

**XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO
CONPEDI BELÉM – PA**

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO

RENATO DURO DIAS

SILVANA BELINE TAVARES

SANDRA SUELY MOREIRA LURINE GUIMARÃES

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 Napolini - 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 - UNIVEM – 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 – Goiás

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 (UFES – 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)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

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

G326

Gênero, sexualidades e direito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/CESUPA

Coordenadores: Renato Duro Dias; Silvana Beline Tavares; Sandra Suely Moreira Lurine Guimarães – Florianópolis: CONPEDI, 2019.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-860-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Desenvolvimento e Políticas Públicas: Amazônia do Século XXI

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

CDU: 34



XXVIII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI BELÉM – PA

GÊNERO, SEXUALIDADES E DIREITO

Apresentação

Na contemporaneidade, o modelo de desenvolvimento e as múltiplas formas de opressão tem vitimado um conjunto de vidas, especialmente mulheres e população LGBTQI+. Cabe ao direito e ao campo do conhecimento jurídico interdisciplinar refletir sobre o seu papel, seja como agente de reprodução destas violências ou como espaço de construção de uma nova lógica de justiça social e de respeito aos direitos humanos.

Neste sentido, o Grupo de Trabalho (GT) Gênero, Sexualidades e Direito surge como um potente espaço de interlocução e de diálogo para a academia, as práticas extensionistas e de ensino, a fim de (re)pensar a produção de um conhecimento centrado no respeito às variadas categorias e diferenças que correspondem nossas existências.

As temáticas apresentadas ao longo destes últimos três (03) anos, desde que o GT foi criado, são diversificadas. No encontro em Belém do Pará não foi diferente. Pela listagem que se vê abaixo, percebe-se estudos sobre: teorias de gênero; violência de gênero e feminismos; direitos humanos e população LGBTQI+; pessoas e corpos Trans e suas vulnerabilidades; direitos sexuais e reprodutivos; decolonialidades, gênero e raça; violência obstétrica, parto e gravidez, dentre tantos outros.

Esperamos que a leitura destas excelentes investigações possam reverberar em vários locais de discussão e que, a partir deles, possamos ampliar e tecer novas redes de resistência epistemológica.

Trabalhos apresentados e respectivas(os) autoras(es):

A DIMENSÃO PÚBLICA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O DOMÍNIO (BIO) POLÍTICO DO CORPO FEMININO: MUITO MAIS DO QUE “BRIGA DE MARIDO E MULHER” de Joice Graciele Nielsson e Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth

A EPISIOTOMIA E OS DIREITOS DE REPRODUÇÃO DA MULHER de Carolina Orbage de Britto Taquary

A INFLUÊNCIA DO NEOCONSERVADORISMO NOS ESTUDOS DE GÊNERO NO BRASIL de Paulo Roberto de Souza Junior

A POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO DO PRENOME PARA TRANSEXUAIS E TRANSGÊNEROS.de Marina Maria Bandeira De Oliveira e Juliana Kryssia Lopes Maia

A VÍTIMA É SUJEITO DE DIREITOS NO PROCESSO CRIMINAL? De Sandra Suely Moreira Lurine Guimarães e Saada Zouhair Daou

AUTONOMIA PRIVADA E COLONIALIDADE DE GÊNERO de Natalia de Souza Lisboa e Iara Antunes de Souza

CLÁUSULA ANTIGRAVIDEZ NOS CONTRATOS DE TRABALHO DESPORTIVOS de Regis Fernando Freitas da Silva e Paula Pinhal de Carlos

DISCURSO DE ÓDIO NAS MÍDIAS SOCIAIS E A AFRONTA A SUJEITO TRANSGÊNERO: UMA ANÁLISE DE CASO deJúlia Monfardini Menuci

DO PODER DISCIPLINAR AO BIOPODER: MEDICALIZAÇÃO DO PARTO A PARTIR DA INCIDÊNCIA DE CESARIANAS de Maiane Cibebe de Mesquita Serra e Gláucia Fernanda Oliveira Martins Batalha

ÉTICA E MORAL DA SEXUALIDADE HUMANA NO DIREITO: UM BREVE DISCURSO de Luiz Geraldo do Carmo Gomes

FERRAMENTAS AUXILIARES UTILIZADAS PELAS VARAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER DE BELÉM/PA PARA GARANTIR O CUMPRIMENTO DE MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA de Luana Miranda Hage Lins Leal Viegas e Jorge Luiz Oliveira dos Santos

IDENTIDADE E DIFERENÇA SOB A PERSPECTIVA DOS CORPOS TRANS: POSSIBILIDADES PARA UMA SOCIEDADE PLURAL de Noli Bernardo Hahn e Lucimary Leiria Fraga

INSTITUCIONALIZAÇÃO DA HOMOFOBIA NO BRASIL: PROIBIÇÃO DE GAYS DOAREM DE SANGUE, A (IN) CONSTITUCIONALIDADE DO ARTIGO 64, INCISO IV DA PORTARIA 158/2016 E RESOLUÇÃO 34 DA ANVISA de Fabrício Veiga Costa

O DIREITO COMO UM INSTRUMENTO AO RECONHECIMENTO:
TRANSEXUALIDADE NA ERA DAS IDENTIDADES Flávia Haydeé Almeida Lopes e
Lucas Morgado dos Santos

O DISCURSO MANIQUEÍSTA DO USO DA COR AZUL PARA O MENINOS E ROSA
PARA MENINAS QUE CONTRIBUI PARA A PERPETUAÇÃO DA VIOLÊNCIA
SEXUAL INFANTO JUVENIL NO BRASIL de Léa Carta da Silva

O LGBT E A INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO: A ORIGEM DA
PROTEÇÃO INTERNACIONAL E O DESDOBRAMENTO NO ORDENAMENTO
INTERNO SOB O VIÉS DISCRIMINATÓRIO de Jurandir Pereira da Silva Filho

O RECONHECIMENTO DO TERCEIRO GÊNERO: UMA RELEITURA DO PRINCÍPIO
DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA COMO CLÁUSULA GERAL DO DIREITO
DA PERSONALIDADE de Valéria Silva Galdino Cardin e Jamille Bernardes da Silveira dos
Santos

