XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

RENATO DURO DIAS

MARGARETH PEREIRA ARBUÉS

Copyright © 2019 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina
Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais
Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe
Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul
Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI
Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:
Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro Prof. Dr.
Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina
Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo
Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)
Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais
Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará
Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM– Distrito Federal
Relações Internacionais para o Continente Americano
Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goías
Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia
Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão
Relações Internacionais para os demais Continentes
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná
Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo
Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:
Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul) Prof. Dr.
José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)
Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:
Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul Prof. Dr. Caio
Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

G326

Gênero, sexualidades e direito II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFG / PPGDP

Coordenadores: Renato Duro Dias

Margareth Pereira Arbués – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-794-6
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Constitucionalismo Crítico, Políticas Públicas e Desenvolvimento Inclusivo

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVIII Encontro Nacional do CONPEDI (28 : 2019 : Goiânia, Brasil).

CDU: 34

Conselho Nacional de Pesquisa
Univeridade Ferderal de Goiás e Programa
e Pós-Graduação em Direito Florianópolis

Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

de Pós Graduação em Direito e Políticas Públicas
Goiânia - Goiás
https://www.ufg.br/

XXVIII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI GOIÂNIA – GO

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO II

Apresentação

Com extrema satisfação apresentamos um conjunto de artigos que dialogam as temáticas de gênero, sexualidade e direito sob uma perspectiva transversal e interdisciplinar. Nesta obra é possível perceber o avanços das pesquisas nestes campos no contexto dos Programas de Pós-graduação em Direito no Brasil. Isso demonstra, em certa medida, o acerto do CONPEDI de potencializar estes estudos criando um GT específico para estes temas. As investigações aqui propostas versam sobre: teorias e epistemologias feministas (feminismos e estudos de gênero); teoria queer e debates sobre sexualidades, especialmente a questão trans; violências e opressões de gênero e suas relações com os direitos humanos; as interseccionalidades de gênero e raça e os diálogos sobre bioética, aborto e violência obstétrica. Trata-se de uma bela coletânea de reflexões, com base em referencial teórico e metodológico apurado e em estudos de viés empírico. Leitura recomendada para investigadores e investigadoras que pretendem se debruçar sobre estes emergentes estudos.

No primeiro bloco de estudos aparecem com potências as investigações sobre sexualidades: Do bloqueio da puberdade da criança trans e o poder familiar de Tereza Rodrigues Vieira e Raphael Prieto dos Santos; Famílias Contemporâneas: filhos biológicos de pais transexuais e os registros civis de Valéria Silva Galdino Cardin e Juliana Rizzo da Rocha Loures Versan;

Homofobia no Ambiente Laboral: aspectos indenizatórios e seus critérios de quantificação de Fabrício Veiga Costa e Daniele Aparecida Gonçalves Diniz Mares e A Questão das Minorias Sexuais e a sua inclusão na Lei Maria da Penha: possibilidade? de Paulo Roberto de Souza Junior.

Na sequência temos artigos que propõe questionar as interfaces entre gênero, violência e o sistema jurídico-penal. Aqui as discussões apresentam um repertório de estudos que vão de Foucault à Fraser. São as investigações: Lei Maria da Penha como Marco Regulatório a dar Visibilidade à violência contra a mulher de Claudine Rodembusch Rocha e Henrique Alexander Grazzi Keske; O Retorno da “Violenta Emoção” e a Ofensiva Patriarcalista ao Avanço dos Direitos Humanos das Mulheres: a Corpo Feminino como Território Biopolítico de Joice Graciele Nielsson e Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth; Feminicídio no Brasil em 2019: reflexões sobre a Notícia 24/19 da Comissão Interamericana e Direitos Humanos –

CIDH de Gecyclan Rodrigues Santana e Estupro em Conflitos Armados: respostas do Direito Internacional à Violência de Gênero de Victória Medeiros de Rezende e Andreza do Socorro Pantoja de Oliveira Smith.

Para finalizar as excelentes investigações apresentadas neste GT, o último conjunto de estudos dialoga corpo, gênero e raça. Trata-se dos seguintes trabalhos: do Corte Cirúrgico à Violação do Corpo: Possibilidades de Reconhecimento da Episiotomia enquanto Violência contra a Mulher de Manoel Rufino David De Oliveira; Ricas Pagam, Pobres Morrem, Todas Sofrem: uma reflexão sobre o Aborto e a Legislação Penal brasileira de Thaís Dias David; Ainda as Ações Afirmativas como Instrumentos à Promoção da Igualdade de Gênero no Brasil de Ana Carolina E. dos Santos Guedes de Castro e Andrea Abrahão Costa e Ressignificando e Politizando Raça: pelo Direito de Resistir e (Re)Existir na Sociedade Brasileira de Angélica Azeredo Garcia Caporal e Fernanda da Silva Lima.

Sentimo-nos honrados em poder partilhar mais um excelente conjunto de reflexões sobre gênero, sexualidade e direito. Fica o convite à leitura!

Coordenador e Coordenadora

Prof. Dr. Renato Duro Dias - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Profa. Dra. Margareth Pereira Arbués - Universidade federal de Goiás (UFG)

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento. Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

DO CORTE CIRÚRGICO À VIOLAÇÃO DO CORPO: POSSIBILIDADES DE RECONHECIMENTO DA EPISIOTOMIA ENQUANTO VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

FROM THE SURGICAL CUT TO THE VIOLATION OF THE BODY: POSSIBILITIES OF RECOGNIZING EPISIOTOMY AS VIOLENCE AGAINST WOMEN

Manoel Rufino David de Oliveira

Resumo

O presente estudo busca averiguar como o procedimento médico de episiotomia é reconhecido pelo ordenamento jurídico brasileiro enquanto violência contra a mulher. Adotou-se como ferramentas metodológicas a revisão bibliográfica e a revisão documental, baseada em literatura médica e jurídica sobre o tema e a legislação e as normativas cabíveis ao caso. Ao final, concluiu-se que o ordenamento jurídico brasileiro não reconhece a episiotomia enquanto violência obstétrica, com exceção de determinadas práticas pontuais como lei estadual, projetos de lei e normativas do Ministério da Saúde que tentam suprir essa lacuna, embora não responda satisfatoriamente às demandas sociais.

