

Episiotomia: a caracterização do estado de anomia dos direitos sexuais e humanos no momento do parto

Episiotomy: the Characterization of the State of Anomie of Sexual and Human Rights at the Time of Parturition

Cândice Lisbôa Alves¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0514-5025>

Érica Chamorro Ramos Dias¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3185-344X>

¹Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG, Brasil.

RESUMO

O objetivo do presente artigo foi analisar o caráter tortuoso da episiotomia rotineira, diante de um contexto de anomia que parte da discrepância entre as disposições normativas existentes e a cultura sexual da sociedade. Utilizou-se o método indutivo na abordagem da configuração da episiotomia como um tratamento desumano e degradante, equiparando-a à tortura. O método de procedimento foi o monográfico, com a utilização de pesquisa bibliográfica e legislativa. Como resultados, obteve-se a constatação de que a episiotomia situa-se em um contexto de anomia, pois instrumentos normativos desaconselham sua prática por se tratar de uma lesão no períneo que fere direitos sexuais, e sua realização irrestrita constitui violação do Código de Ética Médica. Contemplou-se, ainda, que a episiotomia é uma espécie de tortura, pois está inserida em um contexto de maus-tratos, ofensa à integridade corporal, violação da disposição livre do corpo e do direito à informação para a tomada de decisões autônomas e esclarecidas e ao consentimento sem coerção, além dos direitos sexuais e humanos, encerrando um tratamento discriminatório, aviltante e desrespeitoso aos direitos sexuais e humanos das mulheres.

Palavras-chave: Anomia; Episiotomia; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

The objective of this article was to analyze the routine episiotomy as a form of institutional and sexual obstetric violence based on existing normative dispositions and the sexual culture of the society in order to ascertain a context of anomie and the tortuous character of the procedure. The method of inductive approach in the configuration of the episiotomy as an inhuman and degrading treatment was used, equating it to torture. The procedure method is the monographic one with the use of bibliographical and legislative research. As results, it was verified that the episiotomy is located in a context of anomia, since there are normative instruments that discourage its practice because it is a lesion in the perineum that violates sexual and human rights, and its unrestricted realization constitutes a violation of the Code of Medical Ethics. It is also contemplated that the episiotomy is a kind of torture, because it is subsumed in a context of mistreatment, offense to the corporal integrity, violation of the free disposition of the body, of the right to the information for the making of autonomous and informed decisions and to consent without coercion, in addition to sexual and human rights, ending discriminatory, demeaning and disrespectful treatment of women's sexual and human rights.

Keywords: Anomie; Episiotomy; Obstetric Violence.

Correspondência:

Cândice Lisbôa Alves
candicelisboa.prof@gmail.com

Recebido: 11/11/2020

Revisado: 13/12/2021

Nova revisão: 29/08/2022

Aprovado: 07/12/2022

Conflito de interesses:

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Contribuição dos autores:

Todas autoras contribuíram igualmente para o desenvolvimento do artigo.

Copyright: Esta licença permite compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato; adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.



Introdução

Em 2007, a legislação venezuelana falou pela primeira vez em violência obstétrica (VENEZUELA, 2007, p. 30, tradução nossa), definida como uma espécie de violência de gênero, com caráter institucional e sexual. Uma de suas formas mais comuns é a episiotomia, um procedimento cirúrgico destinado a aumentar a abertura do canal vaginal para que o neonato seja expelido mais rapidamente. A episiotomia, “pique” ou simplesmente “episio”, é um procedimento controverso cuja recomendação é restrita. A episiotomia de rotina, isto é, sem necessidade clínica comprovada, pode assemelhar-se a um tratamento tortuoso ou a uma mutilação genital, pois consiste em uma lesão genital ofensiva aos direitos humanos e sexuais das mulheres.

Nesse cenário, o presente artigo colocou o seguinte problema: a prática da episiotomia rotineira pode enquadrar-se como anomia? Teve-se como hipótese que a episiotomia pode ser um procedimento obstétrico que atenta contra os direitos humanos, sobretudo os direitos sexuais das parturientes, por meio da adoção de condutas anômicas dentro do contexto médico-hospitalar.

O conceito de anomia aqui utilizado é o de Cárcova (1998), que apregoa a existência de normas contraditórias em um mesmo ordenamento jurídico aliada a uma socialização deficiente por parte de alguns segmentos. No caso em apreço, partiu-se da pressuposição de que os médicos, ao optarem pela episiotomia sem consulta às parturientes, desconsideraram-nas e agem em detrimento das normativas médicas, que indicam o uso do procedimento apenas de maneira excepcional e justificada e após consentimento informado da gestante.

O objetivo geral foi evidenciar que o abuso de incidências da episiotomia sem indicação médica fundamentada cientificamente configura um caso de anomia, além de se tratar de um procedimento tortuoso, violador de direitos humanos e sexuais das mulheres.

Os objetivos específicos foram: (i) contextualizar a episiotomia normativamente, além de revelar o contexto anômico em que se insere; (ii) evidenciar as relações entre a assistência obstétrica e a cultura sexual, além de analisar os estereótipos sociais da mulher e da sexualidade feminina; (iii) abordar o dano iatrogênico e o caráter tortuoso da episiotomia, para comprovar o estado de anomia.

O percurso metodológico iniciou-se com uma breve revisão normativa da violência de gênero a fim de contextualizá-la juridicamente e, dessa forma, caracterizar a violência obstétrica como violência de gênero, institucional e sexual. Isso também foi feito com o respaldo de uma revisão bibliográfica, o que permitiu a consideração da episiotomia como procedimento anômico, uma vez que contraria os principais dispositivos normativos sobre os direitos humanos e sexuais.

Em um segundo momento, a questão da violência contra o gênero feminino foi aprofundada com considerações sobre a desigualdade entre os gêneros, a dominação do feminino pelo masculino, a hegemonia do discurso médico e os papéis sociais atribuídos às mulheres e a sua sexualidade.

No último item, empenhou-se pesquisa bibliográfica para a reunião dos fatores que permitissem a caracterização da episiotomia como prática anômica, com o auxílio dos efeitos nefastos oriundos desse procedimento e do exame acerca de sua conformação como dano iatrogênico a partir da analogia às lesões genitais consideradas como violações de direitos humanos.