PODER, SEXUALIDADE E MASCULINIDADE: VIOLAÇÕES AO DIREITO À VISITA
ÍNTIMA DOS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NA FASE /RS de Jair
Silveira Cordeiro e Quérila Sosin

PODER, VERDADE E DOMINAÇÃO: UMA ANÁLISE DO DISCURSO PAUTADO EM
CATEGORIAS SEXUAIS, SOB A LUZ DE PIERRE BOURDIEU E MICHEL
FOUCAULT de Thiago Augusto Galeão de Azevedo

RACISMO E SEXISMO: UMA LEITURA PÓS-COLONIAL DOS MARCADORES
SOCIAIS DA DIFERENÇA DE RAÇA E GÊNERO de Marjorie Evelyn Maranhão Silva

REDES SOCIAIS COMO UM NOVO LÓCUS DE FALA PARA O DISCURSO DE
EMPODERAMENTO FEMININO de Jessica Santos Malcher Gillet

TRANSFEMINICÍDIO NO BRASIL: VIDAS DESCARTÁVEIS de Paula Franciele da Silva
e Carmen Hein de Campos

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: COMENTÁRIOS SOBRE O POSICIONAMENTO OFICIAL
DO MINISTÉRIO DA SAÚDE A RESPEITO DO TERMO de Iris Rabelo Nunes e Roberto
da Freiria Estevão

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA
JURISPRUDÊNCIA DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS de
Victória Medeiros de Rezende e Andreza do Socorro Pantoja de Oliveira Smith

Coordenadores(as):

Prof. Dr. Renato Duro Dias – FURG

Profa. Dra. Sandra Suely Moreira Lurine Guimarães - FACI / WYDEN

Profa. Dra. Silvana Beline Tavares - 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.

A EPISIOTOMIA E OS DIREITOS DE REPRODUÇÃO DA MULHER

EPISIOTOMY AND WOMEN'S REPRODUCTION RIGHTS

Carolina Orbage de Britto Taquary

Resumo

Objetiva-se discutir o conceito de episiotomia, parto normal, o poder decisório da mulher, o direito à informação e da integridade corporal, bem como o direito de reprodução feminino. Tem como problemática a necessidade de se realizar a episiotomia frente ao direito de escolha da mulher e seu direito reprodutivo. A metodologia adotada será a revisão bibliográfica na área para se discutir se opção de realizar a episiotomia sem o consentimento da parturiente viola o seu direito fundamental.

Palavras-chave: Episiotomia, Partos vaginais cirúrgicos, Consentimento consciente e informado nos partos

Abstract/Resumen/Résumé

The objective is to discuss the concept of episiotomy, normal childbirth, women's decision-making power, the right to information and bodily integrity, as well as the right of female reproduction. Its problematic is the need to perform episiotomy in front of the woman's right of choice and her reproductive right. The methodology adopted will be the literature review in the area to discuss whether an option to perform episiotomy without the consent of the parturient violates her fundamental right.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Episiotomy, Surgical vaginal deliveries, Conscious and informed consent in childbirth

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa traz como tema a análise da episiotomia sob o prisma dos direitos das mulheres. Apesar de o Brasil ser signatário da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), o país ainda se encontra em uma situação delicada, pois muitas vezes não são cumpridos os acordos internacionais e mesmo as próprias leis vigentes, afetando negativamente a vida de diversas mulheres. Dentre essas violências contra a mulher, encontra-se a episiotomia, um dos tipos de violência obstétrica, também considerada uma mutilação genital feminina e que será abordada a seguir.

A episiotomia é um procedimento realizado em partos normais na região da vulva, cortando-a com uma tesoura ou bisturi, muitas vezes sem anestesia. Essa cirurgia lesiona múltiplas estruturas do períneo como músculos, vasos sanguíneos e tendões que interferem diretamente na manutenção de alguns órgãos que resguardam a continência urinária e fecal, além de ter importante relação com o clitóris.

De forma geral, o processo que ocorre no Brasil é realizado sem o consentimento das futuras mães e principalmente sem a informação adequada ou mesmo qualquer tipo dela. Não se aborda os riscos para a vida da mulher e do seu filho, a necessidade de passar por esse procedimento, os efeitos adversos e menos ainda os tratamentos alternativos para que seja evitado, o mais comumente chamado “pique”.

Diante do papel da mulher na sociedade e o momento atual em que se vive de total liberdade com relação ao seu próprio corpo, é absolutamente inadequado o uso de um procedimento tão antigo, desnecessário e doloroso que já vem sendo igualado a um tipo de mutilação genital feminina.

Desta maneira, a problemática se refere a necessidade de se realizar a episiotomia frente ao direito de escolha da mulher e seu direito reprodutivo.

A discussão se restringe a definir inicialmente se há mutilação genital em casos de realização da episiotomia quando há exclusão da possibilidade de escolha na realização ou não do procedimento pela parturiente.

A hipótese atual está relacionada à frequência, os tipos e critérios de eleição do procedimento realizado pelo médico, nos partos naturais, da episiotomia, que, na

atualidade foi difundido como prática regular, mas que tem evidenciado uma modalidade cirúrgica patológica e tem sido fator de risco de morte das gestantes.

A pesquisa tem por objetivos: conceituar o termo episiotomia sob o aspecto médico, identificando suas características e a sua indicação em partos normais consoante a legislação, identificar os tipos de dolo cabível nos casos descritos, identificar a forma de eleição da episiotomia pelo profissional médico.

Diante de diversas realizações de mutilação genital feminina no momento do parto, como a episiotomia, da qual não há respaldo científico algum para a realização indiscriminada, resta pertinente o debate e a pesquisa acerca dessa matéria, porque são raríssimas as vezes em que se é discutida, tendo em vista que a sociedade não está a par do que é a episiotomia e como funciona seu procedimento.

Por isso é oportuno que essa questão seja colocada em pauta para que possa assim ter força para mudar esse tipo de conduta adotada em nosso país por várias décadas, causando malefícios irreparáveis a diversas mulheres que muitas vezes não sabem o que acontece com seu próprio corpo, além da dor imensurável, colocando no lugar da felicidade, prazer e alegria de parir uma vida, a dor, sofrimento e um trauma para o resto de suas vidas e de seus possíveis companheiros e familiares que partilharam de sua pesar.

A metodologia da pesquisa será realizada por intermédio da revisão bibliográfica na literatura jurídica.