Palavras-chave: Episiotomia, Violência obstétrica, Violência contra a mulher, Procedimento médico, Ministério da saúde

Abstract/Resumen/Résumé

The present study aims to investigate the extent to which the episiotomy is recognized by the Brazilian legal system as violence against women. We adopted the methodological definitions of bibliographic review and document review, based on medical and legal literature on the subject and legislation and the rules applicable to the case. The evaluation of the practice has not the clinical practice and their age of the practice statistics in this year, they have not satisfactorily respond to social demands.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Episiotomy, Obstetric violence, Violence against women, Medical procedure, Ministry of health

INTRODUÇÃO

Apesar do parto ser um processo fisiológico e natural tanto para a mãe quanto para o bebê e serem indicadas intervenções cirúrgicas mínimas durante esse processo fisiológico, muitos países, dentre eles o Brasil, ainda adotam rotineiramente práticas de intervenções invasivas que consistem em verdadeiras violência contra o corpo das parturientes e dos nascituros. Discutir violência obstétrica enquanto uma violação de direitos humanos tem se tornado uma necessidade de Saúde Pública, uma vez que são cada vez mais frequentes os dados e relatos alarmantes relacionados à experiência de mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, que sofreram abusos, negligências, maus-tratos e desrespeito no momento tão especial de suas vidas que é o de dar à luz ao seu filho ou filha .

Dentre os vários estudos já realizados para analisar a mortalidade materna no contexto hospitalar, deve ser mencionada a pesquisa feita pela rede Fiocruz (2018) que buscou analisar casos de violência obstétrica no Brasil articulados pela Rede Cegonha. Esse estudo foi realizado mediante uma pesquisa telefônica feita com mulheres na Autorização de Internação Hospitalar, no qual obtiveram-se depoimentos sobre partos vivenciados no Sistema Único de Saúde. Na referida pesquisa telefônica foram entrevistadas 103.905 mulheres, dentre as quais 18.759 mulheres relataram já ter sofrido algum tipo de violência no momento do parto. Dessa amostra, 50% disseram que a principal violência foi ao mau atendimento, 25% não foram sequer ouvidas, 12% sofreram violência verbal e 2,4% relataram agressão física.

Ainda no âmbito da pesquisa realizada pela rede Fiocruz (2018), concluiu-se que entre as 103.905 mulheres entrevistadas, 67.538 (65%) não tiveram direito a um acompanhante, 40.003 (39%) não foram informadas sobre o local do parto, 47.796 (46%) foram submetidas ao parto cesárea, 36.471 (54%) foram proibidas ao acompanhante por parte do serviço, 61.304 (59%) nunca visitaram o local do parto antes de terem seus filhos e 56.304 (95%) que tiveram partos normais foram em posição deitada.

Essas informações demonstram a urgência da discussão acerca do direito à saúde da mulher, principalmente no que tange à formulação de políticas públicas voltadas para a melhor cobertura do pré-natal e do parto diante das grandes taxas de mortalidade materna no Brasil. Levando em consideração esse cenário de violação do direito das mulheres no contexto obstétrico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a violência obstétrica como a violência realizada desde abusos verbais, restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros.

Esse tipo de violência sofrida pela mulher gestante ou parturiente é apenas um exemplo de um complexo de violências que as mulheres enfrentam em razão da desigualdade de gênero existente em nossa sociedade. De fato, existe uma incessante luta política para que a violência obstétrica seja reconhecida como violência contra a mulher[1] pelo ordenamento jurídico brasileiro, violadora dos direitos sexuais e reprodutivos das gestantes e parturientes, razão pela qual deveria ser passível de responsabilização civil e penal.

Com base na problemática referida anteriormente, adotou-se como indagação de pesquisa o seguinte questionamento: **em que medida o procedimento médico de episiotomia é reconhecido pelo ordenamento jurídico brasileiro enquanto violência contra a mulher?**

Para tanto, foi escolhido como objetivo geral do trabalho investigar como o procedimento médico de episiotomia configura uma prática de violência contra a mulher gestante parturiente, e, como objetivos específicos:

- Entender a prática da violência obstétrica enquanto uma forma de violência contra a mulher
- Compreender o procedimento cirúrgico da episiotomia no contexto da saúde obstétrica
- Investigar em que medida a episiotomia é tutelada pelo ordenamento jurídico brasileiro enquanto violência contra a mulher

As ferramentas metodológicas escolhidas para a realização do trabalho consistem na revisão bibliográfica, realizada mediante análise de publicações científicas, como artigos científicos, monografias, dissertações, teses e livros. Utilizou-se ainda a revisão documental, uma vez que foram analisadas diversas peças documentais informativas e normativas, como portarias normativas do Conselho Federal de Medicina (CFM), do Ministério da Saúde (MS) e legislação aplicável ao caso.

Posto isto, o presente trabalho organiza-se da seguinte forma:

Na primeira seção, intitulada "Quando os gritos na sala cirúrgica são abafados: violência obstétrica enquanto violência contra a mulher", se conceituará a violência obstétrica, indicando a genealogia do conceito e exemplificando as suas várias modalidades. Dessa forma, será demonstrado como a violência obstétrica consiste em uma forma de violência contra a mulher, conforme previsto nos tratados internacionais de direitos humanos.