I Brevidades normativas sobre violência obstétrica e o fenômeno da anomia

A violência contra a mulher é um dado histórico e social, assim como as outras espécies de violências contra minorias. Trata-se de um dado cultural arraigado profundamente em sociedades com histórico de patriarcalismo, servidão e machismo. O Direito, em sua função de proteger os valores essenciais à humanidade, tem um papel fundamental na promoção da dignidade humana e da integridade física e moral, além de outros direitos inerentes ao ser humano, tais como os direitos sexuais. Também deve intervir com a finalidade de erradicar a desigualdade, com destaque para a desigualdade entre os gêneros, assim como prevenir e sancionar o tratamento violento dedicado às mulheres.

Apesar de histórica, a violência contra a mulher não recebeu tratamento jurídico combativo até o século passado. Antes de receber tratamento estatal, o assunto se tornou uma das pautas do Direito Internacional, alocando-se nas discussões sobre os direitos humanos. Dessa forma, em 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) editou a Declaração sobre a Eliminação de Violência contra as Mulheres, o primeiro ato normativo a definir a violência contra as mulheres como uma forma de violência baseada no gênero. No ano seguinte, 1994, foi realizada no Brasil a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, promulgada nacionalmente pelo Decreto n. 1.973/1996 (BRASIL, 1996). Apesar de esses documentos inaugurarem as definições de violência de gênero, não fizeram menção à violência que acomete as mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério dentro dos ambientes hospitalares. Concomitantemente, em 1994 também ocorreu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, Egito, e sua importância foi a definição dos direitos sexuais e reprodutivos dentro do rol dos direitos humanos.

Apesar da abordagem indistinta, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos devem ser tratados de forma autônoma, principalmente quando o propósito é a tutela dos direitos humanos. Os direitos reprodutivos são aqueles relacionados ao exercício livre e responsável da sexualidade e da reprodução humana (VENTURA, 2009, p. 23), ao passo que os direitos sexuais compreendem:

[...] a) o direito de decidir livremente e responsabilmente sobre sua sexualidade; b) o direito a ter controle sobre o seu próprio corpo; c) o direito a viver livremente sua orientação sexual, sem sofrer discriminação, coação ou violência; d) o direito a receber educação sexual; e) o direito à privacidade; f) o direito a fruir do progresso científico e a consentir livremente com a experimentação, com os devidos cuidados éticos recomendados pelos instrumentos internacionais; g) o direito de ter a prática sexual desvinculada da gerência do Estado e da reprodução; h) a sexualidade como direito da personalidade (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016, p. 55).

Em 1998, o Tribunal Penal Internacional, por meio do Estatuto de Roma (BRASIL, 2002a), reconheceu a violação sexual como um crime contra a humanidade (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008, p. 106), chamando a atenção para diversas práticas culturais e tradicionais que violam esses direitos, tais como os estupros coletivos, a escravatura sexual, a prostituição forçada, as esterilizações compulsórias e as mutilações genitais. A discussão sobre a mutilação abriu as portas para a caracterização da episiotomia como uma forma de violência de gênero e sexual análoga.

Desde 2007, com o precedente da legislação venezuelana (VENEZUELA, 2007, p. 30, tradução nossa), maus-tratos direcionados às mulheres antes e durante o parto ou durante uma emergência de caráter obstétrico passaram a poder ser considerados

como violência obstétrica. Academicamente, o termo “violência obstétrica” foi utilizado pela primeira vez em 2010 em um editorial *on-line* do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* redigido pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Rogelio Pérez D’Gregorio (PÉREZ D’GREGORIO, 2010). A partir desse momento, o termo passou a designar

[...] atos negligentes, abusivos, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos, fundados em relações de poder e autoridade exercidas, principalmente, pelos profissionais de saúde, seja no ambiente hospitalar, seja em qualquer cenário público ou privado em que possam ser estabelecidos atos sobre o corpo feminino ou sua sexualidade de forma direta ou indireta, anulando as mulheres enquanto sujeitos de direito (JARDIM; MODENA, 2019, p. 7-8).

A violência obstétrica expressa-se de diversas formas, mas seu traço caracterizador é o tratamento desumano realizado pelos profissionais da saúde com a consequente violação dos direitos humanos de parturientes. Evidenciar-se-á o caráter institucional e sexual da violência obstétrica, que se dá mediante a apropriação do corpo feminino e dos processos reprodutivos e parturitivos pelo profissional ou equipe de saúde encarregada pelos cuidados à parturiente.

O parto era um processo vivenciado intimamente, compreendido como um evento natural e realizado em ambientes privados, geralmente nas próprias casas das gestantes. As mulheres protagonizavam todo o processo e tinham o domínio sobre seus corpos. A perda da autonomia feminina no parto principia no Renascimento, momento em que a obstetrícia se especificou como um ramo das ciências médicas, em um âmbito totalmente dominado por homens, e consolidou-se em uma disciplina técnico-científica. A partir de então, observou-se um incentivo crescente à hospitalização e à medicalização do corpo feminino no parto (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014, p. 283).

Nos hospitais, o protagonismo foi transferido para o procedimento, e o corpo da parturiente passou a ser percebido como um meio para nascimento, um meio defeituoso e imperfeito que necessita de intervenções, cortes e suturas. A noção de que o parto é um processo fisiológico natural foi abandonada para ser implantada uma ideia patológica que pressupõe e justifica toda uma série de procedimentos invasivos, que, por sua vez, dão azo à ocorrência de violência obstétrica.

Diante da situação abusiva de desrespeito às mulheres durante o parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) manifestou-se em 2014 emitindo a declaração “Prevenção e eliminação dos abusos, desrespeito e maus-tratos às mulheres no parto” (PREVENÇÃO..., 2014), na qual se posiciona contra a violência obstétrica e promove a assistência humanizada para todas as mulheres por meio da recomendação de programas governamentais com este fim.