2 A EPISIOTOMIA: DISCUSSÕES PRELIMINARES

Os registros históricos associados ao parto se iniciam em 7000 A.C. através de esculturas e pinturas nas cavernas. Nessas ilustrações as mulheres sempre utilizavam uma cadeira, ficando de cócoras ou até mesmo em pé (MAMEDE, p. 331-336. 2007).

Na Europa até o final do século XIX cada família possuía a sua própria cadeira para o momento do parto e se não tivesse, a parteira mesmo a levava demonstrando a importância desse objeto para a época (MAMEDE, p. 331-336. 2007).

Em 1663, foi documentado o primeiro parto em que a mulher ficou deitada e este apenas ocorreu, pois, o Rei Luís XIV da França desejou assistir o bebê saindo da vagina

de sua concubina, o que não era normal no período, tendo em visto que o parto era um procedimento realizado apenas pelas mulheres da família ou da vizinhança com experiência pessoal em gestação e partos, de caráter íntimo e privado dos quais os homens eram proibidos por ordem moral (MAMEDE, p. 331-336. 2007).

A partir do século XIV, passou-se a questionar a prática das parteiras em relação ao parto e ao puerpério, pois elas não tinham conhecimentos técnicos nem formação acadêmica, sendo desprezado o conhecimento prático (MAMEDE, p. 331-336. 2007).

Com o avanço das escolas corporativas nos Séculos XVI e XVII e com o prestigiado status dos médicos aliados à igreja católica, a profissão de parteira começa a sofrer um declínio ao final do século XVI, simultaneamente houve a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião britânico Peter Chamberlen, o que demonstra o confronto entre o universo natural pelo universo mecânico do homem (MATTAR, AQUINO; MESQUITA. p. 1-2. 2007)

Em decorrência disso, as parteiras passam a ser considerados uma ameaça, e em XV, o parto deixa de ser visto como um fenômeno orgânico natural em que praticamente todas as mulheres passam e começa a ser tratado como uma “doença”, iniciando uma nova maneira de treinamento sob os parâmetros da ciência moderna. Primeiramente são instituídas as parteiras diplomadas que brevemente foram sucedidas por seus tutores e depois por outros profissionais como: enfermeiros e obstetras em que atualmente são de extrema importância para a saúde da mulher e de seu bebê no mundo inteiro.

No século XVII, o primeiro médico que se voltou totalmente para a obstetrícia, o francês, *François Mauriceau*, publicou um tratado das doenças de mulheres grávidas e daquelas que dão à luz. Foi escrito para os outros médicos que viriam a se formar e atingia não apenas as regras práticas, mas também informações e gravuras sobre o aparelho reprodutor feminino reforçando o fato de que as mulheres deveriam ficar em posição horizontal para que o parto fosse de maneira mais confortável para a parturiente e para o médico.

Porém, na realidade a posição reclinada se constituiu por definitivo devido à facilidade que o profissional havia para extrair o nascituro e conseguir analisar a vagina para realizar a episiotomia ou aplicação do fórceps na extração, ou seja, as posições utilizadas até os dias atuais são para favorecer os médicos e não as mulheres que estão

parindo, deixando-as em uma situação impotente e passiva sob o seu próprio corpo. Até o presente momento da história da humanidade as mulheres sempre foram deixadas a deriva pela sociedade (OLIVEIRA. 2019)

A episiotomia foi introduzida no século XVIII pelo alemão Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês para facilitar o desprendimento fetal em partos complicados. Em 1847, *Dubois* sugeriu a incisão oblíqua no períneo, conhecida atualmente como episiotomia médio-lateral. Porém o procedimento não obteve êxito no século XIX, devido à falta de anestésias e altas taxas de infecção.

O método se tornou popular no século XX, porém apenas em 1920, pelo conhecido obstetra Jos B. DeLee (VIANA 2019), a episiotomia se tornou profundamente propagada com a sua publicação, "*The Prophylactic Forceps Operation*", na qual defendia que a episiotomia rotineira com a incisão médio-lateral, reduziria a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia¹.

Pomeroy preferia o uso da episiotomia mediana, porém também acreditava que esse método evitaria roturas perineais extensas. Essas suposições passaram a ser aceitas como verdade absoluta sendo retratado em diversos tratados de Obstetrícia, sem nenhuma evidência científica confiável de sua efetividade e segurança.

A prática da episiotomia cresceu junto com o alto índice de partos hospitalares nos EUA, a partir de 1940. Porém é a partir de 1950 que a episiotomia aumenta consideravelmente tendo em vista que muitos médicos acreditavam que a sua consumação refreava consideravelmente o momento expulsivo do nascituro, o que possibilitava atender a enorme demanda dos partos em hospitais, chegando a ser simultâneo. Além disso, a utilização da episiotomia se tornou reiterada com a aplicação do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps demandando um "espaço extra" para a manipulação vaginal (AMORIM).

¹ **Hipóxia** significa diminuição do aporte de oxigênio ou baixa concentração de oxigênio nos tecidos. A palavra "hipóxia" vem do grego "*hypos*" = pouco, escasso + "*oxis*", que indica que a palavra se trata de oxigênio.

3 CONCEITO DE EPISIOTOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS

A episiotomia é um procedimento realizado em partos normais na região da vulva, cortando-a com uma tesoura ou bisturi, muitas vezes sem anestesia. Essa cirurgia lesiona múltiplas estruturas do períneo como músculos, vasos sanguíneos e tendões que interferem diretamente na manutenção de alguns órgãos que resguardam a continência urinária e fecal, além de ter importante relação com o clitóris (ALVARENGA).

A episiotomia é o único procedimento realizado no Brasil sem o aval da paciente e muitas vezes sem que ela seja informada sobre a suposta necessidade da intervenção cirúrgica, os riscos e os possíveis benefícios dessa incisão, além de métodos alternativos a episiotomia ou ainda para evitar por completo tal procedimento. Como se pode observar da análise histórica feita, esse tipo de método foi e ainda é utilizado de forma indiscriminada em hospitais e maternidades brasileiras, tendo em vista a reiterada opressão feminina ao longo dos séculos. Logo, a aplicação desse meio cirúrgico é incompatível com os preceitos da medicina baseada em evidências, com as recomendações da OMS e as pesquisas científicas (SERAFIM.2019).

