



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE DIREITO**

CAROLINA ORBAGE DE BRITTO TAQUARY

**A EPISIOTOMIA E A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA
NO BRASIL SOB O ENFOQUE PENAL**

**BRASÍLIA
2017**



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE DIREITO

CAROLINA ORBAGE DE BRITTO TAQUARY

A EPISIOTOMIA E A MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA
SOB O ENFOQUE PENAL

Monografia apresentada como requisito
parcial para a conclusão do Curso de
Direito do Centro Universitário de
Brasília-UNICEUB
Orientador: Professor Mestre Júlio Hott

BRASÍLIA
2017

RESUMO

Trata-se de monografia que analisa a conduta do médico, sob o enfoque penal, que utiliza a episiotomia durante partos vaginais cirúrgicos ou mais comumente chamados de partos normais. Tais condutas podem se caracterizar como infrações penais que ofendem a saúde da mulher e do bebê. Objetiva-se discutir o conceito de episiotomia, parto normal, o elemento subjetivo, o poder decisório da mulher, o direito a informação e da integridade corporal, bem como se a escolha médica sem o consentimento informado é infração penal. Tem como problemática a existência de crime na conduta do médico que realiza a episiotomia quando há exclusão da possibilidade de escolha na realização ou não do procedimento pela parturiente, ocasionando mutilação feminina. A metodologia adotada será a revisão bibliográfica na área penal, para se discutir se a opção de realizar a episiotomia sem o consentimento da parturiente ou de seu responsável legal, sem necessidade médica poderá caracterizar infração penal praticada pelo médico.

Palavras-chaves: Episiotomia; partos vaginais cirúrgicos; consentimento consciente e informado nos partos; infração penal; elemento subjetivo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1 A EPISIOTOMIA: DISCUSSÕES PRELIMINARES.....	9
1.1. ABORDAGEM HISTÓRICA.....	9
1.2 CONCEITO DE EPISIOTOMIA E DIREITOS REPRODUTIVOS.....	11
1.3 A EPISIOTOMIA PRATICADA NOS PARTOS NORMAIS OU NATURAIS.....	18
1.3.1 ABORDAGEM DO PARTO: O CONCEITO DE PARTO NORMAL E NATURAL..	26
1.3.2 ELEIÇÃO DA EPISIOTOMIA PELO MÉDICO.....	32
1.4. A EPISIOTOMIA COMO MUTILAÇÃO FEMININA.....	36
1.4.1 CASOS DE CARACTERIZAÇÃO DE INDICAÇÃO DE EPISIOTOMIA E EXCLUSÃO DE MUTILAÇÃO.....	37
1.4.2 CASOS DE DESCARACTERIZAÇÃO DE INDICAÇÃO DE EPISIOTOMIA E CARACTERIZAÇÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA.....	41
2 CASOS DE CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO PENAL NA PRÁTICA DA EPISIOTOMIA.....	45
2.1. A TIPICIDADE DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA OCASIONADA PELA EPISIOTOMIA.....	46
2.1.1 A TIPICIDADE DA EPISIOTOMIA COMO CRIME DE HOMÍCIDO.....	47
2.1.2 A TIPICIDADE DA EPISIOTOMIA COMO CRIME DE LESÕES CORPORAIS LEVES, GRAVES OU SEGUIDAS DE MORTE.....	49
2.1.3 A ATIPICIDADE DA EPISIOTOMIA.....	52
3A REPERCUSSÃO JURÍDICO PENAL DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DA PARTURIENTE NA EPISIOTOMIA.....	54
3.1. REQUISITOS DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO OU TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
3.2. A REPERCUSSÃO JURÍDICO PENAL DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DA PARTURIENTE NA EPISIOTOMIA.....	61
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	68

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa traz como tema a análise da episiotomia sobre o aspecto penal e 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 pesquisa terá como problemática analisar a conduta do médico em relação a paciente nos casos em que são realizadas a episiotomia, bem como seu enquadramento em um tipo penal, sendo eles: dolo direto, dolo eventual, dolo alternativo, culpa profissional e culpa consciente.

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, de forma a caracterizar uma conduta praticada com dolo direto, eventual, dolo alternativo, imperícia ou culpa profissional e culpa consciente; se é

considerada uma intervenção obstétrica regular; ou ainda se não caracterizará uma mutilação genital, ainda que haja danos à saúde ou a integridade corporal da gestante, porque houve o seu consentimento.

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 os hospitais integrantes do SUS que realizam o parto normal, na cidade de Brasília, na asa sul, identificar a quantidade de partos normais realizados no período de 1 ano, em que foi realizada a episiotomia; identificar a forma de eleição da episiotomia pelo profissional médico; identificar as consequências da realização da episiotomia para a mulher, nos partos relacionados; fazer levantamento sobre possíveis lesões a integridade corporal das gestantes nos partos normais levantados; identificar requerimentos ou ações judiciais tendo como autoras gestantes submetidas a episiotomia; identificar se a episiotomia é procedimento padrão e praticado consoante a legislação médica; identificar se a episiotomia é procedimento eletivo pelo profissional médico, em cada caso; identificar se há dano a integridade física ou saúde da gestante imputável ao profissional médico, responsável pelo parto; identificar se a responsabilidade no caso de episiotomia com dano a gestante pode implicar indenização.

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 e na análise jurisprudencial de casos dos Tribunais Superiores, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça, trazendo, portanto uma parte empírica, levantando os casos que foram apreciados e analisados os fundamentos de decisão.

Para alcançar os objetivos da pesquisa e uma resolução do problema levantado, a monografia será estruturada em três capítulos: o primeiro capítulo tratará de discussões preliminares sobre a episiotomia, como o conceito desse procedimento e o do parto natural, a abordagem histórica, o seu uso nos partos normais ou naturais; o conceito de partos naturais; eleição da episiotomia pelo médico; a mutilação feminina e os casos indicados de episiotomia.

O segundo capítulo tratará dos casos de caracterização penal na prática da episiotomia, onde se discutiu os elementos subjetivos da conduta médica. Nos sites oficiais serão coletados dados de episiotomia realizados com consentimento informado ou não, além dos casos de exclusão de ilicitude.

No site oficial dos Tribunais Superiores, o Supremo Tribunal Federal e o Superior Tribunal de Justiça, será realizada a pesquisa sobre os casos que foram apreciados por aquelas Cortes, e serão analisados os fundamentos de decisão, levando-se em conta a interpretação realizada ao princípio da autonomia de vontade, consentimento informado e mutilação genital.

O terceiro capítulo tratará da repercussão jurídica penal do consentimento esclarecido da parturiente na episiotomia, da importância do consentimento esclarecido da parturiente na realização da episiotomia, a ausência do consentimento esclarecido da parturiente na realização da episiotomia.

Na conclusão buscou-se identificar os casos em que a episiotomia foi utilizada e quais foram às consequências para a vida da mulher, analisando não apenas a violência obstétrica em si, mas as consequências judiciais na esfera penal. Os resultados encontrados foram de que não só a episiotomia gera danos irreparáveis as vítimas dessa mutilação como também há casos em que ocorre o óbito da mulher por conta do procedimento realizado. Com isso, pode-se concluir que esse método é totalmente falido, além de ser completamente contra a vida da mulher e do seu bebê.

1 A EPISIOTOMIA: DISCUSSÕES PRELIMINARES

Neste capítulo abordaremos como surgiu a episiotomia trazendo seu conceito e sua transformação ao longo dos anos, conceituando os partos normais e naturais; qual o critério utilizado pelo médico para fazer a episiotomia; a episiotomia comparada à mutilação genital feminina; os casos que podem caracterizar mutilação e exclusão da episiotomia; os casos indicados de episiotomia e exclusão de mutilação, além dos casos indicados de episiotomia.

1.1 ABORDAGEM HISTÓRICA

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 pé¹.

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 época².

Em 1663, foi documentado o primeiro parto em que a mulher ficou deitada e este apenas ocorreu, pois o Rei Luis 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.