---

[1] Levando em consideração uma escolha metodológica do autor, preferiu-se utilizar na pesquisa a categoria "violência contra a mulher", ao invés da categoria "violência de gênero", levando em consideração que o trabalho se centra em grande parte no estudo de tratados internacionais, legislação, normativas e julgados que utilizam de forma unânime a primeira expressão. Contudo, do ponto de vista epistemológico, político e pessoal o autor julga ser mais correto empregar a categoria "violência de gênero", uma vez que o "gênero" é uma categoria analítica que traduz uma série de relações de poder que envolvem a subordinação feminina em face do masculino. Sem dúvidas, "o gênero não é o único campo, mas ele parece ter sido uma forma persistente e recorrente de possibilitar a significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas" (SCOTT, 1995, p. 88).

Na segunda seção, nomeada “Um cortezinho lá em baixo: indicações, riscos e benefícios da episiotomia”, será explanado o procedimento cirúrgico da episiotomia, atestando que sua realização rotineira consiste numa forma de violência obstétrica. Para isso, serão apresentados suas indicações, seus riscos caso seja realizado fora dessas situações indicadas e as boas práticas necessárias para sua realização adequada.

Por fim, a terceira seção, denominada "Uma luz para quem dá a luz: possibilidades do enfrentamento legal da episiotomia enquanto violência contra a mulher”, tratará da análise do ordenamento jurídico brasileiro, envolvendo a legislação, os projetos de leis e a jurisprudência cabíveis ao tema, de forma a averiguar se o Brasil reconhece a episiotomia enquanto violência obstétrica e/ou violência contra a mulher e determina estratégias de enfrentamento dessa prática.

1) "Quando os gritos na sala cirúrgica são abafados”: violência obstétrica enquanto violência contra a mulher

Como marco histórico na tutela internacional do direito das mulheres, cabe primeiramente citar a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW)[2], tratado internacional adotado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979 e ratificada sem reservas pelo Brasil em 1994.

> Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.

Representando um grande avanço na tutela internacional do direito das mulheres e no combate à violência contra a mulher, a Convenção de Belém do Pará, tratado internacional de direitos humanos adotado pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995, passou a prever que:

---

[2] É importante mencionar que a referida Convenção prevê, em seu artigo 12, o direito das mulheres à saúde, dispondo que os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. . Sem prejuízo do disposto, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância. Como bem se atesta, o referido artigo se aplica diretamente à proteção das mulheres em face da violência obstétrica.

> para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher 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

A Convenção ainda complementa o conceito de violência contra a mulher dispondo que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, quer o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual.

Esse conceito também abarca a violência ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local, assim como aquelas violências perpetradas ou toleradas pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Com base nas diretrizes apontadas por esses documentos internacional, podemos concluir que a violência contra a mulher é uma violência que ocorre em diversos campos, no âmbito círculo doméstico e familiar, no âmbito da comunidade e no âmbito institucional. Além disso, consiste numa violência praticada das mais diversas formas, enquanto violência física, violência sexual, violência psicológica, violência moral, violência patrimonial, dentre outras modalidades.

A questão proposta no presente trabalho foca na compreensão de um tipo de violência física, sexual e moral praticada contra a mulher no âmbito institucional, perpetrada tanto nos hospitais públicos e quanto nos hospitais privados por profissionais da saúde. Nesse sentido que se busca discutir a violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher, frente a vulnerabilidade da mulher e do nascituro no momento do parto e puerpério e a incessante luta política para o reconhecimento desta violência contra os direito sexuais e reprodutivos das mulheres.

Conforme explica Mariani e Neto (2016, p. 50), o termo "violência obstétrica"[3] foi criada pelo então presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, o Doutor Rogelio Pérez D'Gregorio, e a partir de então batizou as lutas dos movimentos em torno da erradicação e penalidade das posturas e práticas violentas que ocorrem na dinâmica da parturição. A criação do

[3] Conforme explica Diniz, Salgado e Andrezzo (2015, p.3), a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) em sua carta de fundação publicada no ano de 1993, baseou-se no reconhecimento das "circunstâncias da violência e constrangimento em que se dá a assistência" No entanto, a organização deliberadamente decidiu não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como "humanização do parto", "a promoção dos direitos humanos das mulheres", temendo uma reação hostil dos profissionais sob a acusação de violência. Para o presente pesquisador, cabe a menção ao conceito de "violência obstétrica" desenvolvido por Tesser, Knobel, Andrezzo et al (2015), uma vez que sintetizaram as categorias de desrespeito associando-as aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social, e com exemplos concretos da realidade brasileira.

termo ocorreu no ano de 2010 e foi publicado no Jornal Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, quando foi tipificada.

Em face da prática dessa forma de violência, a Organização Mundial da Saúde chamou atenção para os inúmeros relatos sobre desrespeito e abusos durante o parto em instituições de saúde. Como exemplos, podem ser citados os seguintes casos:

> violência física, humilhação profunda e abusos verbais, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento esclarecido antes da realização de procedimentos, recusa em administrar analgésicos, graves violações da privacidade, recusa de internação nas instituições de saúde, cuidado negligente durante o parto levando a complicações evitáveis e situações ameaçadoras da vida, e detenção de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento. Entre outras, as adolescentes, mulheres solteiras, mulheres de baixo nível sócio-econômico, de minorias étnicas, migrantes e as que vivem com HIV são particularmente propensas a experimentar abusos, desrespeito e maus-tratos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 1)

Contudo, apesar de ser uma violência de caráter múltiplo e grave, em uma breve análise ao arcabouço legal brasileiro, atesta-se que a violência obstétrica não é tipificada especificamente como violência de gênero tampouco como violência contra a mulher. A violência obstétrica não é mencionada na Lei 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, que instituiu mecanismos para conter-se a violência doméstica e familiar contra a mulher e define as formas de violência contra a mulher:

> Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:
> I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal
> II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
> III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
> IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
> V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Como verificado a partir da leitura do texto legal, a violência obstétrica não é sequer mencionada como uma forma de violência contra a mulher, não sendo indicada como uma forma de violência sexual, embora atente diretamente contra a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Parece, no entanto, que a omissão da menção da violência obstétrica na Lei Maria da Penha decorre do fato da referida lei ser voltada para a coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher, ao passo que a violência obstétrica é via de regra uma violência institucional contra a mulher.