As primeiras leis sobre reprodução e sexualidade foram reprovadas, recriminadoras e punitivas, com as mudanças políticas e o movimento feminista, a saúde reprodutiva e sexual passou a ser importante para o mundo, mas ainda assim tem uma iniciação recente e está no seu estágio inicial, pois diversas práticas ainda devem ser alteradas, como a episiotomia e todos os outros tipos de mutilação e violência obstétrica executados no mundo, como por exemplo, a mutilação genital feminina exercida nos Estados Islâmicos encoberta sob os panos das leis religiosas para mutilar suas mulheres.

A partir da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena em 1993, começou de fato a concepção jurídica dos direitos reprodutivos. Com o debate sobre os direitos femininos como direitos humanos foi elaborada o primeiro conceito internacional de saúde reprodutiva, durante a Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida na cidade de Cairo em 1994 (ONU).

Porém apenas na Conferência Internacional sobre Mulheres, em Pequim em 1995, a definição se estruturou e tornou-se definitiva no parágrafo 94 da plataforma de ação, que seria em tradução livre do inglês: “A saúde reprodutiva implica, portanto, que as

peessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem”.

Da mesma forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) que definiu saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades,” complementou o conceito de forma negativa como sendo a saúde reprodutiva como ausência de enfermidades, pois é ela que fortalece e regenera as mulheres de todo mundo, além de influir diretamente na saúde de seus nascituras e na vida de seus companheiros também, além de fazer parte do rol taxativo dos Direitos Humanos, condições universais e indivisíveis para o bem-estar físico, mental e social de qualquer ser humano.

Com a definição da saúde reprodutiva e o começo de uma evolução na área da saúde, foram elencados direitos para garantir esse bem estar físico, mental e social, de acordo com o parágrafo 95 da Plataforma de Ação de Beijing: “reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidir livre e responsavelmente o número, o espaçamento e o tempo entre as suas crianças e ter as informações e os meios para que possam fazê-lo, e o direito de obter o padrão mais alto de saúde sexual e reprodutiva. Também inclui o direito de tomar decisões acerca da reprodução livre de qualquer discriminação, coerção e violência, como expresso nos documentos de Direitos Humanos. No exercício desses direitos. As pessoas devem levar em consideração as necessidades de seus filhos vivos e dos que ainda vão ter e a responsabilidade delas para com a comunidade.”

A partir da concretização da saúde reprodutiva e reconhecimento dos direitos reprodutivos, houve um progresso significativo em relação ao acesso a informação e tecnologias reprodutivas, mas também maiores responsabilidades na maternidade e paternidade.

Apesar do campo da saúde reprodutiva ter evoluído, as mulheres ainda são cotidianamente expostas a tragédias, levando muitas a problemas sérios em decorrência de mutilações, algumas chegando a óbito em pleno século XXI, não sendo suficiente o número estrondoso de mortalidade materna ocorrida ao longo de toda a história da humanidade, visando sempre a saúde do feto, deixando a mãe a deriva.

No Brasil, 96,5% dos nascimentos ocorrem em hospitais, porém esse fato não é sinônimo de assistência de qualidade, haja vista que no Brasil estipula-se a ocorrência da

episiotomia em 94% dos partos normais, essa porcentagem é feita de acordo com pesquisa domiciliar amostral, tendo em vista que não há um registro oficial do procedimento, logo o índice pode ser ainda mais elevado, ou seja, esse procedimento tão arriscado e lesivo é invisível aos olhos da sociedade, porque não é informada a nenhuma pessoa, mesmo aquelas que passam pela cirurgia, como se esse corte invasivo fosse naturalmente parte do processo de parir.

Muito se é falado e discutido sobre a diminuição da cesárea, da qual 43% dos partos brasileiros são feitas por esse tipo de método enquanto para a Organização Mundial da Saúde o índice razoável seria de 15%, porém nada se discute do parto considerado “normal”, apenas é informado que esse tipo de parto é melhor, é mais “natural”, há uma recuperação mais rápida e eficaz, mas não se fala o que é feito dentro do quarto do hospital, a violência psicológica e física que as mulheres passam, não apenas com a episiotomia, mas também com o ponto do marido, a restrição quanto a posição que ela deve ficar, dentre tantas outras violências obstétricas.

As consequências para mulher e para o bebê no parto normal com episiotomia é maior que o parto cesariano, haja vista a possibilidade de transmissão de HIV ou outras doenças para o nascituro se a mão for contaminada, lesões anorretais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infecção, deiscência e disfunção sexual, além disso, podem surgir outros problemas no pós-natal devido a espisiorrafia como a dispareunia, incontinência fecal e urinaria e problemas psicológicos que podem afetar a forma como as mulheres cuidam de si, do seu bebê e o seu relacionamento com seu parceiro não apenas sexualmente mas também psicologicamente.

Enquanto na cesárea apesar de existirem muitos riscos as consequências não são tão graves e frustrantes como um parto vaginal com episiotomia. É certo que o parto Cesário não deveria ocorrer reiteradamente, apenas em casos específicos em que o feto está na posição errada, de lado ou com a cabeça para cima, ou quando ele é muito grande, havendo desproporção entre o seu tamanho e a pelve da mãe, dificultando sua saída pelo canal vaginal, nesses casos não se deve fazer a episiotomia como acontece apenas para facilitar e agilizar o trabalho do médico.

Os direitos reprodutivos estão diretamente vinculados ao princípio do consentimento informado ou ainda esclarecido, é o direito de estabelecer que o paciente

deva ser informado sobre todos os riscos e benefícios em que ele passará tanto físicos como psicológicos e assim de forma pensada e inteligível ele poderá julgar qual maneira que será melhor para si. “Trate-se de uma decisão voluntária, realizada por uma pessoa autônoma e capaz, tomada após um processo informativo e deliberativo, visando à aceitação de um tratamento específico ou experimentação, sabendo da natureza do mesmo, das suas consequências e dos seus riscos (CLOTET. 2009)

Segundo Clotet (2009)"[...] o consentimento informado é um direito moral dos pacientes e uma obrigação moral para os médicos e profissionais da área médica prestadores da assistência[...]".

Ressalte-se que na área cível, a informação "consiste no dever que o prestador do serviço médico tem para com o paciente de informá-lo sobre o serviço que lhe será prestado de forma clara e específica. Esta conduta resulta do princípio da boa-fé objetiva nas relações de confiança (FERNANDES. 2007).