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 prático³.

Com o avanço das escolas corporativas⁴ 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

¹ 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.

² *Ibidem*. pp. 331-336

³ *Ibidem*. pp. 331-336

⁴ *Ibidem*. pp. 331-336

cirurgião britânico Peter Chamberlen, o que demonstra o confronto entre o universo natural pelo universo mecânico do homem⁵.

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 inteiro⁶.

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 médico⁷.

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, a posição utilizada 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 sociedade⁸.

A episiotomia foi introduzida no século XVIII pelo alemão Sir Fielding Ould⁹ (1742), obstetra irlandês para facilitar o desprendimento fetal em partos complicados. Em 1847, *Dubois* sugeriu a incisão oblíqua no períneo, conhecida atualmente como episiotomia

⁵ 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>.

⁶ *Ibidem*. pp. 1-2

⁷ *Ibidem*. pp. 1-2

⁸ 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>.

⁹ *Ibidem*.

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. DeLee¹⁰, a episiotomia se tornou profundamente propagada com a sua publicação, “*The Prophylactic Forceps Operation*”¹¹, 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 hipóxia¹².

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 vaginal¹³.

1.2 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

¹⁰ VIANA, Igor Oliveira et. al. **Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura**. CEP, v. 30160, p. 041, 2011.

¹¹ DE AMORIM, Melânia Maria Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Femina, v. 36. 2008. pp. 47-54

¹² 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.

¹³ DE AMORIM, Melânia Maria Ramos; KATZ, Leila. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Femina, v. 36. 2008. pp. 47-54pp. 47-54

diretamente na manutenção de alguns órgãos que resguardam a continência urinária e fecal, além de ter importante relação com o clitóris¹⁴.

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 científicas¹⁵.

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 1994¹⁶.

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:

¹⁴ 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.

¹⁵ SERAFIM, Fabrícia Pessoa. Teoria Feminista do Direito Aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil. **Revista Gênero & Direito**, v. 1, n. 2, 2011.

¹⁶ ONU. **CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CIPD) RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO - PLATAFORMA DE CAIRO, 1994.** Disponível <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> Acesso em 10.06.2017

“Um estado de bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas 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. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável¹⁷.”

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 responsabilmente 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 a cerca 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 comunidade¹⁸.”

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.

¹⁷ ONU MULHERES. Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/pequim20/>. Acesso em 10.06.2017

¹⁸ ONU WOMEM. FOURTH WORLD CONFERENCE ON WOMEN. BEIJING DECLARATION AND PLATFORM FOR ACTION DÉCLARATION ET PROGRAMME D'ACTION DE BEIJING DECLARATION. Disponível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm>. Acesso em 10.06.2017

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 intróito 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 riscos¹⁹.”

Segundo Clotet “[...] o consentimento informado é um direito moral dos pacientes e uma obrigação moral para os médicos e profissionais da área médica prestadores da assistência[...]”²⁰.

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 confiança²¹”.

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.

¹⁹ 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.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ 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.

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.²² 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”.²³

Nota-se que no contrato de adesão existe uma particularidade com relação aos demais contratos, em sua formação, visto que a parta 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 massa²⁴.

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 adesão²⁵.

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 análise²⁶.

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

²² 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.

²³ *Ibidem.*

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ *Ibidem.*

²⁶ *Ibidem.*

princípio da autonomia da vontade, o direito de escolha. Para que assim, não haja danos psicológicos ou físicos aos pacientes²⁷.

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 jurídica²⁸”

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 serviços²⁹.

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

²⁷ 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.

²⁸ 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. Assevera: "No contrato encontra-se também o princípio da boa-fé que regula os contratantes para agir honestamente, transparência, lealdade e probidade com a outra parte, respeitando as peculiaridades e as formas da lei. Está positivado no art. 422 do Código Civil: “ Os contratantes são obrigados a guardar, assim na conclusão do contrato, como em sua execução, os princípios de probidade e boa-fé.” Se subdivide em objetiva e subjetiva: a objetiva é a norma de comportamento, como as partes podem ou não, agir, seguindo os critérios de honestidade, lealdade, informação, confiança, assistência, confidencialidade, etc. Já a subjetiva é a parte psicológica da boa-fé, consiste na consciência das partes dos fatos que ocorrerão e é presumida. A boa-fé subjetiva será aquela mais abordada nessa pesquisa, tendo em vista que, como já dito anteriormente, em diversos casos, mulheres que fariam o parto vaginal tiveram o procedimento da episiotomia feito sem terem passado pelo procedimento de informação e escolha junto ao médico ou ainda aquelas que assinaram o Termo do Consentimento Informado (TCI), mas não entenderam de forma efetiva como seria feito o procedimento, violentando de forma drástica a boa-fé subjetiva.

²⁹ GOLDIM, José Roberto. **O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia.** Revista AMRIGS 2002; 46 (3,4): 109- 116.

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 inserto³⁰.

1.3 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 parturientes³¹, 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 urinária³²".

Em estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos³³ 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

³⁰ MARQUES, Cláudia Lima. **A responsabilidade dos médicos e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor**. Revista dos Tribunais 2004;827:11-48.

³¹ RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et. al. **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados**. Rev. enferm. UERJ, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011.

³² *Ibidem*.

³³ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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

está relacionado à redução da morbidade materna e fetal³⁴ 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 regular³⁵.

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 Brasil³⁶.

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 Normal³⁷.

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 ânus³⁸. 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 ânus³⁹". A terceira é a que maiores vantagens oferece á gestante, porque há menor perda

³⁴ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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

³⁵ LEVINE EM, BANNON K, FERNANDEZ, CM, LOCHER, S (2015) Impact of Episiotomy at Vaginal Delivery. *J Preg Child Health* 2: 181. doi:10.4172/2376-127X.1000181

³⁶ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. TRANSPARENCIA PÚBLICA. Disponível em <http://www3.transparencia.gov.br/index.jsp?CodigoOrgao=36000&TipoOrgao=1&consulta=0>

³⁷ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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

³⁸ 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

³⁹ 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

sanguínea, é fácil de reparar, maior respeito à integridade anatômica do assoalho muscular, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia⁴⁰.

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 completas⁴¹", 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 específicos⁴²".

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,

⁴⁰DE 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

⁴¹OPAS. **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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

⁴²OPAS. **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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.37

e decorrem de um sistema regional⁴³, 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 riscos⁴⁴".

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 cesáreas⁴⁵". Essa classificação "é uma ferramenta que categoriza as mulheres em dez grupos baseados em suas características obstétricas, sem necessidade de incluir a indicação da cesárea⁴⁶".

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 contínua⁴⁷".

⁴³**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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *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. O alcance do Guia foi fornecido pela Estratégia de Cuidados como Parto Normal no Sistema Nacional de Saúde (SNS), (5) elaborada pelo Ministério da Saúde e Consumo, em colaboração com as Comunidades Autônomas e as sociedades científicas e com o apoio do Observatório de Salud de la Mujer (Observatório da Saúde da Mulher). Uma de duas diretrizes foi a elaboração de um Guia de Prática Clínica baseado em evidências científicas com ampla participação de profissionais, sociedades científicas e mulheres, através das associações que as representam. Somando-se a essa Estratégia e ao marco do Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Consumo, iniciou-se um Programa de Elaboração de Guias de Prática Clínica (GPC) em 2006, baseados em evidências para ajuda a tomadas de decisões clínicas no SNS. O Departamento de Saúde do Governo Basco, a quem responde a Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba), e a *Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia* (Avalia-t) firmaram um convênio de elaboração para o desenvolvimento deste guia. É por isso que, em termos de condição clínica, o alcance tem sido limitado à assistência a mulheres saudáveis em partos normais. Portanto, convém definir o que entendemos por parto normal e mulher saudável.