Não sendo bastante, em 2018, a OMS também editou as “Recomendações de cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva” (WHO, 2018). Nessa oportunidade, a organização dedicou-se às formas mais comuns de ocorrência da violência obstétrica, incluindo a episiotomia de rotina. Com a ressalva da importância do procedimento em emergências obstétricas, tais como sofrimento fetal com necessidade de parto vaginal instrumental, o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes da OMS optou por desencorajar o uso rotineiro da episiotomia, uma vez que não havia evidências que corroborassem com a necessidade de qualquer episiotomia em cuidados de rotina.

A episiotomia, conhecida popularmente como “epísio” ou “pique”, consiste em “um corte cirúrgico feito no períneo (entre a vagina e ânus) realizado com tesoura ou bisturi, para aumentar a abertura vaginal e facilitar a saída do bebê” (HAMMARSTRON; NAZÁRIO, 2015, p. 8). O corte perineal

[...] afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 80).

A recomendação de realização da episiotomia é restrita aos casos em que existe a necessidade de ampliar o canal vaginal para facilitar e acelerar o nascimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou iminência de laceração de terceiro grau, inclusive em mulheres que tiveram laceração de terceiro grau em parto anterior (CUNHA, 2015, p. 16). Além da adoção irrestrita, existem fatores que agravam os malefícios de sua ocorrência, como a realização sem consentimento da paciente e a ausência de informações sobre a recomendação clínica.

Apesar das complicações possíveis, um dos argumentos que são levantados a favor da episiotomia é a prevenção da lesão perineal. Entretanto, ao contrário do que se dissemina, o trauma perineal pode decorrer tanto de lacerações em partos naturais quanto de episiotomias. Neste último caso, a episiotomia sempre constitui uma lesão de segundo grau ou superior. Parecendo desconhecer esse fato,

[...] médicos com frequência afirmam que a não realização desse procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, o que também não tem base científica (AMORIM; KATZ, 2008; ROBINSON, 2012). Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que a episiotomia tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos [...] (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 82).

A episiotomia justificava-se, basicamente, como um método contrário à dor do parto e que favoreceria a aceleração do trabalho de parto. Todavia, conforme ressaltam Giselle Tomasso *et al.* (2002), não havia evidências científicas que recomendassem a adoção sistemática da episiotomia. Somente a partir da década de 1980 surgiram estudos mais contundentes que reafirmavam a desnecessidade da episiotomia. A partir desse momento, as evidências desencorajam a episiotomia de rotina, com o devido resguardo de seu uso restrito e criterioso nos casos em que realmente for necessária.

Em 2011, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) lançou o “Guia da gestante e do bebê” (UNICEF, 2011) e elencou a episiotomia rotineira como um procedimento incorreto, uma vez que sua realização tem acarretado traumas e complicações que podem afetar a vida da parturiente definitivamente.

No Brasil, o Ministério da Saúde editou a Portaria n. 569/2000 (BRASIL, 2000), a qual instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cuja finalidade é garantir melhorias no acompanhamento pré-natal e na assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Entretanto, o termo “episiotomia” ou qualquer outra nomenclatura que denote a cisão perineal raramente aparece nos documentos relacionados à saúde emitidos pelo Estado brasileiro.

Uma das exceções está no quarto volume do “Caderno HumanizaSUS”, de 2014, que trata sobre humanização do parto e do nascimento. No documento, é possível verificar diversas passagens com o termo “episiotomia”, geralmente como exemplo de procedimentos adotados sem razão justificada. Há uma pequena seção destinada ao tema, em que se lê sobre seus benefícios e malefícios:

A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados no mundo inteiro, com a alegação de redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária. Alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Por outro lado, os seus supostos efeitos adversos são: extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual (BRASIL, 2014, p. 40).

Recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde editou as “Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal” com o objetivo de diminuir as intervenções incidentes nos partos vaginais hospitalares em uma perspectiva que contempla a gravidez e o parto como expressões de saúde. Dentre as diretrizes, destacam-se:

141 Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.

142 Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

143 Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia (BRASIL, 2017).

As diretrizes recomendam o óbvio: um tratamento humanizado das parturientes, com respeito a sua humanidade e a sua integridade física e subjetiva. Todavia, no âmago dessas diretrizes pode-se perceber que a ocorrência de episiotomias seletivas consiste em um problema atinente à violação de direitos humanos, apesar de todas as recomendações restritivas.

Desde a edição do PHPN (BRASIL, 2000), a humanização do parto enseja a abertura de um espaço político para reivindicações que tenham como pano de fundo a não violência durante o processo de parturição, assumindo-se a prerrogativa da defesa dos direitos humanos das mulheres. Entretanto, diante da ocorrência sistemática de episiotomias rotineiras, o reconhecimento do estado de anomia é um requisito para a efetiva humanização do parto.

O que chama a atenção é a perpetuação dessa conduta hospitalar diante dos atos normativos vigentes e das evidências científicas contrárias ao corte perineal. A discrepância entre a conduta do sujeito e o que está previsto pelo ordenamento jurídico é um conceito trabalhado pelo jurista argentino Cárcova. De acordo com o autor, a anomia se instaura quando o indivíduo inserido socialmente em um grupo não rege suas condutas de acordo com as normas jurídicas ou morais preponderantes (CÁRCOVA, 1998, p. 59-60).

Sob outro viés, a anomia ocorre também quando se constata “[...] conflitos entre as normas ou sistemas de normas vigentes numa sociedade ou entre normas cuja vigência se estende a toda a sociedade e grupos situados em posições diferenciadas ou discriminadas” (CÁRCOVA, 1998, p. 60). Tendo a episiotomia em perspectiva, observou-se anteriormente que a realização da episiotomia rotineira era estimulada

como uma forma de facilitar os nascimentos em partos vaginais. Entretanto, a partir da década de 1980, as evidências direcionaram para uma abordagem normativa totalmente diferente, que determina a adoção criteriosa, necessária e justificada do procedimento. Há, portanto, um conflito entre a conduta adotada pelo grupo social composto pelos profissionais da área de saúde e entre o que está previsto para tornar o parto uma experiência humanizada.