O médico deve sempre informar o paciente sem utilizar linguagem técnica para que possam ser compreendidos os benefícios e malefícios do procedimento, sempre se atentando ao grau de escolaridade e capacidade civil do indivíduo. Se por algum motivo o médico não se atentar na utilização da imparcialidade e esses outros procedimentos no momento de passar as informações necessárias, a previsibilidade objetiva da conduta poderá estar presente, para determinar o resultado morte, lesão corporal grave ou lesão corporal simples.

Observa-se que o consentimento informado pode ser colocado como apenas uma obrigação moral em diversos casos, porém se adentrarmos a esfera jurídica, é fácil notar que existe diversas obrigações tanto do médico com relação ao paciente como do paciente perante o médico.

O Termo do Consentimento Informado (TCI) é um documento que descreve os procedimentos que o paciente irá se submeter, nele contém tanto os seus benefícios como os malefícios e riscos do processo. Após a assinatura do paciente, esse termo se transforma em uma prova documental do cumprimento do dever de informar, tendo por objetivo eximir o hospital, médicos e enfermeiros de qualquer responsabilidade que poderiam ter. Já o contrato de adesão é “o negócio jurídico no qual a participação de um dos sujeitos sucede pela aceitação em bloco de uma série de cláusulas formuladas

antecipadamente, de modo geral e abstrato, pela outra parte, para constituir o conteúdo normativo e obrigacional de futuras relações concretas” (FERNANDES. 2007).

Nota-se que no contrato de adesão existe uma particularidade com relação aos demais contratos, em sua formação, visto que a parte predisponente estabelece as cláusulas que serão inseridas no contrato sem uma pré-negociação com a outra parte, a aderente. Além, disso esse tipo de contrato tem como característica; a generalidade das cláusulas, ou seja, as cláusulas devem ser uniformes e abstratas para que assim possa ser feita diversas vezes o mesmo contrato para facilitar as relações em massa.

Conceituados e analisados o termo e o contrato de adesão, observa-se que os dois documentos têm naturezas completamente diferentes tanto na teoria como na prática, apesar disso, se vem utilizando e conseqüentemente reduzindo o Termo de Consentimento Informado (TCI) a um mero contrato de adesão (FERNANDES. 2007).

O Termo de Consentimento Informado é o resultado de um processo de análise feito por determinado paciente junto com o seu médico para que possam decidir com as informações descritas de forma detalhada e explicada, o procedimento, seja ele, mental ou físico, que melhor possa atender o paciente em análise (FERNANDES. 2007).

O TCI não pode ser utilizado de maneira abstrata e genérica como o contrato de adesão, tendo em vista que cada caso analisado é personalíssimo. Além disso, não cabe colocar cláusulas genéricas para que assim o médico no momento da cirurgia fizer o que lhe convenha e o paciente ficar com prejuízos a saúde. Deve ser personalíssimo, para que cada um tenha seu direito assegurado, o direito à informação, o direito à integridade física, o princípio da autonomia da vontade, o direito de escolha. Para que assim, não haja danos psicológicos ou físicos aos pacientes.

O princípio da autonomia da vontade é o poder das partes decidirem livremente as suas vontades de acordo com o ordenamento jurídico. Para Maria Helena Diniz, “o princípio dos contratantes, consistindo no poder de estipular livremente, como melhor convier, mediante acordo de vontades, a disciplina de seus interesses, suscitando efeitos tutelados pela ordem jurídica”

Além disso, envolve o direito da liberdade de contratar quem seja; a liberdade de criação do contrato; e ainda de fixarem a matéria do contrato, seus interesses. Esse princípio dá a pessoa o direito de dispor sobre seu corpo. Portanto o contrato deve ser

feito de forma a atender e suprir as informações necessárias para que tenha êxito no procedimento a ser feito. Tal procedimento será resultado de uma escolha analisada minuciosamente pelo paciente após os devidos esclarecimentos. Sendo assim, não se pode minimizar um documento que deveria ser tão analisado e discutido a um mero contrato de adesão que é tão abstrato e geral.

O direito à informação é um direito fundamental do cidadão e tem como base a comunicação. Desde 1988, com a promulgação da Carta Federal, observou-se que além dos direitos fundamentais do cidadão era necessário ter proteções também aos direitos do consumidor. O direito à informação é instituído como direito básico do consumidor em virtude do princípio da transparência. Sendo assim o fornecedor deve alertar todos os elementos acerca dos produtos e serviços.

O direito à informação é o direito que determina a informação pública, sendo provida às diversas pessoas indeterminadas que tenha habilidade para influenciar a conduta humana e colaborar para capacidade de discernimento e escolha. Há 3 pontos em que o direito à informação pode ser observado: o direito de informar, o direito de informar-se e o direito de ser informado. O primeiro é a escolha de divulgar ou repassar informações sem nenhuma maneira de obstáculo ou restrição, assim como o direito de acesso a meios de comunicação para propalar informações, sendo este conceito extremamente ligado à liberdade de expressão, protegida pelo Constituição Federal, arts. 5º, IV, V e IX. O segundo presume, uma atitude positiva do ser que recebe a informação, coincide com a liberdade de investigação, de captar informações, obedecendo ao limiar da CF. E por fim, o terceiro, se contrasta com o dever da informação e abarca a prerrogativa de receber informações, correlacionando-se com o Direito do Consumidor. Pois nota-se que o direito de ser informado engloba o direito ao esclarecimento de modo que a pessoa seja competente para intervir na conjuntura que está inserto.

4 A EPISIOTOMIA PRATICADA NOS PARTOS NORMAIS OU NATURAIS

O trauma perineal, seja por episiotomia ou lacerações ocasionadas espontaneamente no momento do parto, tem vitimizado mais de 1,500.000 de mulheres no Brasil e tem elevado os índices de morte entre parturientes, em razão de hemorragias.

Elas são causadas em geral, porque "devido à urgência, os traumas perineais muitas vezes são suturados sem a boa visualização do local, podendo produzir acidentes, com lesão no trato geniturinário e nas estruturas do assoalho pélvico (AP), causando hiper mobilidade uretral, prolapso genital, hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária! (RIESCO).