⁴⁴**ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Disponível em <https://nacoesunidas.org/opas-trabalha-com-o-ministerio-de-saude-para-diminuir-numero-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em 10.10.2016

⁴⁵**ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Disponível em <https://nacoesunidas.org/opas-trabalha-com-o-ministerio-de-saude-para-diminuir-numero-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em 10.10.2016

⁴⁶**ONU. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Disponível em <https://nacoesunidas.org/opas-trabalha-com-o-ministerio-de-saude-para-diminuir-numero-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em 10.10.2016

⁴⁷**OMS. DECLARAÇÃO DA OMS SOBRE TAXAS DE CESÁREAS.** Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em 10.10.2016

A OMS 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 D⁴⁸.

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 sistemática⁴⁹.

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 mês⁵⁰", e houve uma

⁴⁸ **WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of practices in normal birth.** In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996. p. 34-7. WHO Technical Report Series FRH/MSM/96.24. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/. Acesso em 12/10/2016

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz.* Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>. Acesso em 12/10/2016

diminuição da "necessidade de reparação e sutura perineal, assim como o número de mulheres com dor na alta⁵¹".

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 parto⁵².

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 episiotomia⁵³.

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 cortadas⁵⁴".

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 á saúde e integridade corporal da gestante e do nascituro⁵⁵.

⁵¹ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz*. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>. Acesso em 12/10/2016 pp.130-132

⁵² 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.

⁵³ 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.

⁵⁴ DE CARVALHO, Priscila Durães et. al. **Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia.**

⁵⁵ **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. 1. : 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. Saúde da Mulher. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Parto Normal. I. Título. II. Gobierno Vasco, Ministerio de Sanidad y Política Social. III. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. IV. Rodolfo Gómez Ponce de León (Rev. Trad.). editora *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz*. Disponível em <https://nacoesunidas.org/agencia/opasoms/>. Acesso em 12/10/2016

A Organização Mundial da Saúde⁵⁶ (OMS) e o Ministério da Saúde⁵⁷ (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 casos⁵⁸". Todavia a episiotomia, vem sendo utilizada "rotineiramente em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos nas unidades hospitalares no Brasil⁵⁹".

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 vontade⁶⁰.

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 decisório⁶¹".

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 as 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 comportamento⁶².

⁵⁶ **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Saúde Materna e Neonatal/ Maternidade Segura. "Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico". Genebra: OMS; 1996;

⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde (BR). "**Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**". Brasília (DF); 2001.

⁵⁸ **KITZINGER S, Simkin P. Episiotomy and the Second Stage of Labor.** 2nd ed. Seattle, Washington: Disponível em https://www.researchgate.net/publication/5826200_Perineal_Outcomes. Acesso em 12/10/2016

⁵⁹ *Ibidem*

⁶⁰ GARCÍA ALONSO, Fernando. *Incontinencia anal en pacientes primíparas con desgarros espontáneos, episiotomía y/o uso de forceps a un año de seguimiento en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes*. 2015.

⁶¹ **KITZINGER S, Simkin P. Episiotomy and the Second Stage of Labor.** 2nd ed. Seattle, Washington: Disponível em https://www.researchgate.net/publication/5826200_Perineal_Outcomes. Acesso em 12/10/2016

⁶² ROCHA, Eneyde Gontijo Fernandes M. **Direito à verdade e autonomia da vontade no enfermo.** De jure: revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, 2007.

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 atos⁶³".

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 terceiro.

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 inconsciência⁶⁴.

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

⁶³ MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde**. Revista Bioética, v. 6, n. 1, 2009.

⁶⁴ *Ibidem*.

forma independente⁶⁵", 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 heteronomia⁶⁶, 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 médico⁶⁷.

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 intimidação⁶⁸".

1.3.1 ABORDAGEM DO PARTO: O CONCEITO DE PARTO NORMAL E NATURAL

A espécie humana somente se perpetua por intermédio do parto e do nascimento. A assistência ao parto e a assistência à gestante são objeto de proteção pelo sistema universal, regional e nacional.

A assistência ao parto e a gestante não são identificados na História da Humanidade. A mulher se recolhia e instintivamente dava a luz com o auxílio de familiares e empregadas da família. Essas práticas costumeiras foram assimiladas e repassadas de geração para

⁶⁵MARCHI, Maria Mathilde; SZTAJN, Rachel. **Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde**. Revista Bioética, v. 6, n. 1, 2009.

⁶⁶CAMPOS, 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.

⁶⁷*Ibidem*. p. 669-88

⁶⁸*Ibidem*. p. 669-88

geração, realizado pelas próprias mulheres, sendo as parteiras as que se tornaram práticas de enfermagem e medicina⁶⁹.

A institucionalização do parto somente ocorreu na Segunda Guerra Mundial, com o incremento de pesquisas com seres humanos e com a "[...] assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, diminuindo significativamente a morbimortalidade materna e infantil [...]"⁷⁰

No Brasil, a institucionalização do parto se deu na década de 40, como primeira expressão de saúde pública dirigida à mulher, sendo seguida da assistência ao parto, nos anos 60, e posteriormente, a medicina preventiva, "com a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil.

A intervenção médica nos partos retirou a possibilidade de sua realização no ambiente familiar e incrementou o uso de técnicas médico-hospitalares necessárias e desnecessárias. Ao lado do controle das infecções e mortalidade infantil propiciada pela intervenção médica, por outro lado houve um aumento desnecessário de cesarianas⁷¹.

A intervenção nos partos nas décadas de 70 e 80 continuam, em regra, com o ambiente protocolar hospitalar, com a realização dos procedimentos de rotina, como a tricotomia⁷²; a punção venosa⁷³ e " administração de ocitocina⁷⁴, enema⁷⁵ ou clister⁷⁶, repouso

⁶⁹ Ferreira, Kely Mendes, Machado, Larissa Vanessa, Mesquita, Maria do Amparo **Humanização Do Parto Normal: Uma Revisão De Literatura**. Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, ago./dez. 2014, pp 134-148. Disponível em <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>. Acesso em 10.07.2017

⁷⁰ LARGURA, Marília. A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais, uma análise crítica, por um parto mais humano e solidário. In: **A assistência ao parto no Brasil: aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais, uma análise crítica, por um parto mais humano e solidário**. 1998. Disponível em <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>. Acesso em 10.07.2017

⁷¹ FERREIRA, Kely; MENDES, Machado, LARISSA Vanessa, MESQUITA, Maria do Amparo. **Humanização Do Parto Normal: Uma Revisão De Literatura**. Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, ago./dez. 2014, pp 134-148. Disponível em <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>. Acesso em 10.07.2017

⁷² Entende-se por tricotomia a retirada de pelos antes da cirurgia, para evitar infecção. Disponível em <http://aenfermagem.com.br/materia/puncao-venosa/>. Acesso em 10.07.2017

⁷³ A punção venosa periférica representa um procedimento invasivo de alta ocorrência no cotidiano dos profissionais de enfermagem. É um conjunto de ações que visam à administração de fluídos de forma contínua, coleta de sangue, administração de medicamento ou manutenção de uma via de acesso venosa, através da introdução de um cateter num vaso sanguíneo venoso periférico. Disponível em <http://aenfermagem.com.br/materia/puncao-venosa/>. Acesso em 10.07.2017

⁷⁴ HIDALGO-LOPEZOSA P, HIDALGO-MAESTRE M, RODRÍGUEZ-BORREGO MA. **Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2744. Access 10.07.2017 Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0765.2744>. A ocitocina é a medicação mais utilizada em obstetrícia para a estimulação do parto. Entre os benefícios conhecidos de sua utilização está a melhoria das contrações. A

no leito, jejum, rompimento artificial das membranas amnióticas, parto na posição litotômica⁷⁷, excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller⁷⁸ e a proibição da presença de um acompanhante, dentre outros⁷⁹.