II A desqualificação da mulher e de seus direitos na perspectiva da episiotomia

Em uma sociedade como a brasileira, marcada por traços patriarcais, ao se indagar uma mulher sobre violência, as chances de ela remeter à violência urbana são mais altas do que as de associar seu gênero como alvo de atos violentos (SAFFIOTI, 2004, p. 46). Isso demonstra que a vulnerabilidade da mulher é olvidada por ela mesma diante da naturalização da violência de gênero em um contexto social no qual ainda prevalece a discriminação de gênero.

O fato de as mulheres não associarem automaticamente o gênero feminino como alvo de violência revela que o patriarcado logrou como matriz dominante para a maioria dos membros da sociedade. O patriarcado é a ordem política pautada pela diferenciação entre os gêneros ao estabelecer a primazia do gênero masculino (SAFFIOTI, 2004, p. 44); a história das mulheres está dissolvida nas narrativas impostas pelo patriarcado, que as retratam de maneira ambígua e fomentam a vulnerabilidade feminina, com repercussões na autoestima.

A relação entre a violação de direitos humanos e a baixa autoestima das mulheres já foi comprovada (SAFFIOTI, 2004, p. 47), evidenciando a violência como uma forma eficaz de dominação (ALVES, 2015, p. 102). As narrativas patriarcais também se esforçam para manter as mulheres presas em papéis sociais que favorecem a perpetuação das relações de dominação pela violência, ao lhes atribuir austeridade e passividade. O mal-estar provocado contribui para a permanência da mulher na situação de vulnerabilidade, que já está entranhada nas estruturas sociais e nas relações de poder (ALVES, 2015, p. 95). Em função desse enraizamento, o rompimento com o quadro supera uma análise individual e deve ser transportado para a ruptura com essa faceta de dominação cultural, interpessoal, estrutural e disciplinar.

Das mulheres tem sido ceifado o protagonismo de suas próprias vidas mediante a objetificação fundada na desconsideração de seu valor como ser humano dotado de dignidade e autonomia. Ademais, ressalta-se que o fato de a regulação social ser rotineiramente feita pelos homens molesta ou obsta paulatinamente o empoderamento feminino, sem que as mulheres ou a sociedade se dê conta disso. Acrescente-se que, mesmo quando as mulheres legislam, isso não tem sido suficiente para modificar a forma de ingerência ou violência contra o feminino problematizada neste artigo, pois ou as legisladoras confirmam a condução preponderante, ou são insuficientes, numérica ou politicamente, para a ruptura necessária no sentido de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos aqui debatidos.

Apesar da passagem do tempo, das declarações de direitos e das alterações promovidas pelos movimentos sociais, as relações sociais e políticas permanecem marcadas pela dominação masculina e pela correspondente submissão da mulher mediante violência. A dominação pode se manifestar objetivamente, no plano físico, ou subjetivamente, pelo viés simbólico, de forma consciente ou não.

A violência física, que expõe a fragilidade corporal, é facilmente lembrada por suas marcas visíveis. Entretanto, a violência pode ocorrer sutilmente e, ainda assim, deixar suas marcas. Fala-se da dominação simbólica, que pode se manifestar em diversos

planos, como o linguístico, o cultural, o étnico e do gênero. De todas as formas de submissão, a simbólica converte-se em lei social, tal qual a supremacia do patriarcado – uma lei que se inscreve nos corpos e no que há de mais íntimo neles na forma de predisposições, aptidões e inclinações (BOURDIEU, 2012, p. 51). Consequentemente, a dor feminina é silenciada, tomada como natural pelo discurso preponderantemente escrito pelos homens.

A violência obstétrica, uma espécie da violência de gênero, aniquila corpos – especificamente, vulvas e vaginas –, violando também o intangível, como os direitos fundamentais e humanos. Pior que a destruição física dos corpos é o fato de que essa destruição não é mencionada ou considerada como destruição, ou seja, dentro de uma aparência de normalidade sequestram-se órgãos genitais sem possibilidade de retorno ao estado anterior e sem, ainda, a chance de a mulher se dar conta ou poder reagir a tal fato.

É importante ressaltar que a assistência obstétrica está intimamente relacionada com a cultura sexual de uma determinada sociedade. O Direito também possui uma dimensão cultural e, diante disso, torna-se imprescindível a abordagem que considera o viés do gênero na violência obstétrica, mais especificamente na episiotomia e na forma como esse fenômeno é tratado juridicamente.

O gênero é o sexo socialmente construído, ou [...] o conjunto de disposições pelo qual uma sociedade transforma a sexualidade (e a reprodução) biológica em produtos da atividade humana, e no qual se satisfazem essas necessidades humanas transformadas (DINIZ, 2009, p. 318).

A partir da perspectiva do gênero, a questão da transformação do parto torna-se mais clara, pois fica evidente como a sexualidade feminina é manejada como um produto na atividade médica. O corpo é o meio pelo qual se manifesta a sexualidade e pelo qual se dá a reprodução entre os sexos. Conforme Chacham e Maia (2004, p. 75), o corpo constitui-se em linguagem permeada de símbolos e significados, compondo a comunicação das expectativas de um determinado contexto histórico e cultural.

Nessa comunicação social cuja linguagem é o corpo, reverbera a mensagem de que o corpo feminino é errático e imperfeito, mas passível de correções. Nesse sentido, “a maleabilidade das fronteiras corporais no Brasil é reforçada pela fragilidade da noção de direitos individuais e pelo sistema de gênero que define o corpo feminino como um objeto a ser manipulado e controlado” (CHACHAM; MAIA, 2004, p. 80).

O direito à disposição sobre o corpo, todavia, configura-se como um direito individual e, pela ótica apresentada, um direito frágil. A situação é agravada quando se trata do corpo mulheril, uma vez que é coisificado pelo sistema de gênero, no qual o dominante é o masculino e o feminino é associado à passividade. A fragilidade do direito de dispor sobre o próprio corpo e a objetificação das mulheres ficam patentes quando se tem a episiotomia sob análise.