Em estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos (OPAS.2019) tem evidenciado que a episiotomia é uma das causas principais das lesões produzidas no assoalho pélvico e está associada corriqueiramente "à incidência de hemorragia pós-parto e o seu uso rotineiro não está relacionado à redução da morbidade materna e fetal" e ainda que os traumas perineais eram maiores em mulheres submetidas a episiotomia e que houve uma tendência a redução quando esse procedimento não foi utilizado como regular.

No Brasil e vários países da América Latina a modificação da episiotomia como procedimento médico excepcional tem sido lentamente difundida, motivo pelo qual ainda existe mais de 80% de intervenções cirúrgicas na realização dos partos no Brasil.

A episiotomia é a realização de uma "incisão cirúrgica na zona perineal feminina, que compreende pele, plano muscular e mucosa vaginal, e cuja finalidade é ampliar o canal "vagaroso" para abreviar o parto e ajudar na saída do feto", consoante o Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal.

A episiotomia pode ser lateral, médio-lateral e mediana, neste caso denominada de perineotomia. A primeira foi abandonada pelos riscos que impõe a gestante, porque, segundo a literatura médica, a região é muito vascularizada e ainda pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus. A segunda médio-lateral também pouco utilizada porque abrange "pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbo cavernoso e do transverso superficial do períneo e algumas vezes, fibras internas do elevador do ânus". A terceira é a que maior vantagem oferece à gestante, porque há menor perda sanguínea, é fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia (DE OLIVEIRA)".

Definir o parto como normal é muito difícil, porque não há um padrão de procedimentos médicos definidores de uma rotina de normalidade no parto. Na grande maioria de casos os mesmos procedimentos adotados para um parto em que a saúde da

gestante já é comprometida por doenças preexistentes ou congênitas é utilizado para um parto onde a gestante tem saúde e não apresenta nenhum quadro de doença, o que possibilita mesmos procedimentos em casos de partos normais ou não, dificultando essa definição.

A definição utilizada neste trabalho de pesquisa será a adotada pelo Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal, que o considera como o parto de "início espontâneo, que apresenta baixo risco no início e se mantém assim até o nascimento. A criança nasce espontaneamente em posição cefálica entre as semanas 37 e 42 completas (OPAS.2019)", sendo que mãe e nascituro encontram-se em boas condições de saúde.

O Guia acima citado entende como mulher saudável aquela que não "apresenta doenças ou complicações da gravidez (tais como parto pré-termo, estados hipertensivos da gravidez, crescimento intrauterino restrito, gravidez múltipla, indução de parto, etc.) que tornem recomendável recorrer a intervenções ou cuidados específicos (OPAS.2019)".

Os conceitos acima são utilizados para os partos realizados em centros hospitalares de saúde, públicos ou privados, excluindo-se os casos de partos em casa ou em casas de parto, e decorrem de um sistema regional, mas estruturado nas recomendações do sistema da Organização Mundial de Saúde.

No sistema universal, a Organização Mundial da Saúde tem monitorado e solicitado a adoção de classificação universal para comparar as taxas de cesáreas em todo o mundo e tem difundido sua posição no sentido de que as intervenções cirúrgicas nos partos são "efetivas para salvar vidas de mães e crianças, quando bem indicadas e feitas em ambiente seguro, mas adverte dos riscos (OPAS.2019)".

O órgão internacional propõe ainda que "os países e as instituições de saúde adotem o sistema de classificação de Robson como instrumento de monitoramento e comparação das taxas de cesáreas". Essa classificação "é uma ferramenta que categoriza as mulheres em dez grupos baseados em suas características obstétricas, sem necessidade de incluir a indicação da cesárea (OPAS.2019)".

A classificação de Robson possibilita a promoção de uma "avaliação criteriosa do cuidado dispensado às mulheres no momento do parto e ser usada para mudança de suas práticas, se usada de forma contínua.

A OMS(2019) também contribuiu para estabelecer as melhores evidências científicas em relação ao parto, no ano de 1996, ao publicar o Guia Prático para Assistência ao Parto Normal, elaborados por peritos obstetras da OMS, que classificaram o parto normal em quatro categorias: A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C: Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D: Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia está classificado na Categoria D.

O Guia de Prática Clínica sobre cuidados com o Parto Normal adverte que nos casos de episiotomia restritiva a incidência de períneo intacto foi de 33,9% no grupo com episiotomia restritiva e de 24% no grupo com episiotomia sistemática, e ainda a necessidade de reparação cirúrgica foi de 63% no grupo restritivo e de 88% no grupo com episiotomia sistemática.

Esses dados corroboram a premissa de que a episiotomia deixou de ser um procedimento profilático e passou a ser um procedimento interventivo sem base em evidência científica, e que coloca em risco de morte e outros danos à gestante e o nascituro, danos esses reparáveis por meio da responsabilização do médico, integrante do Estado, quando a episiotomia for realizada pela rede pública de saúde, ou a responsabilidade da pessoa jurídica, em caso de rede privada de saúde, em caráter complementar.

A episiotomia restritiva é a caracterizada como a primeira realizada na gestante, enquanto a sistemática é aquela que decorre do segundo ou mais partos daquela gestante.

Os estudos comprovam que em pacientes gestantes submetidas "a episiotomia restritiva, em comparação com a sistemática, aumentou o número de mulheres com períneo intacto e o número de mulheres que retomam a vida sexual em um mês", e houve uma diminuição da "necessidade de reparação e sutura perineal, assim como o número de mulheres com dor na alta (OPAS.2019) ".

Além disso, a vida sexual da mulher no pós-parto já sofre alterações decorrentes do próprio parto, dos hormônios, da anatomia, das relações surgidas com o nascente, e com o parceiro e na própria estrutura familiar. Com a amamentação há redução da libido

e mais de 40% de mulheres tem receio de voltar a atividade sexual rotineira e ainda sofrem com disfunções sexuais no primeiro trimestre após o parto.

Além dessas consequências são comuns alterações na sexualidade da mulher. Ela sente seu corpo aberto, exposto ao olhar dos outros e mais, sente-se como a vagina estivesse frouxa. Algumas encaram como uma cicatriz, mas outras dificilmente superam o trauma de terem sido violadas sem o seu consentimento, o que provoca alterações em sua relação sexual com o companheiro. Esses distúrbios são aumentados em caso de episiotomia (SANTOS.2008).