Diferentemente do que ocorre no contexto brasileiro, a Venezuela avançou no reconhecimento dos direitos das mulheres, promulgando a Lei 38.668/2007, com o objetivo de garantir e promover o direito das mulheres a uma vida livre de violência, criando condições para prevenir, atender, sancionar e erradicar a violência contra as mulheres em qualquer de suas manifestações e âmbitos, impulsionando mudanças nos padrões socioculturais que sustentam a desigualdade de gênero e as relações de poder sobre as mulheres, para favorecer a construção de uma sociedade justa democrática, participativa, paritária e protagônica.

Dentre os seus vários dispositivos legais que merecem referência e estudo, cabe menção ao artigo 51, cuja objetivo é tipificar como crime a violência obstétrica, considerada enquanto atos que consistem em:

> 1. Falhem em responder prontamente e efetivamente a emergências obstétricas.
> 2. Forcem a mulher a dar à luz em posição dorsal e com as pernas levantadas, com os meios necessários para realizar o parto vertical.
> 3. Impeçam o apego precoce da criança à mãe, sem justificativa médica justificada, negando-lhe a possibilidade de carregar e amamentar imediatamente ao nascer.
> 4. Alterem o processo natural de parto de baixo risco, através do uso de técnicas de aceleração, sem obter o consentimento voluntário, expresso e informado da mulher.
> 5. Praticar parto por cesariana, existindo condições para parto natural, sem obter consentimento voluntário, expresso e informado da mulher (VENEZUELA, 2007, tradução do autor)

Dessa maneira, ocorrendo um caso de violência obstétrica, o respectivo tribunal aplicará uma multa de 250 a 500 unidades fiscais e deverá enviar uma cópia autenticada da condenação definitiva à respectiva associação profissional ou instituição sindical, para efeitos do procedimento disciplinar correspondente. Posto isto, fica claro que Venezuela representa um exemplo de boas práticas no enfrentamento jurídico da problemática da violência obstétrica e do reconhecimento do fenômeno como uma violência contra a mulher, padrão que deveria ser adotado pelo Brasil em seu ordenamento jurídico.

À guisa de demonstração de como seria interessante o reconhecimento da violência obstétrica como violência contra a mulher pelo nosso ordenamento jurídico, nos moldes como realizado de forma pioneira pela Venezuela, vale chamar atenção à seguinte tabela desenvolvida a partir dos estudos de Tesser, Knober, Andrezzo et al (2015):

Tabela 1: Formas de violência obstétrica e direitos fundamentais violados

Forma de violência obstétrica	Direitos fundamentais violados	Exemplos de violência obstétrica
Abuso físico	Direito de estar livre de danos e maus tratos	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções "didáticas", como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desne- cessárias, imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente "já está sentindo dor mesmo"
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa; direito a ter escolhas e preferências respeitadas, incluindo a escolha de acompanhantes durante o atendimento	Realização da episiotomia em mulheres que verbalmente ou por escrito não autorizaram essa intervenção; desrespeito ou desconsideração do plano de parto; indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, "pós-datismo" na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para "prevenir danos sexuais", etc.); não informação dos danos potenciais de longo prazo para os nascidos por cesariana (aumento de doenças crônicas, entre outros)
Cuidado não confidencial ou não privativo	Direito à confidencialidade e privacidade	Maternidades que mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem um biombo separando os leitos, e que ainda alegam falta de privacidade para justificar o desrespeito ao direito a acompanhante
Cuidado indigno e abuso verbal	Direito à dignidade e ao respeito	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda; humilhações de caráter sexual, do tipo "quando você fez você achou bom, agora está aí chorando"

Forma de violência obstétrica	Direitos fundamentais violados	Exemplos de violência obstétrica
Discriminação baseada em certos atributos	Direito à igualdade, à não discriminação e à equidade da atenção	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, mais escolarizada, de classe média, saudável, etc.), depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobre, não escolarizada, mais jovem, negra) e as que questionam ordens médicas
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde	Abandono, negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, "descompensadas" ou demandantes, e nos casos de aborto incompleto, demora proposital no atendimento a essas mulheres, com riscos importantes a sua segurança física
Detenção nos serviços	Direito à liberdade e à autonomia	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços; no Brasil e em outros países, surgem relatos de detenções policiais de parturientes

Fonte: Tesser, Knober, Andrezzo et al (2015)

Conforme didaticamente exposto pelos autores, existem diversas categorias diferentes de desrespeito e abuso no contexto obstétrico. Como verificado na tabela citada, para cada forma de violência obstétrica, corresponde um direito fundamental ou vários direitos fundamentais violados em razão do desrespeito e do abuso dos profissionais de saúde. Em razão disso, do ponto de vista jurídico e social, é inegável a necessidade de reconhecer a violência perpetrada no contexto obstétrico enquanto um violência contra a mulher.

2) "Um cortezinho lá em baixo": indicações, riscos e benefícios da episiotomia

Uma vez discutida a violência obstétrica enquanto violência contra a mulher, passa-se agora para o foco específico do presente estudo, isto é, a compreensão do procedimento cirúrgico de episiotomia. Como explica Carvalho, Souza e Filho (2010, p. 266), o procedimento de episiotomia foi, pela primeira vez, proposto por Sir Fielding Ould, em seu livro Treatise o Midwifery, publicado em 1742 na língua inglesa. Contudo, apenas no ano de 1799, Michaelis relatou ter realizado uma incisão no períneo. Apesar do procedimento ser adotado desde o século 18, o termo "episiotomia" foi criado apenas em 1857, por Carl Von Braun.