A prática desse procedimento de forma corriqueira está inserida em um sistema erótico pautado pelos binômios atividade-masculino e passividade-feminino. Logo, não se pode ingenuamente acreditar que a episiotomia serviria à manutenção do períneo ou da condição vaginal virginal. Conforme o dossiê “Parirás com dor”, na década de 1920 era comum o argumento de que a episiotomia evitaria o afrouxamento da vagina e que, assim, a mulher seria capaz de evitar uma traição do parceiro ou o sexo anal:

A imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um “falo” enorme - que seria o bebê - o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina. Isso poderia implicar uma autorização ao homem para

procurar uma mulher “menos usada” ou demandar como alternativa o coito anal (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 90).

Na realidade, a adoção da episiotomia pouco se relaciona com algum cuidado ou preocupação com a saúde da mulher. Perceba-se que a concepção da vagina como um órgão passivo e receptor foi transplantada para o parto, contrariando a percepção da vagina e da vulva como órgãos ativos para retratá-las como órgãos meramente sexuais, que devem ser mantidos aptos para o prazer masculino.

Nesse cenário, o parto deixou de ser promovido e passou a ser prevenido, pois, além de doloroso, é representado como um evento sexualmente danoso (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 320). A episiotomia é amplamente aceita pelas equipes médicas, pelos parceiros e pela sociedade, pois o discurso predominante sugere que é preferível uma vagina cortada e costurada do que uma vagina frouxa por ter expelido um concepto.

Esses estereótipos servem de justificativa para perpetuar as relações de dominação e ao mesmo tempo criam e fomentam insegurança feminina que decorre de um problema de autoestima, fazendo com que as mulheres tendam a não mudar seu status social [...] A leitura desses padrões de comportamento subliminarmente servem para alienar a mulher, e fazê-la crer ser impotente frente à vida, criando a ficção de que para seguir adiante precisam de um guardião para sua existência, alguém com austeridade moral e racional (ALVES, 2015, p. 100).

Os estereótipos sociais referentes à mulher e a sua sexualidade fortalecem a dominação de gênero e fomentam a violência. A percepção de sujeito, seja social, seja de direito, é atingida mediante a alienação do sentir e conhecer seu corpo. As mulheres capturadas nessa teia sofrem com a baixa autoestima, que, por sua vez, faz com que se contentem com o *status quo* inferiorizado. Como ressaltou Alves, quando as mulheres são alienadas e destituídas de sua autonomia, acabam sentindo-se impotentes, o que as fazem buscar a figura de um guardião (ALVES, 2015, p. 100).

Durante a gestação e principalmente no momento do parto, a mulher depende das orientações do médico obstétrico e de sua equipe, que contemporaneamente detêm todo o conhecimento formal e científico sobre o parto. A mulher encontra-se em uma posição de dependência desses profissionais porque não é mais a protagonista do parto nem o sujeito dominante na técnica do parto “anormal” hospitalar, medicalizado e patologizado. Nesse cenário, o obstetra (homem ou mulher) passa a desempenhar o papel de guardião diante de uma mulher que se encontra fragilizada no momento do parto.

Historicamente, os saberes dos profissionais da área de saúde são recobertos por uma elevada presunção de confiabilidade, sendo sobrevalorizados quando comparados com outras formas de conhecimento, inclusive em relação às manifestações dos pacientes. No caso da violência obstétrica, é forçoso reconhecer que parte das condutas adotadas no atendimento obstétrico consideradas violentas integram os protocolos de diversas instituições, tanto públicas quanto privadas (DIAS *et al.*, 2010, p. 12):

Nos casos de episiotomia rotineira, fica patente a subjugação do conhecimento da mulher perante as condutas médicas (DIAS *et al.*, 2010, p. 3), e o profissional de saúde, em muitas ocasiões, reduz-se a mero guardião de crenças infundadas e executor de protocolos violadores do corpo, da sexualidade e da reprodução feminina. Os elementos para a perpetuação do desvalor das mulheres e de seus corpos foram institucionalizados a partir de uma representação patológica do parto e de uma concepção equivocada da reprodução e da sexualidade, na qual está incluída uma percepção errônea dos órgãos relacionados ao parto.

A prática constante da episiotomia deslegitima a mulher perante seus direitos reprodutivos e sua sexualidade, reforçando o imaginário de que o corpo feminino é maleável e passível de correção ao mesmo tempo em que oculta a prática de atos violentadores a partir de um saber pseudocientífico, cujo respaldo advém de crenças sociais anacrônicas. Ao contrário de ser valorizada por gerar a vida, a mulher é percebida como alguém que não tem o domínio sobre si e depende de informações a serem prestadas pelos mesmos profissionais que, não raras oportunidades, tornam-se seus algozes.

Do ponto de vista da evidência científica, a musculatura pélvica (tanto da vagina como do controle da bexiga) pode ser preservada e aperfeiçoada por meio de exercícios, independentemente da vida sexual, de partos vaginais ou da necessidade de recursos cirúrgicos. Segundo a evidência científica, a episiotomia é associada, não a uma vida sexual enriquecida, mas a uma substituição do tecido muscular e erétil da vulva por fibrose e a um aumento da dor durante a penetração (dispareunia). Resulta também em maior demora na retomada da vida sexual pós-parto, além de frequentes deformidades vulvares. Isso quando não ocorrem complicações, quando pode haver risco maior de lacerações graves, de infecção e de hemorragia (DINIZ, 2003).

Inegavelmente, a episiotomia é um procedimento que pode acarretar consequências nefastas para a vida das mulheres na maior parte dos casos. Não faz sentido que as mulheres sejam destituídas do poder de dispor sobre seus corpos e alienadas do conhecimento sobre eles e sobre seus direitos, principalmente quando se têm evidências contundentes, fundadas na ciência e na experiência, que reprovam a ocorrência da episiotomia rotineira.

III Caracterização do estado de anomia dos direitos sexuais e humanos no parto

A episiotomia é um ato que contraria a disposição corporal alheia, e não é demais ressaltar que sempre se trata de corpos com vulvas. Sob a perspectiva corporal, a episiotomia lesiona o corpo mulheril na delicada região íntima, cortando o sexo e, por vezes, mais do que isso: estabelecendo um corte entre um antes e um depois terrível, cujo marco é exatamente o corte da episiotomia.

