLA, Mahmoud F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito.** Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

CORREIA, Sonia; ALVEZ, José Eustáquio Diniz; JANNUZZI, Paulo de Martino. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.** 2006. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/view/142/140>. Acesso em: 06 fev. 2020.

DINIZ, Simone. **Repercussões da assistência ao parto na saúde sexual e nos direitos sexuais: O caso da episiotomia no Brasil.** 2005. Disponível em <http://www.clam.org.br/busca/conteudo.asp?cod=675>. Acesso em: 12 mar. 2020.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico.** 12. ed. rev., atual. e ampl. – Rio de Janeiro: Forense, 2014.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos.** Tradução Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

KNIPPEL, Edson Luz; DIAS, Isabella de Antonio. **O enquadramento da violência obstétrica como espécie de violência de gênero.** Revista de Direito e Medicina. vol. 3/2019. jul–set, 2019. Disponível em: <https://revistadoatribunais.com.br/maf/app/resultList/document?&src=rl&srguid=i0ad82d9a00000172e29bc993b95e170c&docguid=lafe58b40c3f911e9add6010000000000&hitguid=lafe58b40c3f911e9add6010000000000&spos=1&epos=1&td=1&context=520&crumb-action=append&crumb-label=Documento&isDocFG=false&isFromMultiSumm=&startChunk=1&endChunk=1>. Acesso em: 19 mar. 2020.

LARA, Bruna de. **Deixei virgencinha pra você.** 2018. Disponível em: <https://theintercept.com/2018/09/10/pontodomarido/>. Acesso em: 19 mar. 2020.

LEMOS, Adriana. **Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 38. n. 101. p. 244-253, abr-jun, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0244.pdf>. Acesso em 05 fev. 2020.

LIMA, Vanessa. **Ponto do marido depois do parto: você já ouviu falar?**. 2017. Disponível em <https://revistacrescer.globo.com/Polemica-domes/noticia/2017/06/ponto-do-marido-depois-do-parto-voce-ja-ouviu-falar.html#:~:text=%22O%20ponto%20do%20marido%20%C3%A9,grupo%20Gera%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9%2C%20de%20Ribeir%C3%A3o>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MARTINS, Fabiana Lopes; SILVA, Bruno de Oliveira; CARVALHO, Fábio Luíz Oliveira de; COSTA, Dalmo de Moura; PARIS, Lucio Rogerio Pelizer; JUNIOR, Luis Roque Guidi; BUENO, Deolinda Marcia Pompeu; DAVID, Marina Leitão. **Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico**. Revista Saúde em Foco – Edição nº 11 – Ano: 2019. Disponível em: http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf. Acesso em: 05 mar. 2020.

OLIVEIRA, Luaralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. Revista CEJ, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018. Disponível em http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Rev-CEJ_n.75.03.pdf. Acesso em: 24 mar. 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 1995. Disponível em http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/declaracao_pequim1.pdf. Acesso em: 06 fev. 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. **As “mulheres essenciais” na criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 2018. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2018/12/1651161>. Acesso em: 03 jun. 2020.

ONU, Organizações das Nações Unidas. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/tema/odm/>. Acesso em: 10 fev. 2020.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**. Cairo, Egito, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2020.

PIOVESAN, F. **A Constituição Brasileira de 1988 e os Tratados Internacionais de Proteção dos Direitos Humanos**. EOS. Revista Jurídica da Faculdade de

Direito – Dom Bosco, v. 2, n.3, Ano II, 2008, p. 20-33. Curitiba: Dom Bosco, 2008.
Disponível em:
http://jornada.dombosco.com.br/faculdade/revista_direito/3edicao/Artigo%203.pdf.
Acesso em: 10 fev. 2020.

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO; Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. **Repercussões da Episiotomia sobre a sexualidade**. Esc. Anna Nery Ver. Enferm 2008. mar, 12, p. 45 – 9. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em 06 fev. 2020.

REIS, Toni. **AVANÇOS E DESAFIOS PARA OS DIREITOS HUMANOS DA COMUNIDADE LGBT NO BRASIL**. Disponível em:
<http://www.ibdfam.org.br/assets/upload/anais/288.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Disponível em:
http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 05 mar. 2020.

SARLET, I. W. **Dignidade (da Pessoa) Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 10 ed. ver. Atual. e ampl., 2015.

SARLET, I. W; MITIDIERO, D; MARINONI, L. G. **Curso de direito constitucional**. 6. ed. – São Paulo: Saraiva, 2017.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da Pessoa Humana**. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SEXUALIDADE, Associação Mundial da. **Os Direitos Sexuais**. 2006. Disponível em:
<https://sexualidadeescola.furg.br/biblioteca/documentos/category/11-internacional?download=109:oms-direitos-sexuais>. Acesso em: 07 fev. 2020.

SILVA, Regina Beatriz Tavares da. **Responsabilidade civil: responsabilidade civil na área da saúde**. 2. ed. – São Paulo: Saraiva, 2009.