Embora a incisão cirúrgica do períneo tenha sido originalmente pensada para auxiliar o médico em partos laboriosos, de forma excepcional, a episitomia passou a ser defendida rotineiramente pelo renomado obstetra Pomeroy a partir de 1918. A justificativa habitual para o uso rotineiro da episiotomia inclui a prevenção do trauma perineal severo, danos do assoalho pélvico (retocele, ruptura do esfíncter anal e prolapso genital), incontinência urinária, disfunção sexual (dispareunia e ruptura perineal) e prevenção da morbidade e mortalidade infantil.

De forma simples, o procedimento cirúrgico de episiotomia é realizado com o auxílio de tesoura cirúrgica ou lâmina-bisturi, no momento da segunda fase do período do trabalho de parto, ou seja, no momento da expulsão do bebê. Com a realização do corte, ocorre o alargamento do períneo e se facilita a passagem do bebê pela referida área. Ao final, após a saída da placenta, é feita a episiorrafia, sutura para reparação do corte, como explica Miquilini e Oliveira (2005, p. 289).

Fundamental para compreender a indicação da episiotomia foi o artigo de Thacker e Banta (1985) no qual consta a revisão da literatura, de 1860 até 1980, sobre os benefícios da episiotomia, abrangendo mais de 350 artigos e livros. A partir desse estudo os autores concluíram que não há evidencias suficientes para sua recomendação, além de que, se as pacientes forem completamente informadas sobre os benefícios e riscos, é improvável que consintam prontamente em realizar a episiotomia de forma rotineira.

Seguindo esse entendimento, a Organização Mundial da Saúde (1996) passou a indicar a realização profilática da episiotomia, para prevenir o sofrimento desnecessário da mãe e do bebê. Dessa maneira, caberia a episiotomia apenas em situações como sofrimento fetal, progresso insuficiente do parto e lesão iminente de terceiro grau do períneo. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (2011) recomenda o uso da episiotomia em cerca de 10% a 15% dos partos normais, porém, o Brasil possui índice elevado, mais de 90% de episiotomias realizadas em partos normais, ultrapassando a porcentagem recomendada.

Ainda, segundo Miquilini e Oliveira (2005, p. 291), em pesquisa realizada no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo com 12 enfermeiras e 12 médicas, constou-se que as indicações para o procedimento de episiotomia não são seguidas no referido hospital, apresentando altas taxas superiores às recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (76,3%). Percebeu-se, também, que o fato de os profissionais utilizarem a episiotomia rotineiramente está relacionado à influência da formação acadêmica:

> Culturalmente, não realizá-la é sinônimo de má assistência obstétrica no hospital) Comenta ter conseguido reduzir as taxas de episiotomia de 80% para 35%, no Hospital Santa Marcelina, incorporando um programa de implementação de qualidade e educação continuada, com inauguração de suítes de partos que favorecem o parto natural e, além disso, liberando estatísticas e índices individualizados aos médicos e enfermeiros visando a sensibilização desses profissionais (MIQUILINI, OLIVEIRA, 2005, p. 294)

Ainda no que tange às indicações da episiotomia, o Parecer 37/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM) reconhece que tal procedimento está categoricamente inserido como "prática frequentemente utilizada de modo inadequado", uma vez que não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano.

Embora seus benefícios ainda sejam discutíveis, o Conselho Federal de Medicina aceita que, dependendo do caso, possa ser realizada a episiotomia, embora seu uso deva ser limitado e sua justificativa relacionada à prevenção do trauma perineal severo. Assim, a indicação do uso do procedimento de episiotomia "deverá estar relacionada às práticas já demonstradas úteis por necessidade técnicas, após avaliação clínica, aplicadas caso a caso, e não como rotina em partos normais".

Por sua vez, Ministério da Saúde publicou o manual técnico "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher" (2001), que teve como objetivo precípuo disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. O referido documento normativo pretende, principalmente, "integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto" (2001, p. 5).

No referido documento são indicados os casos nos quais o procedimento de episiotomia é indicado, tais como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em parto anterior. Consta ainda que o uso restrito da episiotomia traz benefícios em se comparado ao uso rotineiro da episiotomia, uma vez que "há menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações de cicatrização, embora se observe risco aumentado de trauma perineal anterior" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 81- 82).

Ressalte-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Portaria 1.067/2005, instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal[4], com o objetivo de melhorar a qualidade na atenção obstétrica no Brasil, para que possa ser alcançada a redução de mortalidade materna e infantil. Acerca da realização do procedimento cirúrgico de episiotomia, a referida política estabelece que seu uso deverá ser utilizado de modo restrito, somente com indicação precisa, ou

[4] Dentre as diversas portarias normativas que complementam a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS), é indispensável citar a Portaria 1.153/2014 do Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu em seu artigo 7, inciso IV, alínea f, o cuidado dos profissionais de saúde para com as gestantes em trabalho de parto, com intuito de se reduzir procedimentos invasivos como o de episiotomia, para que esta não seja praticada de forma rotineira, mas apenas em casos "necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 5).

seja, dependendo de caso a caso, conforme indicações necessárias estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

A grande preocupação acerca da realização escorreita da episiotomia se dá em face das várias consequências danosas que podem ser causadas à mulher, uma vez que ao invés de proteger o períneo, pode causar um grande prejuízo a saúde sexual da mulher. Segundo Alexandre, Petricelli, Zanetti et al (2009), sua utilização habitual pode levar a uma sequência de complicações, como risco de infecção e erro cirúrgico, hematoma, rotura de períneo de terceiro e quarto graus, dispareunia, deiscência, abcesso, incontinência de gases e fezes, fístula retovaginal e lesão do nervo pudendo.