A partir do momento em que a episiotomia é reconhecidamente um procedimento a ser evitado, sua realização consiste uma afronta aos direitos humanos. O apoderamento do corpo alheio e seu manejo destrutivo afetam a autoimagem que as mulheres têm de si mesmas. Por mais que a vida e o nascimento sejam sacralizados, ao engravidar a mulher se distancia do ideal virginal, e a iminência do parto é o ponto cabal do distanciamento desse imaginário. Seu corpo profano e profanado há de ser corrigido. As mulheres vivem sob essa ameaça desde o momento em que nascem porque são capazes de gestar e parir.

No parto, a ameaça de lesão concretiza-se a partir de inúmeros atos de violência. Nesse momento, talvez mais do que em outros, a mulher pode se sentir desprotegida e desamparada porque, uma vez desapossada de seu corpo e alienada da fisiologia do parto, encontra-se em estado de dependência de profissionais de saúde que não a reconhecem como sujeito de direitos.

As mulheres que passam por esse e outros tipos de violência têm sua autoestima abalada porque tais lesões transcendem a materialidade dos corpos.

[...] Os profissionais praticam intervenções sobre a vagina, como a episiotomia (que é uma laceração de 2º grau, no mínimo) e os

fórceps, que aumentam os riscos de danos genitais graves, e quando estes danos ocorrem, responsabilizam o parto em si pelos danos. Desta forma, o dano iatrogênico é invisibilizado e redescrito como um dano “natural” do parto, associado ao processo fisiológico e não às intervenções. O uso rotineiro da episiotomia e dos fórceps para primíparas ainda é ensinada em importantes faculdades de medicina, à revelia de toda evidência científica de sua inadequação e sem que as mulheres tenham qualquer chance de fazer escolhas informadas (DINIZ, 2009, p. 320).

No tocante à atribuição de valor social às capacidades das mulheres sob o viés da episiotomia, a ação física sobre o corpo e a sexualidade da mulher, incidente em um corte no períneo e em sua intimidade, atinge a esfera psicológica, afetando sua autoimagem com a produção de uma imagem de incapacidade e falta de autonomia, podendo provocar “sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio” (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 60).

A forma dolorosa como o parto é representado é um dos aspectos que contribuem para a manutenção do estado de anomia (DIAS *et al.*, 2010, p. 13-14), uma vez que naturaliza a noção do parto como um evento patológico e sexualmente danoso, cujo caráter interventivo se sobrepõe ao reconhecimento dos malefícios decorrentes de violência obstétrica. Todavia, deve-se lembrar que primordialmente não era esta perspectiva dominante, pois a representação do parto e do nascimento marcada pela dor e solidão originou-se apenas no Renascimento, marco inicial da patologização e medicalização.

Nos corredores e nas macas hospitalares, o corpo da mulher tornou-se somente o canal de passagem do feto quando lhe foram negadas sua capacidade de movimento e sua própria sabedoria da fisiologia feminina. Assim, num processo marcado por infundáveis intervenções a fim de acelerar o parto e torná-lo mais conveniente ao obstetra, configura-se o dano iatrogênico:

[...] Dano iatrogênico, etimologicamente advindo do termo iatrogenia, que se refere a um estado de doença ou complicação causada por ou resultante de tratamento médico[1]. Ao contrário do que se pensa, o dano iatrogênico não se refere necessariamente à lesão decorrente de um erro médico, mas àquela que emana da escolha, pelo profissional, acerca de determinado tratamento, cuja consequência é um resultado não pretendido, mas possível e naturalmente decorrente deste tratamento (MARTINHO, 2016).

Juntamente com a consolidação do entendimento de que a episiotomia rotineira consiste uma das espécies de violência obstétrica e, portanto, também uma violência de gênero institucional e sexual, caminha-se para a constatação de que o corte perineal, em algumas circunstâncias, configura um caso de mutilação genital. Há inclusive quem defenda a alteração na nomenclatura, passando a chamar a episiotomia rotineira e desnecessária como “lesão genital iatrogênica no parto”, “agravo sexual iatrogênico” ou “ferimento sexual iatrogênico no parto” (VIOLÊNCIA..., 2012, p. 88).

Chama-se a atenção para a incorporação do conceito de dano iatrogênico nessa nova perspectiva. Isso, se olhado bem, deveria ser um fato para afastar a naturalização da dor e do sofrimento, uma vez que não se originam propriamente do parto, mas sim da adoção de um protocolo médico defasado, que não contempla as pacientes plenamente. Outra observação é a contemplação do dano aos direitos reprodutivos e sexuais relacionados ao parto através da adoção de termos como “lesão genital”, “agravo” e “ferimento sexual”.

A partir da configuração da episiotomia como um caso de mutilação genital ou de dano sexual/genital iatrogênico, não restam mais dúvidas de que a adoção da episiotomia de rotina configura por si só um caso patente de desrespeito aos direitos humanos, consoante o que está disposto nas declarações da OMS sobre o tema.

Neste ponto, retoma-se o caráter anômico da episiotomia como uma conduta cuja prática irrestrita contraria as normas de direitos humanos, pois a realização desse procedimento confere maior gravidade a um problema de saúde das mulheres. A experiência constata outro agravante que torna a episiotomia mais vil ainda: a ausência de informação e consentimento. Adiante, segue o alerta para essa nuance do procedimento que o torna mais degradante e firma, sobremaneira, a episiotomia como mutilação genital:

A episiotomia é a única cirurgia do Brasil realizada sem o consentimento da paciente e sem tampouco a informação sobre os riscos, possíveis benefícios e efeitos adversos, contrariando os preceitos da Medicina Baseada em Evidências (BEM) (CIELLO et al., 2012) e vilipendiando os direitos da parturiente, uma vez que, como todo procedimento cirúrgico, a episiotomia só deveria ser realizada com o consentimento pós-informação da paciente, sendo portanto considerada uma mutilação genital feminina (AMORIM; KATZ, 2008). Conforme Diniz (2003) o uso indevido da episiotomia e da posterior costura (epissorafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes e constitui um exemplo típico de apropriação ao corpo da mulher e desrespeito ao seu direito de informação, vilipendiando ainda o princípio da autonomia (SILVA; SERRA, 2017, p. 12).