O modelo centrado no médico e técnicos de saúde foi resultado de profissionais da área da saúde, a marginalização de algumas categorias, as indagações de profissionais de

oxitocina é frequentemente utilizada na prática obstétrica moderna, para aumentar a atividade uterina quando ocorre uma falha no trabalho de parto, com o objetivo de permitir que o processo de parto progrida para um parto vaginal. O uso de oxitocina tem sido indicado para o tratamento da distocia do parto, pois poderia reduzir as taxas de cesarianas. O trabalho de parto prolongado ou distocia, tem sido descrito como uma das principais indicações de cesariana, em situações em que ocorre a cessação da evolução que levaria a um parto normal e espontâneo.

⁷⁵SÃO PAULO. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento de Enfermagem Geral e Especializada Disciplina ERG – 0234 Integralidade do Cuidado em Saúde III. Disponível em

https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2434234/mod_resource/content/1/Roteiro%20de%20Procedimento%20de%20lavagem%20intestinal.pdf. Acesso em 10.07.2017. Entende-se por Enema, clister ou lavagem intestinal consiste na instilação de líquidos no reto e colón sigmóide. Sua principal função é promover a evacuação através da estimulação do peristaltismo. O líquido instilado rompe a massa fecal distende as paredes do reto e desencadeia o reflexo da evacuação. O tipo de enema deve ser estabelecido pelo médico. Tipos: 1- Enema de limpeza - administração de grandes volumes de líquidos – 500 a 1000ml de água pura ou soro-fisiológico; 2- Enema de retenção à base de óleo - administração de volumes que permite a retenção por algumas horas; 3- Enema hipertônico de volume reduzido são soluções preparadas comercialmente contendo 120ml embalada em frasco plástico macio, com uma ponta pré- lubrificada, comumente denominado de fleet-enema; 4- Enema medicamentoso – administração de solução associada a medicamentos.

⁷⁶ Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Departamento de Enfermagem Geral e Especializada Disciplina ERG – 0234 Integralidade do Cuidado em Saúde III. Disponível em https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2434234/mod_resource/content/1/Roteiro%20de%20Procedimento%20de%20lavagem%20intestinal.pdf. Acesso em 10.07.2017. Entende-se por Enema ou lavagem intestinal consiste na instilação de líquidos no reto e colón sigmóide. Sua principal função é promover a evacuação através da estimulação do peristaltismo. O líquido instilado rompe a massa fecal distende as paredes do reto e desencadeia o reflexo da evacuação. O tipo de enema deve ser estabelecido pelo médico. Tipos: 1- Enema de limpeza - administração de grandes volumes de líquidos – 500 a 1000ml de água pura ou soro-fisiológico; 2- Enema de retenção à base de óleo - administração de volumes que permite a retenção por algumas horas; 3- Enema hipertônico de volume reduzido são soluções preparadas comercialmente contendo 120ml embalada em frasco plástico macio, com uma ponta pré- lubrificada, comumente denominado de fleet-enema; 4- Enema medicamentoso – administração de solução associada a medicamentos.

⁷⁷BRASIL. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Basile, Anátalia Lopes de Oliveira. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda.** Disponível em

<http://pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Basile,%20Anat%20C3%A1lia%20Lopes%20de%20Oliveira%22> Acesso em 10.07.2017. Posição que se assemelha à ginecológica. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados. As coxas devem estar bem flexionadas sobre o abdômen, afastadas uma da outra e as pernas sobre as coxas. Normalmente, para se colocar o paciente nesta posição, usam-se suportes para os joelhos (perneiras). Indicações: Cirurgia ou exames de períneo, reto, vagina e bexiga.

⁷⁸ GEMMA, Marina. **Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/>>. Acesso em: 2017-07-10. A manobra de Kristeller consiste na compressão manual sobre o fundo uterino para empurrar o feto em direção à vagina de forma a abreviar o período expulsivo.

⁷⁹ *Ibidem*. pp.83-85

outras áreas das ciências e os movimentos sociais⁸⁰, com marginalização da vontade da mulher e de seu querer.

No Brasil, adota-se no parto normal os procedimentos protocolares que são seguidos independentemente da sua necessidade, enquanto no natural "a aplicabilidade das intervenções ou procedimentos se faz necessária quando há uma real indicação, e não apenas como uma prescrição de rotina⁸¹".

A reação a esse modelo acima, tem início no sistema internacional, onde o Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento estabeleceu como objetivos de desenvolvimento do milênio, dentre oito deles, a redução da mortalidade da infância⁸² e a melhoria da saúde materna⁸³.

A melhoria da saúde materna, segundo a Organização Mundial da Saúde, refere-se a "saúde da mulher durante a gravidez, nascimento da criança e o período pós parto. Enquanto a maternidade deveria ser um período de muita felicidade para as futuras mães, para muitas mulheres, é um período que traz sofrimento, doenças e até mesmo mortes⁸⁴", sendo as principais causas de mortalidade a hemorragia, as infecções, a pressão alta, o aborto forçado e o parto obstruído.

A Organização Mundial da Saúde afirma que "800 mulheres por dia morrem por causas que poderiam ser prevenidas durante a gravidez e o nascimento e 99% das mortes

⁸⁰GEMMA, Marina. **Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. pp. 83-85. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/>>. Acesso em: 2017-07-10.

⁸¹*Ibidem*.pp. 83-85

⁸²ONU. **THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT**. 2010. Página 30. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>. Acesso em 10.07.2017. Reduzir a mortalidade na infância Cerca de 11 milhões de crianças no mundo morrem entre as idades de zero a cinco anos de idade em decorrência de doenças que podem ser evitadas ou tratadas, como doenças respiratórias, diarreia, sarampo e malária. A mortalidade infantil é mais frequente em países em desenvolvimento com sistemas de saúde precários. O que se pretende com esse objetivo é reduzir em dois terços, até 2015 a mortalidade de crianças menores de cinco anos

⁸³ONU. **THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT**. 2010. Página 30. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>. Acesso em 10.07.2017. Melhorar a saúde materna. Disponível em: http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_5/. Acesso em 10.07.2017 Muitas crianças morrem em decorrência de complicações na gravidez e muitas outras permanecem com sequelas o resto da vida. Na África uma a cada dezesseis mulheres morre na hora do parto. Os sinais de progresso são visíveis através de um aumento no número de pré-natais e também de cuidados pós-natais. Os melhores números aparecem em países de renda média, como o Brasil. As metas desse objetivo se baseiam em: reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna e alcançar até o ano de 2015 o acesso universal à saúde reprodutiva.

⁸⁴WORLD HEALTH ORGANIZATION.(WHO). **HEALTH TOPICS. MATERNAL HEALTH**. Disponível em: http://www.who.int/topics/maternal_health/en/

maternais ocorrem em países em desenvolvimento⁸⁵". A mortalidade maternal é maior nas regiões rurais e com condições precárias e o risco é maior é expresso na gestação na adolescência⁸⁶.

Ao lado da Conferência sobre Tecnologia apropriada no Parto, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde novos movimentos foram surgindo para tornar a gestante protagonista do parto e da sua maternidade, em conjunto com toda a família, os profissionais da saúde, o Estado e a sociedade, visando a segurança materna e fetal. Para tanto, a OMS estabeleceu uma série de recomendações para minimizar intervenções cirúrgicas desnecessárias ou extremamente lesivas a saúde da gestante ou do nascituro⁸⁷, estabelecendo rotinas assistenciais em Obstetrícia, que foram absorvidas como Manual de Boas Práticas, em vários países.

No Brasil, somente em 1996, o Ministério da Saúde," em parceria com a FEBRASGO, UNICEF e OPAS, lançou o Projeto Maternidade Segura que pretendia reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido⁸⁸", ocasionando a substituição paulatina do parto normal pelo parto natural ou humanizado.

O parto natural ou humanizado é conhecido como aquele que prioriza a parturiente em suas escolhas conscientes e informadas, suas necessidades, ansiedades, e dúvidas, de forma a estabelecer relações de confiança e respeitabilidade "entre a parturiente e a equipe deve estar baseada no diálogo, na afetividade, no prazer em servir o outro e na atenção dispensada; não se preocupar apenas em crenças e mitos, acompanhando essas escolhas, intervindo o mínimo possível para que possa se desenvolver um processo natural e tranquilo⁸⁹".