Como se pode verificar nos riscos associados à realização desregrada da episiotomia, eles decorrem da extensão da lesão, da hemorragia significativa, da dor no pós-parto, do edema, mesmo incomum, e da endometriose da episiorrafia. Vale destacar que além dessas complicações o procedimento pode ocasionar alterações cicatriciais para o resto da vida, causando dano estético à parturiente de forma irreversível.

Levando em consideração os riscos citados acima, de forma que todos os direitos das gestantes possam ser protegidos e informados, o Ministério da Saúde publicou o manual técnico "Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal" (2017), onde estabelece que "mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões". A partir dessas diretrizes, é possível dizer que a mulher gestante e parturiente possui tanto o direito à informação quanto o direito à decisão.

Sendo assim, em primeiro lugar, é necessário que haja o devido acesso das gestantes às informações relativas à sua condição de saúde. O conhecimento da episiotomia pelas gestantes é necessário uma vez que poucas são informadas sobre as indicações, os benefícios e os riscos do procedimento, conforme expõe Pompeu, Scarton, Cremonese et Al (2017, p. 4):

> Nesse contexto, considera-se de extrema importância que os profissionais de saúde tenham ciência sobre o grau de informação que as pacientes têm sobre os procedimentos realizados e a importância de fornecer informações corretas e em linguagem adequada (…) o termo técnico "episiotomia" tão frequentemente usado pelos profissionais de saúde não faz parte do cotidiano dessas mulheres. Também, como se percebe no relato a seguir, em nenhum momento foi explicado a estas sobre o significado de tal termo em linguagem clara.

Como verificado, a falta de informação sobre a episiotomia, geralmente compreendida pela paciente como um "cortezinho", acarreta com que a prática seja realizada pelo profissional de saúde sem que paciente saiba o verdadeiro motivo, acreditando que é um procedimento normal e necessário para o processo de nascimento:

> Evidencia-se, nos fragmentos, a episiotomia como um "cortezinho", minimizada por meio das palavras diminutas. Sendo assim, considera-se que essas mulheres têm pouco ou nenhum conhecimento do que representa o procedimento, uma vez que compreende um corte na vulva, isto é, uma incisão cirúrgica que pode acarretar em danos físicos e psicológicos (…) percebe-se, também, que a cultura familiar, em que os conhecimentos são repassados por meio de conversa informal, influencia na compreensão das mulheres e as faz acreditar que a episiotomia é necessária para boa evolução do parto. (POMPEU, SCARTON, CREMONESE ET AL, 2017, p. 4)

Com isso, verifica-se a necessidade das gestantes possuírem conhecimento sobre os procedimentos cirúrgicos que serão submetidas, pois muitas não conhecem a finalidade da episiotomia, bem como os riscos quando realizada sem necessidade.

Em segundo lugar, a partir do direito da gestante à informação, decorre o direito da gestante à decisão, uma vez que torna-se dever dos profissionais de saúde orientá-las e esclarecer dúvidas quanto ao procedimento e seus possíveis riscos, bem como obter autorização caso o profissional utilize-o, salvo em caso de risco iminente de morte da mãe ou do bebê. Somente após a devida informação sobre as indicações, os benefícios e os riscos da episiotomia é que se deve colher a autorização da gestante para realização ou não deste procedimento cirúrgico, salvo em caso de iminente risco de morte.

Essa tomada de decisão se mostra necessária pois é comum que práticas obstétricas intervencionistas sejam introduzidas na vida de mulheres gestantes e parturientes de forma desnecessária e não informada, conforme alerta Pompeu, Scarton, Cremonese et al (2017, p. 6):

> Nessa esteira de pensamento, as mulheres foram unânimes ao negar que lhes pediram autorização para realização da episiotomia e apenas foram informadas após o ato, isto é, no momento da sutura ou na hora em que a episiotomia estava sendo realizada. Além disso, percebe-se que elas ficaram inertes, indiferentes com os procedimentos e subordinadas ao saber médico, o que pode ser descrito como a autopercepção passiva, diferentemente das mulheres questionadoras, que recusam e reajustam seu modo de viver na sociedade (…) os relatos evidenciam que o corpo da mulher é tido como objeto passivo de intervenções e que sua autonomia é desvalorizada, uma vez que a mesma apenas recebe ordens sem ao menos ser informada previamente. Sendo assim, entende-se que, com oportunas informações e orientações, é possível evitar vivências negativas nesse período, pois se pode tornar o momento do parto mais prazeroso e centrado na mulher enquanto protagonista desse evento.

Ressalte-se que o Código de Ética Médica[5] não respalda o uso rotineiro da episiotomia, tampouco sua realização sem o consentimento da gestante parturiente. Todavia, esta prática está sendo implementada cotidianamente nas maternidades, e tirando das mulheres o seu direito de poder de decisão sobre seu corpo, conforme defende Pompeu, Scarton, Cremonese et al (2017, p. 6).

Dessa forma, se a gestante estiver informada quanto aos riscos e, ainda sim, autorizar a concessão ao procedimento, estará exercendo seu direito à autonomia de vontade. Quando negado ou violado esse direito, a episiotomia pode se apresentar como uma verdadeira mutilação genital e violação da saúde e da dignidade, mediante o abuso do poder exercido pelo profissional de saúde sobre o corpo da mulher, transformando-a em objeto e retirando sua autonomia decisória.

3) "Uma luz para quem dá a luz": possibilidades do enfrentamento legal da episiotomia enquanto violência contra a mulher

É importante mencionar que no Brasil, diferente da realidade venezuelana, ainda não existe lei federal que regule a prática da violência obstétrica. Contudo, no estado de Santa Catarina, a Lei Estadual 17.097/2017 reconheceu a importância do combate à violência obstétrica, conceituando a prática como "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".