Assim como nos demais procedimentos médicos e cirúrgicos, a parturiente deveria consentir sobre a realização de toda e qualquer intervenção que venha a ocorrer no momento do parto, inclusive incisão no períneo. Entretanto, a desigualdade na relação entre o profissional de saúde e a parturiente obsta a tomada de decisão autônoma e esclarecida da paciente, em um ambiente que muitas vezes é constrangedor e carente de informações.

O consentimento relaciona-se intimamente com o princípio bioético da autonomia, previsto no artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco):

Artigo 5º Autonomia e responsabilidade individual. A autonomia das pessoas no que respeita à tomada de decisões, desde que assumam a respectiva responsabilidade e respeitem a autonomia dos outros, deve ser respeitada. No caso das pessoas incapazes de exercer a sua autonomia, devem ser tomadas medidas especiais para proteger os seus direitos e interesses (UNESCO, 2005).

Esse princípio diz respeito à prerrogativa de as parturientes decidirem livremente, sem coerção, sobre a disposição de seus corpos, sua integridade física e psíquica, dentre outras decisões atinentes ao momento do parto.

A autonomia assenta-se sobre a responsabilidade individual, preponderando a responsabilidade dos pacientes ao consentirem o procedimento. Para ser exercida, a autonomia requer liberdade, e isso está incutido na Portaria n. 1.820/2009 do Ministério da Saúde, ao prever que o consentimento deverá ser “livre, voluntário e esclarecido” no inciso V de seu artigo 5º:

Art. 5º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

[...]

V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais; [...]
(BRASIL, 2009b)

Liberdade e esclarecimento dependem de informação, e esta foi historicamente tirada das mulheres e reservada aos ambientes hospitalares em um contexto interventivo, medicalizado e patologizado. Atrelando-se ao teor do artigo 5º da DUBDH, segundo o qual consentimento pressupõe responsabilização, o contexto de violação de direito fica ainda mais horrendo.

Como responsabilizar as parturientes por um procedimento sobre cuja realização sequer tiveram a oportunidade de se manifestarem? Sem que sequer tenha sido dada a elas a oportunidade de tomarem consciência de que a episiotomia não é um procedimento benéfico e necessário em todos os casos de partos vaginais?

Infelizmente, os contornos da prática da episiotomia revelam um cenário de privação de direitos humanos, em que as muitas mulheres sequer sabem que o procedimento existe e que é altamente invasivo e desnecessário na maioria dos casos. Dessa forma, não existe a consciência de que se trata de um procedimento violento que elas poderiam evitar se tivessem sido informadas e tido a chance de exercer e proteger seus direitos.

Nesse contexto, a vulnerabilidade no trabalho de parto resta sobrelevada porque a mulher se encontra dependente do saber médico para que sua autonomia seja respeitada. Assim, compete ao médico e sua equipe a promoção do direito à informação para a concretização de um consentimento livre e esclarecido.

Sob essa perspectiva, diante da necessidade de promover a autonomia do paciente, cabe ao médico prover a informação. Nesse sentido, o direito à informação atrela-se ao princípio da autonomia, uma vez que somente com a informação clara acerca dos procedimentos que serão realizados, o paciente é capaz de realizar escolhas autônomas. Desta forma, em nenhuma hipótese, pode o profissional de saúde persuadir o paciente a aceitar um determinado tratamento com o qual não concorde, através de coação, assim, o grau de entendimento e liberdade de coerção são fatores preponderantes na tomada de decisão (SILVA; SERRA, 2017, p. 11).

A ausência de consentimento da parturiente ocorre devido à utilização arbitrária do saber pela equipe médica e constitui violação do Código de Ética Médica (CFM, 2009), uma vez que “é vedado ao médico deixar de obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte” (art. 22) (CFM, 2009). Desse modo, a realização da episiotomia sem o consentimento das pacientes reforça o quadro anômico em que ela se insere e o ideário do corpo feminino maleável ao ponto de se padronizar uma intervenção análoga à tortura sem informar a vítima da violência e recolher seu consentimento, como previsto no artigo 22 do Código de Ética Médica e no artigo 5º, inciso V, da Portaria n. 1.820/2009 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b).

A objetificação dos corpos femininos e a violação dos direitos sexuais de gestantes e parturientes são mais profundas do que o corte no perinéu: são um retrato do imaginário social de mulheres sem autonomia, pois, ao vilipendí-las e manusear seus

corpos como coisas, sem sequer conceder-lhes informações sobre o procedimento ao qual estão sendo submetidas, retira-lhes seu valor, desconsiderando por completo sua liberdade, bem como o poder decisório sobre seu corpo e seus direitos. Tais condutas deixam flagrante o caráter desumano do procedimento, ficando clara sua qualificação como desrespeito ao artigo 5º da DUDH: “Ninguém será submetido a tortura nem a punição ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (ONU, 1948).

Considerações finais

Procurou-se estabelecer a violência obstétrica como uma espécie de violência de gênero – por ocorrer durante o vulnerável período compreendido entre a gestação, o parto e o pós-parto – com caráter institucional – por estar adstrita ao ambiente hospitalar e por seus agentes serem os profissionais de saúde –, possuindo, ainda, caráter sexual – por incidir sobre a sexualidade feminina.

Dentre todas as formas de violência obstétrica, elegeu-se a episiotomia rotineira por ser um procedimento controverso que, apesar de não ser recomendado, constitui uma prática obstétrica corriqueira sem benefícios comprovados para a mãe ou seu filho. A adoção do procedimento de maneira irrestrita traduz-se em dor e sofrimento às mulheres que foram submetidas ao “pique”, denunciando o desrespeito aos direitos sexuais das parturientes.

A teoria de Cárcova permite que se contemple a episiotomia rotineira como fenômeno anômico, pois contraria as disposições normativas e as evidências científicas que desaconselham sua realização corriqueira, uma vez que está associada a maus-tratos, ofensa à integridade corporal e violação da disposição livre do corpo e do direito à informação para a tomada de decisões autônomas e esclarecidas e o consentimento sem coerção.