⁸⁵WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **MEDIA CENTRE. MATERNAL MORTALITY.** Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>

⁸⁶*Ibidem.*

⁸⁷ *Ibidem.*

⁸⁸BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 10.07.2017

⁸⁹ *Ibidem.* pp 3-5

O parto humanizado refere-se "[...] ao modelo de cuidado baseado em evidências científicas sobre a segurança e eficácia das condutas empregadas, bem como no respeito e promoção dos direitos da mulher e crianças [...]"⁹⁰

Atualmente, na respeitabilidade se insere inclusive a possibilidade da mulher poder "[...] sentar; deambular e deitar durante o trabalho de parto, sem que a mesma seja obrigada a permanecer no leito, e que de acordo com a posição de parir, sejam apoiadas e encorajadas na sua escolha, salvo algumas exceções, onde a parturiente deve manter-se deitada no leito"⁹¹.

O parto humanizado ou natural tem sido difundido em todo o mundo, em especial no Brasil, onde o número de partos cesáreas excede o número de partos naturais.

Os dados apresentados pelo DATASUS mostraram que no Brasil em 2016, os partos cesáreos tiveram leve queda passando de 85,6% em 2014 para 84,1% em 2016⁹². As Regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste são as três primeiras em partos cesáreos.

Em geral, as mães precisam de segurança na realização do parto e por isso preferem o parto cesáreo, com o profissional escolhido, e a possibilidade de minimizar a sua dor e garantir o nascimento com vida de seu bebê. "[...] Muitas intervenções destinadas a acelerar trabalho de parto e nascimento têm efeitos indesejados. Frequentemente esses novos problemas são resolvidos com mais intervenções"⁹³, motivando a denominação de “cascata de intervenções”, “e inclui o uso de várias substâncias para induzir o parto, o rompimento de membranas artificialmente antes ou durante o parto, a episiotomia, e outras"⁹⁴.

Portanto, o conceito de parto normal extraído da Medicina pode ser definido como "aquele realizado pela via vaginal, assistido por um profissional qualificado (médico ou Enfermeiro obstetra) e que, usualmente, é realizado no próprio hospital, dentro de um centro obstétrico ou centro cirúrgico, em alguns locais"⁹⁵, diferentemente do parto natural ou

⁹⁰ DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

⁹¹ *Ibidem*. pp.80-91

⁹² BRASIL. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS / Ministério da Saúde** Espl. Dos Ministérios Bloco G Anexo A, 1o andar - Sala 107 | 70058-900 | Brasília/DF | Brasil . Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3956-mapa-assistencial-ans-disponibiliza-numero-de-procedimentos-realizados-pelos-planos?highlight=WyJub3JtYWwiLCJub3JtYWxtZW50ZSIImNlc1x1MDBlMXJlYSIsImNlc1x1MDBlMXJlYXMiLCJjZXNcdTAwZTFyZW9zIiw1Y1x1MDBlOXNhciIsInBhcnRvIiwicGFydGUuLCJwYXJ0ZXMiLCJwYXJ0aXIiLCJwYXJ0aW5kbyIsInBhcnRveysiInBhcnRwZGEiLCJwYXJ0cyJd>. Acesso em 10.07.2017

⁹³ DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

⁹⁴ *Ibidem*. pp.81-84

⁹⁵ DAVIM, Rejane Marie Barbosa; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. **Assistência Ao Parto Normal No Domicílio**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 6, p. 62-68, nov. 2001. Disponível em

denominado parto humanizado, onde as ações se centram na gestante, isto é, "pela centralização das condutas e atitudes profissionais nas necessidades da mulher e do neonato, e que são realizadas em um Centro de Parto Normal (que pode ser intra ou extra-hospitalar, como no caso das Casas de Parto)⁹⁶".

A prática da episiotomia está relacionada ao parto normal. Ela "vem sendo usada como rotina desde meados do século XX na crença de que facilita o nascimento e preserva a integridade genital da mulher. No entanto, desde meados da década de 1980, já existe suficiente evidência científica para recomendar a abolição da episiotomia de rotina" tema que será abordado no subitem seguinte.

1.3.2 ELEIÇÃO DA EPISIOTOMIA PELO MÉDICO

A Resolução nº 1931/2009⁹⁷, do Conselho Federal de Medicina, conhecido como o Código de Ética Médica, disciplina as "normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina⁹⁸".

O médico, para o exercício da Medicina impõe-se a inscrição no Conselho Regional do respectivo Estado, Território ou Distrito Federal, sendo a fiscalização do cumprimento das normas éticas e médicas atribuição dos Conselhos de Medicina, das comissões de ética e dos médicos em geral⁹⁹.

No Capítulo III, do referido instrumento legal, que trata da responsabilidade profissional, estão previstas proibições como causar dano ao paciente por meio de imperícia, imprudência ou negligência; delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica; deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente; deixar de

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 ago. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000600011>.

⁹⁶ COREN. Revista de enfermagem. Publicação Oficial do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Quais as diferenças? Parto natural e parto normal:** ano 10 • nº 81 • Jul/2009. Disponível em http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf. Acesso em 10.07.2017

⁹⁷ BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1931/2009** (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Aprova o Código de Ética Médica. PREÂMBULO. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp. Acesso em 10.07.2017

⁹⁸ *Ibidem*

⁹⁹ *Ibidem*

assumir a responsabilidade de qualquer ato profissional que tenha praticado ou indicado, ainda que solicitado ou consentido pelo paciente ou por seu representante legal¹⁰⁰.

Outras proibições encontram-se na referida norma médica, como assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou; atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado; deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria; afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave, e ainda deixar de comparecer a plantão em horário preestabelecido ou abandoná-lo sem a presença de substituto, salvo por justo impedimento¹⁰¹.

Também é proibido ao médico acumpliciar-se com os que exercem ilegalmente a Medicina ou com profissionais ou instituições médicas nas quais se pratiquem atos ilícitos; receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos; deixar de esclarecer o trabalhador sobre as condições de trabalho que ponham em risco sua saúde, devendo comunicar o fato aos empregadores responsáveis; deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença; praticar ou indicar atos médicos desnecessários ou proibidos pela legislação vigente no País; descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética; intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência; deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado; desobedecer aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina ou desrespeitá-los; deixar de assegurar, quando investido em cargo ou função de direção, os direitos dos médicos e as demais condições adequadas para

¹⁰⁰BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Aprova o Código de Ética Médica. CAPÍTULO III. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp. Acesso em 10.07.2017.

¹⁰¹ *Ibidem*

o desempenho ético-profissional da Medicina; permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade; e deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente¹⁰².

Dentre as proibições que são impostas ao médico, as que são importante para a pesquisa é a que se refere da atuação do médico que causar dano ao paciente por meio de imperícia, imprudência ou negligência; delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica; e deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente¹⁰³.

De acordo com o artigo segundo do Código de Ética Médica, “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”.

O atendimento do parto é um ato médico, sendo de sua responsabilidade a indicação da episiotomia.

A possibilidade do enfermeiro obstetra auxiliar o médico na realização de tais atribuições, não descaracteriza o procedimento como um ato médico, vinculando o profissional juridicamente à realização do parto, com observância dos procedimentos necessários, de forma a impor responsabilidades, em caso de complicações médicas, emergências ou em casos em que o procedimento ocorra sem complicações¹⁰⁴.

Em determinados casos a Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem dispõe em seu art. 11, inciso II, que cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, dentre outras funções, prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera (linha “g”); acompanhar a evolução do trabalho de parto (linha “h”) e executar o parto sem distocia (linha “i”), e em seu parágrafo único

¹⁰²BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1931/2009 (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Aprova o Código de Ética Médica. CAPÍTULO III. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp. Acesso em 10.07.2017.