Para efeitos da referida lei, são previstas mais de 20 (vinte) condutas de violência obstétrica, constando dentre elas a conduta de proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível. Por ser reconhecida como um tipo de violência obstétrica, a episitomia deve ser levada em consideração para a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Apesar do avanço verificado na experiência do estado de Santa Catarina, a ausência de legislação federal que tutele a violência obstétrica se mostra um desafio urgente, uma vez que a falta

---

[5] Importante mencionar que o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio de sua Resolução 2.144/2016, impõe aos profissionais de saúde o máximo de zelo e o maior de sua capacidade profissional para com os pacientes. Dispõe também sobre o direito de autonomia dos pacientes em suas escolhas aos tratamentos, procedimentos que o profissional de saúde deverá aceitar, conforme adequado ao caso. Estabelece o referido provimento a vedação aos profissionais de saúde: deixar de informar aos pacientes as possíveis intervenções, bem como seus possíveis riscos, sendo também vedado deixar de obter o consentimento do paciente ou do representante legal sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. O objetivo desta resolução é resguardar os direitos da autonomia do paciente, para que possa estar bem informado para juntamente com o médico decidir sobre as opções de tratamentos que melhor lhe atender, pois é dever social da medicina manter a equidade na relação médico-paciente.

de legislação específica dificulta a responsabilização dos profissionais de saúde e dos hospitais responsáveis pela prática da violência. Contudo, já existem projetos de leis voltados para essa questão, permitindo assim que mulheres possam ser protegidas dessa violência e que os responsáveis recebam as devidas punições por suas condutas violadoras.

Como primeiro avanço de proposta de lei federal que trata sobre violência obstétrica, o deputado federal Jean Willys, do Partido Socialismo e Liberdade (PSOL) apresentou o Projeto de Lei 7.633/2014 sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, em razão da crescente queixa de mulheres que tiveram em seus partos, tanto em ambientes hospitalares públicos como privados, a utilização de procedimentos dolorosos sem a devida autorização das gestantes e grande desrespeito antes, durante e após o parto. Dessa forma, busca a aprovação do projeto de lei para que haja mais humanização tanto para mãe quanto para o bebê, bem como seus direitos.

Por sua vez, o deputado federal Francisco Floriano do Partido Democratas (DEM), apresentou o Projeto de Lei 8.219/2017 à Câmara de Deputados, para tratar da "violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou no pós-parto", com o objetivo de impedir mulheres de serem constrangidas ou submetidas a tratamentos vexatórios em seu trabalho de parto por profissionais de saúde, fazendo, assim, com que todas as mulheres gestantes possam ter seus direitos de integridade física e dignidade protegidos, bem como direito à saúde e tratamento respeitoso para com elas.

Ainda, a deputada federal Jô Moraes do Partido Comunista do Brasil (PcdoB) apresentou o Projeto de Lei 7.867/2017, o qual prevê medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério, com fulcro na experiência da Lei Estadual 17.097/2017 de Santa Catarina. O referido projeto mostra a preocupação em medidas de informações às gestantes, para que haja boa prática dos profissionais de saúde nas etapas do tratamento com as mulheres parturientes ao parto.

Ressalte-se que em todos os projetos de lei mencionados a episiotomia é amplamente reconhecida como violência obstétrica, sendo previsto em todos os projetos que sua realização deve ser feita de maneira seletiva apenas nos casos em que haja indicação e que a gestante consinta com o procedimento cirúrgico. Dessa forma, caso haja a eventual aprovação e promulgação da referida lei federal, haverá uma grande avanço na tutela da episiotomia enquanto prática de violência institucional passível de responsabilização civil e penal.

A eventual promulgação de legislação voltada especificamente para o combate da violência obstétrica sanaria a lacuna legislativa acerca do tema, assim como atenderia de maneira mais satisfatória a demanda de gestantes e parturientes frente à prática da referida violência, uma vez que a jurisprudência brasileira até o presente momento encontra dificuldade para compreender a referida

prática como uma violência contra a mulher. Conforme Nogueira e Severi (2017, p. 6), grande parte da jurisprudência sobre violência obstétrica é de natureza cível, uma vez que os julgadores utilizam como fundamento a combinação de danos à mãe e ao bebê, sem que haja relevância quanto à violação aos direitos das mulheres.

A partir do estudo dos julgados que tratam acerca da violência obstétrica, as decisões que deferiram os pleitos das requerentes fundamentaram-se mais no erro médico do que verdadeiramente da violação que sofreram antes, durante e após o parto. Nas formulações dos pedidos de reparação de danos resultante das práticas no parto, as mulheres não apenas demonstraram a intenção de reparar o dano sofrido, mas a expectativa de se reconhecer que as condutas dos danos decorreram dos profissionais de saúde e não propriamente do parto, para que a violência institucional sofrida venha ser reconhecida pelos julgadores.

Ainda segundo os referidos autores, no que tange à episiotomia, a jurisprudência brasileira sustenta a partir de laudos periciais que ela consistiria em um procedimento comum e que está em conformidade com o parto normal, principalmente se for o primeiro filho. Dessa forma, como alerta Nogueira e Severi (2017, p. 7), muitos dos julgados fundamentam-se apenas em provas periciais e não reconhecem a episiotomia como uma violência obstétrica, tampouco como uma violência contra a mulher, uma vez que para os julgadores ela viria a ser um procedimento rotineiro realizado por profissionais da saúde, sem questionamentos ou levantamentos de evidências médicas que provem o contrário.

Dessa forma, um dos grande desafios atinentes à jurisprudência brasileira acerca da violência obstétrica consiste na sua análise para além do contexto da responsabilidade civil, passando para a sua discussão e seu reconhecimento enquanto violência contra a mulher, violação direta e grave aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Conforme defendem Nogueira e Severi (2017, p. 10-11), os Tribunais Brasileiros deveriam reforçar suas respostas jurisdicionais capazes de garantir o reconhecimento das violências sofridas pelas mulheres e seu devido reparo.