A socióloga Kitzinger afirma que a episiotomia é "uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é apropriado. Ela apresenta o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas".

No sistema regional, a Organização Pan-americana de Saúde- OPA também vem monitorando a região americana para estabelecer políticas profiláticas na realização dos partos, evitando danos à saúde e integridade corporal da gestante e do nascituro (OPAS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS,) não recomendam o uso irrestrito da episiotomia, "classificando seu uso rotineiro como uma prática prejudicial, que deve ser desestimulada, tendo indicação somente em cerca de 10% a 15% dos casos". Todavia a episiotomia, vem sendo utilizada "rotineiramente em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos nas unidades hospitalares no Brasil".

Os riscos e benefícios da episiotomia deverão ser informados e autorizados pela mulher porque se trata de um procedimento cirúrgico. A intervenção obstétrica deve ser informada e autorizada pela gestante, que estará ciente dos riscos decorrentes e exercerá sua autonomia de vontade.

A supressão da autonomia da vontade da mulher pode se afigurar como uma "mutilação genital, que representa o poder exercido pela obstetrícia sobre o corpo feminino e transforma a mulher em "objeto", destituindo-a de poder decisório (KITZINGER. 2016)".

O princípio da autonomia de vontade da pessoa humana sempre foi consagrado no Estado Brasileiro, inclusive pela legislação infraconstitucional. Todavia, após a

Constituição Federal de 1988 recebeu novos contornos, em razão do princípio da dignidade da pessoa humana consagrando o fundamento do Estado Democrático de Direito.

Segundo o Código Civil Brasileiro, a autonomia de vontade requer a capacidade jurídica e a capacidade de agir.

A capacidade jurídica se vincula ao gozo de direitos, e logo, à probabilidade de exercer os atos da vida civil, incluindo direitos e obrigações. A pessoa pode gerir sua pessoa e seus bens, isto significa que os comportamentos terão seus efeitos incidindo sobre a pessoa consoante a lei, que determina a realização ou abstenção de um comportamento (KITZINGER. 2016).

A capacidade de agir vincula-se ao exercício. Todos, segundo o art. 1º do Código Civil Brasileiro, são capazes de direitos e deveres, o que equivale a se manifestar livre e conscientemente para fazer valer seus interesses perante a ordem jurídica. "A *capacidade*, decorrente da personalidade que é a qualidade inerente a todo ser humano, consiste na aptidão físico-psíquica para o exercício de direitos e a probabilidade de contrair obrigações, com responsabilidade absoluta ou relativa por seus atos (MARCHI.2009) ".

Na área da bioética, teve grandes avanços a partir da década de 90, sendo caracterizado por dois requisitos: a informação clara e acessível e a capacidade de autodeterminação. Significa que os procedimentos médicos devam ser informados pela equipe médica e que deve haver o consentimento válido e esclarecido do paciente ou de seu representante legal.

O primeiro requisito se expressa pelo conhecimento prévio do fato e de todas as suas possíveis consequências quando se resolve pela sua realização, que caracteriza a voluntariedade com previsibilidade dos possíveis resultados, exigidos das pessoas comuns.

A capacidade de autodeterminação exige discernimento completo e a consciência dos eventos que serão produzidos com a conduta adotada, incluindo a possibilidade de erros ou desvios no comportamento adotado, derivado da própria conduta ou de terceiros.

Para a realização de qualquer ato que ele seja revestido de autonomia de vontade. É necessário ter consciência e vontade no momento da produção da ação, isto é capacidade de agir e capacidade jurídica.

O princípio supracitado na área da saúde é regido ainda por outras características, porque o profissional deve ter formação própria e específica para atuar na área e o usuário de serviços na saúde tem livre escolha em relação ao profissional a ser contratado, excetuadas as hipóteses de emergência e a rede credenciada para atendê-lo, se no SUS ou na rede privada de saúde. No SUS o profissional é o que está a disposição no momento do atendimento, o que não o desobriga do dever de informar os procedimentos e a autonomia do usuário ou a seu representante legal em caso de inconsciência.

Portanto, na área da saúde o princípio da autonomia de vontade significa "o poder que tem o usuário de decidir que profissional escolher para atendê-lo, que tratamento aceita ou admite, seja por razão de credo ou não, determinando os seus interesses, que exerce de forma independente", fundado no princípio da dignidade da pessoa humana e decorrente da personalidade jurídica do indivíduo, implicando direito livre de escolha a sua manifestação de vontade, que será viciada em caso de coação, erro, dolo, simulação, fraude ou outros vícios do consentimento.

Os vícios do consentimento estão relacionados ao que se denomina na literatura médica de heteronomia, que ao contrário de autonomia, significa a manifestação de vontade de terceiros, profissionais da área de saúde, que decidem, sem participação do paciente ou de seus representantes, do procedimento a ser adotado ou como devem os pacientes se comportar diante do diagnóstico médico.

A dicotomia entre autonomia ou heteronomia na relação estabelecida entre profissional de saúde e usuário do serviço deve ser pautada pelo respeito à vontade do usuário, que na área jurídica é expressão da boa-fé, que rege toda relação contratual, seja entre particulares ou agentes estatais, e no consentimento informado, que evidencia a "a manifestação do indivíduo capaz, que recebeu a informação necessária, que a entendeu e que chegou a uma decisão, sem ter sido submetido à coação, influência, indução ou intimidação".

5 A EPISIOTOMIA COMO MUTILAÇÃO FEMININA

A mutilação genital feminina ou MGF, segundo a Organização Mundial da Saúde "abrange todas as intervenções que envolvam a remoção total ou parcial dos genitais externos femininos, ou que provoquem lesões nos genitais femininos por razões não médicas, descriminalizando qualquer intervenção médica não necessária".

As estatísticas da OMS apontam que mais de 2 milhões de crianças do sexo feminino ou mulheres foram submetidas a MGF e cerca de 3 milhões estarão expostas anualmente a este risco, na África.

Observe-se que exclui a possibilidade de MGF a intervenção médica quando necessária, segundo a OMS. Daí a discussão importante sobre as hipóteses em que a episiotomia é necessária ou quando ela será caracterizada como um procedimento incorreto que resulte em MGF.