Por se tratar de um corte na delicada região perineal, a questão suscita a maleabilidade atribuída ao corpo feminino no processo de coisificação da mulher, fomentado pela discriminação de gênero, a qual recrudesce a autonomia da mulher e fragiliza seus direitos.

Restou evidenciado que a ausência de informação e de consentimento das mulheres gestantes e em trabalho de parto infringe o Código de Ética Médico e favorece a permanência da anomia, reforçando a percepção da episiotomia como um tratamento ofensivo aos direitos humanos e sexuais das parturientes.

Referências

- ALVES, Cândice Lisbôa. A mulher atrás do espelho: em busca de uma visibilidade ainda não alcançada. In: ALVES, Cândice Lisbôa (Org.). *Vulnerabilidades e invisibilidades: desafios contemporâneos para a concretização dos direitos humanos*. Belo Horizonte: Arraes Editores, 2015.
- AZAMBUJA, Mariana Porto Ruwef de; NOGUEIRA, Conceição. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300011. Acesso em: 29 nov. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300011>.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*, 11. ed. Trad. Maria Helena Kihmer. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. Decreto n. 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%201.973%2C%20DE%201%C2%BA,9%20de%20junho%20de%201994. Acesso em: 11 nov. 2023.

- BRASIL. Decreto n. 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm. Acesso em: 11 nov. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do parto e do nascimento*. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4). Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/caderno_humanizassus_v4_humanizacao_parto-L.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 18 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 26 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 10 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e no nascimento*. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 10 out. 2021. (BRASIL, 2002b)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico]. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.
- CÁRCOVA, Carlos María. *A opacidade do direito*. São Paulo: LTr, 1998.
- CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara. Corpo e sexualidade da mulher brasileira. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Orgs.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Código de ética médica: Resolução CFM n. 1.931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso)*. Brasília-DF: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021.
- CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. *Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Direito da Universidade de Brasília. Brasília-DF, 2015. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf. Acesso em: 10 nov. 2021.
- DIAS, Renato Duro et al. Violência obstétrica e o paradigma do discurso hegemônico na área da saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 21, p. e0011, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/159259>. Acesso em: 28 nov. 2021. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.159259>.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Campanha pela abolição da episiotomia de rotina*. [2003?]. Disponível em: <https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>. Acesso em: 28 nov. 2021.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/05/genero_saude_materna.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19921>.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf. Acesso em 08 out. 2021.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). *Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê*. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Bebe.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021. (UNICEF, 2011)
- GRIBOSKI, Rejane Antonello; GUILHEM, Dirce. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural da humanização. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 107-114 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100013>. (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006)
- HAMMARSTRON, Fátima Fagundes Barasul; NAZÁRIO, Larissa. *Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica*. Apresentado no XVII Seminário Internacional de Educação no Mercosul, 2015. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1%20-%20ARTIGOS/OS%20DIREITOS%20DA%20PARTURIENTE%20NOS%20CASOS%20DE%20VIOLENCIA%20OBSTETRICA.PDF>. Acesso em 19 nov. 2021. (HAMMARSTRON; NAZÁRIO, 2015)

- JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa; MODENA, Celina Maria. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, p. e3069, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/156599>. Acesso em: 30 nov. 2021. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>. (JARDIM; MODENA, 2019)
- MARIANI, Adriana Cristina; NASCIMENTO NETO, José Osório do. Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Anais do EVINCI – UniBrasil*, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/1107>. Acesso em 02 nov. 2021. (MARIANI; NASCIMENTO NETO, 2016)
- MARTINHO, Jorge Eduardo de Souza. A responsabilidade civil médica diante do dano iatrogênico: razoabilidade na aferição do possível. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 21, n. 4583, 18 jan. 2016. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/45623>. Acesso em: 3 dez. 2021. (MARTINHO, 2016)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração sobre a Eliminação de Violência contra as Mulheres*, 1993. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_viena.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023. (ONU, 1993)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração Universal dos Direitos do Homem*, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 11 nov. 2023. (ONU, 1948)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*: Plataforma de Cairo, 1994. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 11 out. 2021. (ONU, 1994)
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>. Acesso em: 26 out. 2021. (UNESCO, 2005)
- PÉREZ D’GREGORIO, Rogelio. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 111, p. 201-202, 2010. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021. (PÉREZ D’GREGORIO, 2010)
- PREVENÇÃO e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 11 nov. 2023. (PREVENÇÃO..., 2014)
- PROGIANTI, Jane Márcia; ARAÚJO, Luciene Marques de; MOUTA, Ricardo José de Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 45-49, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>. Acesso em 11 jul. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100007>. (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008)
- PULHEZ, Mariana Marques. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 10 (Anais Eletrônicos). Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1372972128_ARQUIVO_PULHEZ_MarianaMarques_fazendogenero10_ST69.pdf. Acesso em: 11 jul. 2021. (PULHEZ, 2013)
- SAFFIOTI, Heleieth. Gênero e patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, Gustavo; RECAMÁN, Marisol; OLIVEIRA, Suely (Orgs.). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. (SAFFIOTI, 2004)
- SILVA, Delmo Mattos da; SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma da autonomia, beneficência e dignidade da pessoa humana. *Revista Brasileira de Direitos Humanos e Fundamentais*, v. 3, n. 2, p. 42-65, jul/dez. 2017. Disponível em: <http://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/download/2586/pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021. <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0111/2017.v3i2.2586>. (SILVA; SERRA, 2017)
- TOMASSO, Giselle *et al.* ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, v. 62, n. 2, p. 115-121, 2002. Disponível em: <https://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia2.html>. Acesso em 14 nov. 2021. (TOMASSO *et al.*, 2002)
- VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evangúelia Kotzias Atherino dos; COLLAÇO, Vânia Sorgatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 282-289, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0282.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021. (VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014)

VENEZUELA. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. 2007. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf. Acesso em: 25 nov. 2021. (VENEZUELA, 2007)

VENTURA, Miriam. *Direitos reprodutivos no Brasil*. 3. ed. Brasília-DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2009. (VENTURA, 2009)

VIOLÊNCIA Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Colaboradoras: Cariny Ciello *et al.* 2012. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021. (VIOLÊNCIA..., 2012)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 03 jul. 2021. (WHO, 2018)