¹⁰³*Ibidem*

¹⁰⁴BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 08/95, aprovado em 9/02/95. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/integra_3.asp. Acesso em 10.07.2017

acrescenta como atribuições dos enfermeiros: assistência à parturiente e ao parto normal; identificação de distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Todavia, a enfermeira pode realizar uma episiotomia e episiorrafia, desde que tenha especialização para tal, mas no tocante à sutura de roturas perineais não há regulamentação¹⁰⁵.

Observe-se que a responsabilidade recaíra sobre o médico e sobre a enfermeira, consoante o Código de Ética Médica, e a Lei 7.498 de 25/06/86¹⁰⁶, em razão de qualquer procedimento indicado ou iniciado, assim como a episiotomia.

A episiotomia praticada pelo médico ou enfermeira obstétrica deve ser criteriosa. Ela, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde para o atendimento ao parto normal, datadas de 1996, é elencada na categoria D como uma das práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Logo, a episiotomia adotada e seus riscos são de inteira responsabilidade do médico e da enfermeira, que devem utilizá-la em casos excepcionais e comprovadamente necessários para salvar a vida da gestante e do bebê. Não poderá ser utilizada corriqueiramente por irresponsabilidade médica ou da equipe médica.

Além do Código de Ética Médica, e a Lei 7.498 de 25/06/86, o médico ou qualquer outro profissional da saúde estará sujeito a legislação ordinária civil, penal e consumerista.

Para efeito da pesquisa, o profissional médico é o foco da nossa pesquisa, mas sob o âmbito penal, apesar da legislação civil afetá-lo no que se refere a responsabilidade civil e também o Código de Defesa do Consumidor.

Em matéria penal será analisado 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, de forma a caracterizar uma conduta praticada com dolo direto, eventual, dolo alternativo, imperícia ou culpa profissional e culpa consciente; se é considerada uma intervenção obstétrica regular; ou ainda se não caracterizará uma mutilação

¹⁰⁵BRASIL. LEI 7.498 DE 25 DE JUNHO DE 1986. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em 10.07.2017

¹⁰⁶*Ibidem*. Parágrafo único do Artigo 11, inciso II, alínea “b”, incumbe ao profissional de enfermagem em obstetrícia, identificar distocias obstétricas e tomar providências “até a chegada do médico”.

genital, ainda que haja danos à saúde ou a integridade corporal da gestante, porque houve o seu consentimento.

1.4. 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"¹⁰⁷.

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 África¹⁰⁸.

Observe-se que exclui a possibilidade de MGF a intervenção médica quando necessária, segundo a OMS¹⁰⁹. 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

¹⁰⁷ OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

¹⁰⁸ CAMPOS, Ana Correia. **Mutilação genital feminina-a importância de reconhecer e de saber como agir**. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, p. 152-156, 2010. A taxa de prevalência varia conforme as regiões do mundo: 28 países Africanos e alguns países da Ásia e do Médio Oriente utilizam esta prática em crianças do sexo feminino entre os 0 e 15 anos. Em alguns países, a idade da Mutilação é mais tardia^{2,3}. Está associada, nos países onde é praticada e tolerada por homens e mulheres, a um ritual de iniciação ou de purificação das crianças do sexo feminino, destinando-se também à preservação da moralidade, castidade, pureza e virgindade da rapariga.

¹⁰⁹ OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento¹¹⁰. 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, de forma a caracterizar uma conduta praticada com dolo direto, eventual, dolo alternativo, imperícia ou culpa profissional e culpa consciente; se é considerada uma intervenção obstétrica regular; ou ainda se não caracterizará uma mutilação genital, ainda que haja danos à saúde ou a integridade corporal da gestante, porque houve o seu consentimento.

1.4.1 CASOS DE CARACTERIZAÇÃO DE INDICAÇÃO DE EPISIOTOMIA E EXCLUSÃO DE MUTILAÇÃO

De acordo com a OMS (Organização Mundial Da Saúde) as principais indicações de episiotomia são: "sofrimento fetal; progressão insuficiente do parto; iminência de laceração de 3º grau (quando há grande risco de lesões que afetem o esfíncter anal)"¹¹¹.

Há indicação médica ainda nos seguintes casos, segundo a literatura médica: "em todas as primíparas (gestação do primeiro filho); mulheres com relato /cicatriz de episiotomia anterior; feto macrossômico (feto muito grande); rigidez perineal; prematuridade (trabalho de

¹¹⁰ AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.

¹¹¹ OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

parto com menos de 37 semanas de idade gestacional)"¹¹². Observa-se que na literatura médica não há consenso em todos os casos em que a episiotomia é permitida ou proibida (não indicada).

Todavia, os casos de complicações médicas decorrentes da episiotomia já estão enumerados pela OMS¹¹³, tais como: infecções; dor e edema na ferida operatória; hematomas; hemorragias; deiscência de suturas (abertura dos pontos antes da completa cicatrização); abscesso; fístula retovaginal (comunicação entre vagina e reto); incontinência de gases e fezes; alteração da estética perineal (o que atrapalha ou inibe a relação sexual de várias mulheres); dispareunia (dor durante a relação sexual); celulite; rotura de períneo e até o óbito (como desfecho de uma série de complicações associadas).

No Brasil foram adotadas as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, por intermédio da Portaria n. 353, de 14 de fevereiro de 2017¹¹⁴, que impõem a informação à gestante durante o pré-natal, sobre os riscos e benefícios do "uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, e a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto", que velará para que a gestante receba todas as informações importantes sobre o parto e faça suas escolhas, consciente, voluntariamente e bem informadas¹¹⁵.

Também durante o parto e o pós-parto a gestante deve ser informada sobre o local de assistência ao parto: baixos riscos de um parto normal; a contra indicação do parto domiciliar, porque não faz parte da política de saúde no país; as evidências são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil¹¹⁶.

A informação também é exigida no tocante ao local do parto, como o acesso: "à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria); ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetritz; os métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias

¹¹² OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

¹¹³ 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Portaria n. 353, de 14 de fevereiro de 2017, Publicado no DOU nº 36, Seção 1, pág. 37, de 20/02/2017. Disponível em Acesso em 10.07.2017

¹¹⁴ *Ibidem*

¹¹⁵ *Ibidem*

¹¹⁶ *Ibidem*

analgésicas"; bem como a "probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões porque isso pode acontecer e o tempo necessário para tal", para os casos de mulheres que optaram pelo parto fora do hospital¹¹⁷.

O uso da episiotomia, segundo a OMS, poderá ser utilizado em pacientes de baixo risco, sendo as principais justificativas à prevenção da laceração perineal em mulheres primíparas, isto é a mulher que pariu pela primeira vez ou que está gestante e vai parir; posterior relaxamento do assoalho pélvico e de trauma contra a cabeça fetal¹¹⁸.

Dentre essas justificativas, deve-se observar que a rigidez perineal sendo seguida de feto macrossômico, isto é feto muito grande, poderá ocasionar uma laceração prejudicial à mulher, porque pode atingir outros órgãos, como esfíncter anal, e causar risco para a vida da mulher. Nesses casos, a episiotomia é indicada desde que realizada com cautela e dentro do que se denomina de evidências e as condições individuais de cada gestante, destacando-se que o risco de uma laceração cresce 3,8 vezes em casos de recém-nascidos com peso maior do que 3,5 quilos, e 10,5 vezes em casos de recém-nascidos com 4,5 quilos¹¹⁹.

Deve-se observar ainda que a episiotomia não necessariamente caracteriza uma violência obstétrica contra a mulher, e tampouco uma violência tipificada na Lei 11340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha.

A violência obstétrica, sob a forma de dano a integridade corporal, saúde ou vida da parturiente, deve dar ensejo a uma lesão nela ocasionada. Essa forma de violência obstétrica deve ser destacada de outras formas de violência, que se dão por meio de xingamentos, durante o parto, discriminações de gênero, discriminações raciais e outras.