A MGF não necessariamente resulta em um procedimento contra uma gestante. Ao contrário a literatura médica, na área da saúde, refere-se ao procedimento contra crianças, adolescentes ou mulheres, muitas vezes por questões religiosas e morais. Todavia, ela não exclui a possibilidade de ser provocada contra mulher grávida quando será denominada de violência obstétrica, que será analisada.

A violência obstétrica ou denominada violência institucional na atenção obstétrica "é a violência cometida contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento". Ela pode decorrer em face de discriminação de gênero ou quando o profissional de saúde, o médico ou o enfermeiro, desconsideram a vontade da gestante em não realizar a episiotomia; a realizam sem que houvesse necessidade ou a margem dos protocolos de realização, impostos pela medicina.

A OMS recomenda que devam ser fornecidas informações pré-operatórias apropriadas para meninas e mulheres, e que a episiotomia deve ser realizada em situações excepcionais, quando o quadro médico da gestante exigir, visando evitar o uso inadequado de técnicas e procedimentos que antecipam ou aceleram o parto, para vagar leitos ou tornar à assistência ao parto sem violência obstétrica uma normalidade.

Portanto, a discussão se restringe a definir inicialmente se há mutilação genital em casos de realização da episiotomia quando há exclusão da possibilidade de escolha na realização ou não do procedimento pela parturiente.

6 CONCLUSÃO

A sexualidade e a reprodução não eram identificadas como direitos humanos, motivando uma legislação discriminatória e punitiva. O avanço na matéria se deu devido às mudanças políticas e o movimento feminista, que identificou a saúde reprodutiva e sexual como uma das repartições da saúde, enquanto bem coletivo, social e individual, importante para o mundo.

Ainda assim, o direito a sexualidade e a reprodução têm uma iniciação recente e está no seu estágio inicial, pois diversas práticas ainda devem ser alteradas, como a episiotomia e todos os outros tipos de mutilação e violência obstétrica executados no mundo, como por exemplo, a mutilação genital feminina exercida no Estado Islâmico encoberta sob os panos das leis religiosas para mutilar suas mulheres.

A partir da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena em 1993, começou de fato a concepção jurídica dos direitos reprodutivos. Com o debate sobre os direitos femininos como direitos humanos foi elaborada o primeiro conceito internacional de saúde reprodutiva, durante a Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida na cidade de Cairo em 1994.

A episiotomia é um procedimento realizado em partos normais na região da vulva, cortando-a com uma tesoura ou bisturi, muitas vezes sem anestesia. Essa cirurgia lesiona múltiplas estruturas do períneo como músculos, vasos sanguíneos e tendões que interferem diretamente na manutenção de alguns órgãos que resguardam a continência urinária e fecal, além de ter importante relação com o clitóris.

A Organização Mundial da Saúde, enquanto instituição do sistema universal de proteção da pessoa humana, descriminalizou a episiotomia quando sua indicação está vinculada aos preceitos da medicina baseada em evidências, e, logo, às recomendações da OMS e as pesquisas científicas. Fora desses casos, a episiotomia se caracteriza como

uma forma de mutilação genital feminina praticada pelo médico ou seus assistentes, indiscriminadamente, muitas vezes sem o consentimento da parturiente.

A decisão em ser ou não realizada a episiotomia deve sempre ser trabalhada na relação médico-paciente, de forma a respeitar a autonomia da parturiente e mediante o seu consentimento informado, porque muitas mulheres ainda não conhecem as consequências da episiotomia, em caso de erro médico.

O consentimento da parturiente na realização da episiotomia deve ser baseado nos seguintes requisitos: a capacidade do paciente; a sua voluntariedade; a sua compreensão dos procedimentos e métodos que serão utilizados pelo médico; e por fim, a seleção de informações relevantes, consoante a Resolução nº.1 do Conselho Federal de Medicina.

Deve-se observar, entretanto, que o fato da parturiente consentir não exclui a responsabilidade médica em casos de condutas dolosas ou culposas que podem gerar a MGF por intermédio da episiotomia.

A episiotomia é uma forma de mutilação genital feminina, quando não há indicação médica, ou quando indicada é realizada sem observância dos procedimentos médicos.

7 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Sarah Pereira; KALIL, José Helvécio. **Violência Obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira** DOI: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2775>. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 641-649, 2016.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. TRANSPARENCIA PÚBLICA.** Disponível em <http://www3.transparencia.gov.br/index.jsp?CodigoOrgao=36000&TipoOrgao=1&consulta=0> Acesso em 10.07.2017

BRASIL. **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 08/95, aprovado em 9/02/95.** Disponível em http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_3.asp. Acesso em 10.07.2017

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, GW de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 669-88, 2006.

CLOTET, Joaquim. **O consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: conceituação, origens e atualidade.** Revista Bioética, v. 3, n. 1, 2009.

DE AMORIM, Melania Maria Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna.** *Femina*, v. 36. 2008. pp. 47-54

DE OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V.; MIQUILINI, Elaine Cristina. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 39, n. 3, 2005. p. 288-295

DINIZ, Maria Helena. **Curso de Direito Civil Brasileiro**, 1º volume: Teoria Geral do Direito Civil. 24ª ed., rev e atualizada de acordo com a reforma do CPC. São Paulo: Saraiva, 2007.

FERNANDES, Carolina Fernández; PITHAN, Livia Haygert. **O consentimento informado na assistência médica e o contrato de adesão: uma perspectiva jurídica e bioética.** Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Grande. do Sul, v. 27, n. 2, p. 78-82, 2007.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. **Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007.

MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; MESQUITA, Maria Rita de Souza. **A prática da episiotomia no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-2, jan. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000100001>.

MATTAR, Laura Davis. **Os Direitos Reprodutivos das Mulheres.** Disponível em http://www3.al.sp.gov.br/repositorio/ilp/anexos/1160/YY2013MM6DD4HH10MM35S55-Mattar_Direitos%20reprodutivos%20das%20mulheres.pdf. Acesso em 10.07.2017

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. **Frequência e critérios para indicar a episiotomia.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 288-295, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 14 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS COM O PARTO NORMAL. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. Versão restrita. Brasília, DF : OPAS, 2013. *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz.pp.36-37* Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>. Acesso em 12/10/2016. p.130

SANTOS, Jaqueline de Oliveira et. al. **Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres.** Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 12, n. 4, p. 645-50, 2008.