CONCLUSÃO

Com base nas argumentações trazidas ao longo da pesquisa, retomando a indagação principal que motivou a realização do presente estudo, isto é, saber em que medida o procedimento médico de episiotomia é reconhecido como violência contra a mulher pelo ordenamento jurídico brasileiro, é possível responder ao questionamento a partir da averiguação que a existência de Resoluções do Conselho Federal de Medicina e de Portarias do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde não está sendo suficientemente eficaz para proteger os direitos à saúde das gestantes.

Existe uma necessidade urgente de promulgação de lei federal que reconheça e institucionalize a violência obstétrica enquanto violência contra a mulher, estabelecendo as indicações necessárias ao uso da episiotomia na gestante parturiente, e que seja justificada a episiotomia quando realizada, pois a falta de legislação específica dificulta a aplicação de punições aos autores da violência obstétrica nas decisões dos tribunais.

Ademais, também faz-se necessário a elaboração de medidas de informações aos direitos garantidos às gestantes desde o pré-natal até o pós-parto, buscando garantir um parto respeitoso, seguro e humanizado, bem como a necessidade de uma reeducação profissional quanto ao procedimento da episiotomia usado rotineiramente, pois o objetivo é manter o parto como sendo um processo fisiológico e natural, devendo ser a episiotomia realizada como última hipótese e de forma necessária, respeitando a particularidade de cada parturiente.

Dentre as várias possibilidades de mudar esse cenário de violação, para além das medidas legais cabíveis, aponta-se a educação sexual da gestante desde o pré-natal, a partir da informação acerca de todas as possíveis complicações e informações de certos procedimentos, bem como do ensino de técnicas não-invasivas para melhorar a elasticidade do períneo e facilitar a passagem do bebê naturalmente.

Uma das técnicas não-invasivas mais indicadas para melhorar a elasticidade do períneo e facilitar o trabalho do parto é a massagem perineal a partir das 34 semanas de gestação, com intuito de relaxar os músculos da região. Essa massagem é feita com os dedos polegares das mãos no interior da vagina, com movimentos de “letra u", na direção do ânus, conforme ensina Beckmann e Stock (2013). Além dessa técnica, existem outras técnicas não-invasivas, como se manter em posição ereta durante o trabalho de parto, fazendo com que a gravidade ajude, entre outros exercícios feitos para relaxar o músculo pélvico, possibilidade apontada por Leal, Pereira, Domingues et al (2014).

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Sandra Maria. PETRICELLI, Carla Dellabarba. ZANETTI, Miriam Raquel et al. **Episiotomia:** revendo conceitos. Revista Femina. 2009.

BECKMANN, MM. STOCK, OM. **Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.** Cochrane Database Syst Rev. 2013.

BRASIL. **Projeto de Lei 7.867/2017.** Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402. Acesso em: 03/04/2018.

BRASIL. **Projeto de Lei 8.219/2017.** Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017. Acesso em: 03/04/2018.

BRASIL. **Projeto de Lei 7.633/2014.** Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1257785. Acesso em: 03/04/2018.

CARVALHO, Cynthia. SOUZA, Alex. FILHO, Olímpio. **Episitomia seletiva:** avanços baseados em evidências. Revista Femina. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer 37/2016.** I – Parto é disciplinado pela Resolução CFM nº 2114/2016; II – Autonomia do médico está disciplinada no inciso XVI dos princípios fundamentais da Resolução CFM nº 1931/2009 (Código de Ética Médica); III – A realização de episiotomia deverá ser pautada pela avaliação clínica individualizada. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2016/37. Acesso em: 03/04/2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 2.144/2016.** É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf. Acesso em: 03/04/2018.

LEAL, Maria do Carmo. PEREIRA, Ana Paula. DOMINGUES, Rosa Maria et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual.** Caderno de Saúde Pública. 2014.

MARIANI, Adriana Cristina. NETO, José Osorio. **Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada:** breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. 2016.

MIQUILINI, Elaine Cristina. OLIVEIRA, Sonia Maria. **Frequência e critérios para indicar a episitomia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outra providências. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_395287_PORTARIA_N_1067_DE_4_DE_JULHO_DE_2005.aspx. Acesso em: 03/04/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 03/04/2018.

NOGUEIRA, Beatriz Carvalho. SEVERI, Fabiana Cristina. **O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudeste.** Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 e 13th Women's Worlds Congress. Florianópolis, 2017.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção interamericana para prevenir, punir e errdicar a violência contra a mulher.** Convenção de Belém do Pará. 1994. Disponível em:http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm. Acesso em: 03/04/2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW).** 1979. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em: 03/04/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Educação para uma maternidade segura.** Módulos de educação em obstetrícia. Sépsis puerperal. Manual para professores de enferamem obstétrica. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade segura**. Assistência ao Parto Normal. um guia prático. 1996.

POMPEU, Kelen. SCARTON, Juliane. CREMONESE, Luiza. **Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem.** Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro. 2017.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Dossiê Violência Obstétrica:** parirás com dor. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012.

SANTA CATARINA. **Lei Estadual 17.097, de 17 de janeiro de 2017.** Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 03/04/2018.

SCOTT, Joan. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. Revista Educação e Realidade. 1995.

TESSER, Charles Dalcalane. Knober, Roxana. Andrezzo, Halana Faria et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária:** o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade. Rio de Janeiro. 2015.

THACKER, SB. BANTA, HD. **Benefits and risks of episiotomy:** an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. 1983.

VENEZUELA. **Lei 38. 668, de 23 de abril de 2007.** Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Disponível em: https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf. Acesso em: 03/04/2018.