Essa distinção é importante porque a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI)¹²⁰ que apurou a violência obstétrica incluiu essa modalidade juntamente com a

¹¹⁷ 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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Portaria n. 353, de 14 de fevereiro de 2017, Publicado no DOU nº 36, Seção 1, pág. 37, de 20/02/2017. Disponível em Acesso em 10.07.2017

¹¹⁸OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ **LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION.** Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

¹¹⁹BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Janeiro/2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 10.07.2017

violência contra a mulher, motivando inicialmente uma confusão terminológica, em razão da distinção estabelecida na Lei Maria da Penha, que elencou no seu art. 5º, as hipóteses de violência doméstica e familiar contra a mulher, dispondo nos seguintes termos:

"[...]Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos[...]"

O dispositivo em análise esclarece em que situações a violência doméstica poderá ocorrer, excluindo o caso de violência obstétrica, que apesar de ser uma violência contra a mulher gestante, não se caracteriza como MGF, que somente poderá ocorrer, consoante a OMS, em casos de lesões nos genitais femininos por razões não médicas ou intervenções que envolvam a remoção total ou parcial dos genitais externos femininos.

A possibilidade de ocorrência da MGF, para ter amparo na Lei Maria da Penha deve ser aquela praticada no âmbito da unidade doméstica; no âmbito da família; ou ainda em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Ainda poderá se dar a MGF nos casos de lesões nos genitais femininos provocada pelo médico, nos casos em que ela não é indicada; é realizada porque houve omissão do médico no pré-natal ou omissão nos cuidados com a gestante durante o parto; ou ainda em

¹²⁰BRASIL. SENADO FEDERAL. DIÁRIO DO SENADO FEDERAL ANO LXVIII – SUP. AO Nº 112 – TERÇA-FEIRA, 16 DE JULHO DE 2013 – BRASÍLIA-DF “A” SECRETARIA-GERAL DA MESA 3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 54ª LEGISLATURA VOLUME I/II RELATÓRIO FINAL Nº 1, DE 2013-CN COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.(Criada pelo Requerimento nº 4, de 2011-CN)Volume I e II. ANO LXVIII – SUP. AO Nº 112 – TERÇA-FEIRA, 16 DE JULHO DE 2013 – BRASÍLIA-DF.Ementa:Requerem, nos termos do artigo 58, § 3º, da Constituição Federal, combinado com o artigo 21, do Regimento Comum do Congresso Nacional, a criação de Comissão Parlamentar Mista de Inquérito composta por 11 (onze) Senadores e 11 (onze) Deputados Federais e igual número de suplentes, com a finalidade de, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Disponível em <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/101261>. Acesso em 10.07.2017

casos de realização de episiotomia com grave erro médico, ocasionando a MGF ou lesão grave.

Em todos esses casos, deve ser ressaltado, que a falta de informação da gestante e até a sua ignorância sobre os procedimentos durante ou logo após o parto podem contribuir para a responsabilidade médica na reparação dos danos causados, nos genitais femininos ou no corpo da mulher.

Logo, é possível observar, por intermédio da tecnologia detida pelos profissionais da medicina e da área de saúde e pelas evidências observadas na gestação, que a episiotomia poderá ser utilizada sem implicar MGF ou outros riscos para a gestante ou para o recém-nascido, partindo-se da informação à parturiente, no pré-natal ou anteriormente ao parto, das condições de sua gestação.

Esse acompanhamento deverá ser proporcionado pelo Sistema Único de Saúde e redes privadas de saúde, em atenção á gestante e ao bebê, antes durante e após o parto, bem como deverá ser observada a Lei 11.108/2005 (Lei do Acompanhante), que garante o direito à parturiente de ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto¹²¹.

1.4.2 CASOS DE DESCARACTERIZAÇÃO DE INDICAÇÃO DE EPISIOTOMIA E CARACTERIZAÇÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

A episiotomia, como analisado acima, foi uma técnica que era ensinada aos profissionais médicos e outros da área de saúde, como uma técnica obrigatória nos partos, indiscriminadamente, fruto da cultura do protagonismo médico nos partos, sem que se observasse a gestante.

Essa realidade é comprovada ao menos até 2011 em cerca de 94% dos partos, sem necessidade e sem que houvesse consentimento esclarecido da gestante quanto à sua prática¹²². "[...] Estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos

¹²¹BRASIL. LEI 11.108, DE 07 DE ABRIL DE 2005, ALTERA A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, PARA GARANTIR ÀS PARTURIENTES O DIREITO À PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.

¹²²MATTAR, Laura Davis. Os Direitos Reprodutivos das Mulheres. Disponível em http://www3.al.sp.gov.br/repositorio/ilp/anexos/1160/YY2013MM6DD4HH10MM35SS5-Mattar_Direitos%20reprodutivos%20das%20mulheres.pdf. Acesso em 10.07.2017

e em cerca de 30% na Europa, enquanto que na América Latina, ainda vem sendo utilizada como intervenção de rotina em toda primípara e em parturientes com episiotomia prévia"¹²³.

No Brasil, segundo as regras contidas na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal¹²⁴ o uso da episiotomia foi de 7,6% no uso restritivo até 93,7% no uso de rotina. Ela além de ser uma prática que, em regra, é utilizada sem o consentimento da gestante ou de um de seus familiares; marido ou companheiro acarreta desperdício de "cerca de US\$ 134 milhões anualmente, somente com o procedimento, sem contar com os custos adicionais das complicações que dela decorrem", na América Latina¹²⁵.

Ainda na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, a episiotomia é o fato causador do trauma perineal ou genital, que se caracteriza:

"[...] Primeiro grau – Lesão apenas da pele e mucosas;
 Segundo grau – Lesão dos músculos do períneo sem atingir o esfíncter anal;
 Terceiro grau – Lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
 3a – Lesão menor que 50% da espessura do esfíncter anal externo;
 3b– Lesão maior de 50% da espessura do esfíncter anal externo;
 3c- Lesão com laceração do esfíncter anal interno.
 Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal externo e interno) e epitélio anal [...]"¹²⁶.

Observa-se que o trauma perineal ou genital é forma de MGF, decorrente da episiotomia, embora não se tenha dados oficiais do Sistema Único de Saúde da sua prática, ela está expressamente prevista na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal¹²⁷ a sua utilização poderá encontrar equivalência de tipificação nas condutas descritas no Código Penal Brasileiro, nos Crimes de Lesões Corporais, que atingem a Integridade Corporal ou a Saúde de outrem.

Outro aspecto importante e que poderá gerar a caracterização da MGF é a ausência de consentimento esclarecido da gestante no momento do parto, por não ter sido ela

¹²³ MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; MESQUITA, Maria Rita de Souza Mesquita. **A Prática da Episiotomia no Brasil**. Portal Saúde Direta. Disponível em <http://www.saudedireta.com.br/catinc/doencas/MBE/a01v29n1.pdf>. Acesso em 10.07.2017.

¹²⁴ BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Janeiro/2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 10.07.2017

¹²⁵ MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; MESQUITA, Maria Rita de Souza Mesquita. **A Prática da Episiotomia no Brasil**. Portal Saúde Direta. Disponível em <http://www.saudedireta.com.br/catinc/doencas/MBE/a01v29n1.pdf>. Acesso em 10.07.2017

¹²⁶ BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Janeiro/2016. p 251. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 10.07.2017

¹²⁷ MATTAR, Rosiane; AQUINO, Márcia Maria Auxiliadora de; MESQUITA, Maria Rita de Souza Mesquita. **A Prática da Episiotomia no Brasil**. Portal Saúde Direta. Disponível em <http://www.saudedireta.com.br/catinc/doencas/MBE/a01v29n1.pdf>. Acesso em 10.07.2017

consultada sobre a sua anuência ou não em relação à prática da episiotomia, encontrando equivalência no crime de constrangimento ilegal.

O consentimento da gestante ou de seus representantes legais em caso de impossibilidade da gestante é um dos fatores atuais de maior repercussão, porque muito se tem estudado e discutido sobre a informação colhida pelo próprio paciente e as informações a ele prestadas para que seja protagonista de sua saúde.

Estudos realizados com mulheres indicam que 78,6% tiveram parto vaginal com indicação de episiotomia, sendo não foram consultadas sobre o procedimento e não foi colhida a autorização para tal, sendo que 28,6% foram informadas de que seria realizada para facilitar o parto e os outros 50% não foi informada ou consultada acerca do procedimento. Além dessas parturientes, 21,4% não quis comentar ou não se recordava¹²⁸.

O consentimento esclarecido e informado sobre os procedimentos poderá isentar a equipe médica de responsabilidade, ressalvado os casos em que o procedimento deve ser feito para salvar a vida da gestante e do bebê, posto que a meta para 2030 da OMS é reduzir a taxa de mortalidade das gestantes durante o parto ou logo após¹²⁹. Até o ano de 2015 a mortalidade materna era de 280 mil mortes por ano¹³⁰.

Ademais, o consentimento esclarecido do paciente é obrigatório nos procedimentos médicos e sua utilização aleatória poderá caracterizar constrangimento ilegal ou uma MGF, tipificadas no Código Penal, desde que não haja risco para a vida de gestante ou do seu bebê.

Observe-se ainda que o Código de Ética Médica dispõe em seu art. 31 que “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente, salvo em caso de iminente risco de morte”, e no seu art. 34, que “é vedado deixar de informar ao paciente os riscos e os objetivos do tratamento”.

Há necessidade de se dar conhecimento à gestante sobre todos os seus direitos e todos os riscos do procedimento que se dará inclusive as complicações ou doenças que podem surgir no curso da gestação, o que implica maior atenção ao pré-natal e ainda ao esclarecimento dos pacientes, em especial da gestante, e suas famílias no tocante à sua saúde,

¹²⁸ FRIGO, J.; CAGOL, G; ZOCHE, D. A; ZANOTELLI, S. S; RODRIGUES, R. M; ASCARI, R. A. **Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR, v. 6, n. 2, mar.-mai, 2014. pp. 05-10

¹²⁹ SOUZA, João Paulo. **A Mortalidade Materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável.** 2016-2030. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2015; n. 37, v. 12, pp.549-551 Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/rbgo/item/98-revista-brasileira-de-ginecologia-e-obstetricia-2015-vol-37-n-12#dflip-flipbookContainer/13/> Acesso em 10.07.2017

¹³⁰ *Ibidem*

para que o protagonismo não seja apenas do médico, sua equipe e do hospital, mas da própria gestante¹³¹, revelando domínio sobre seu corpo e sobre as consequências do procedimento que foi proposto pelo médico e foi aceito pela gestante.

A impossibilidade de manifestar a sua vontade, porque não foi consultada, gera para a gestante uma limitação de sua autonomia, passível de imputação ao médico que realiza o procedimento e sua equipe médica.

O modelo autoritário de assistência à saúde da gestante é demonstrado no parto pela atitude de não informá-la sobre a episiotomia e de outros procedimentos, “[...], pois, mesmo quando a mulher participa, é para colaborar com o trabalho do profissional e não para garantir o exercício de sua autonomia. Não lhe é permitido expor seus sentimentos ou opinar sobre seu parto, silencia-se [...]”¹³².

Ressalte-se que, infelizmente, a episiotomia é realizada em mais de 70% dos partos realizados no Brasil, com e sem consentimento da gestante, predominando a utilização da episiotomia sem o consentimento da gestante e sem que seja precedido de informações.

¹³¹ PEÑA. Solange Ribeiro; GOMES. Célia Regina de Godoy. **Episiotomia e suas Implicações**. Arquivos do MUDI, v20, n 1, p. 25-37. Disponível em periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/32463/pdf. Acesso em 10.07.2017

¹³² DOS REIS, Thamiza da Rosa et. al. **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/64677/40974>. Acesso em 10.07.2017

2 CASOS DE CARACTERIZAÇÃO DE INFRAÇÃO PENAL NA PRÁTICA DA EPISIOTOMIA

Uma das formas que a violência obstétrica pode assumir é a episiotomia praticada durante o parto normal ou natural, ocasionando a MGF.

A sua utilização poderá dar ensejo ao questionamento de sua necessidade e se ela extrapola o procedimento protocolar, por conduta praticada pelo médico ou profissional da saúde, de forma a caracterizar uma conduta passível de punição a luz do Código Penal ou responsabilidade civil por danos causados a gestante.

A escolha da utilização da episiotomia deve ser sempre do médico obstetra que assiste à gestante no momento do parto, cabendo a ele definir a necessidade de realizá-la ou não, e portanto, assumindo a responsabilidade, em razão de ter acompanhado a gestante no pré-natal ou por entrar em contato com ela no momento do trabalho de parto e ter que aferir em que situação médica ela se encontra. Observe-se que essa decisão deverá ser adotada com a informação prévia da gestante e o seu consentimento esclarecido, bem como baseada na evidências médicas-científicas.

A decisão não poderá ser unilateral ou autoritária do médico, de forma a suprimir a autonomia da mulher, incluindo as consequências da prática ou não da episiotomia.

No Brasil, "um dos principais argumentos usados a favor tanto da episiotomia quanto da cesárea de rotina é o de que o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher¹³³". Essa afirmação não é baseada em evidência científica. Ela é utilizada para impor crenças e mitos que foram durante décadas construídos na medicina sobre o papel da mulher, como parte passiva na relação sexual, sendo a sua vagina alargada com o parto normal e a necessidade subsequente de reparação para que o marido pudesse ter uma relação sexual satisfatória com uma vagina estreitada pela intervenção cirúrgica, após o parto¹³⁴.

Portanto, a eleição da episiotomia pelo médico, sem o consentimento esclarecido e informado da gestante poderá caracterizar crimes previstos no Código Penal, conforme se discutirá abaixo.

¹³³ DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo**. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006.

¹³⁴ *Ibidem*.

2.1. A TIPICIDADE DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA OCACIONADA PELA EPISIOTOMIA

Na legislação penal brasileira não existe um tipo denominado violência obstétrica contra a mulher. Existem tipos de violência contra qualquer pessoa e casos enumerados na Lei Maria da Penha, mas que devem encontrar tipificação na legislação penal, e nos casos especificados de violência doméstica e familiar.

Pode-se utilizar o conceito de violência obstétrica como a "[...] cometida contra a mulher grávida, e sua família em serviços de saúde durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. Pode ser verbal, física, psicológica ou mesmo sexual e se expressa de diversas maneiras explícitas ou veladas¹³⁵". Ela decorre em regra da discriminação ou por preconceitos de gênero¹³⁶.

No Código Penal, a violência física tem como requisitos a agressão contra alguém, de forma a causar um dano a sua integridade corporal, saúde ou vida.

A lei penal não tipifica com a denominação jurídica violência os crimes contra a vida, integridade física ou saúde de alguém. O legislador penal, todavia, a utiliza como modo de execução, de forma explícita, em vários crimes, não apenas em crimes contra pessoa, mas em crimes contra o patrimônio, crimes contra a liberdade sexual e outros.

De forma implícita, temos a violência em crimes de homicídio, lesões corporais leves, graves e gravíssimas¹³⁷. Em qualquer dessas hipóteses a conduta poderá ser caracterizada como uma conduta dolosa ou culposa, quando o agente quis ou assumiu o risco de produzir o resultado, ou quando o realizou com a falta de cuidado objetivo necessário, e logo com culpa.

¹³⁵ D'Gregorio RP. **Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela**. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 111(3):201-2, Disponível em http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em 10.07.2017 apud MATTAR, Laura Davis. Direitos maternos: uma perspectiva possível dos direitos humanos para o suporte social à maternidade. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2011: p. 146. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20118033002010067P7>. Acesso em 10.07.2017. Disponível em http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf. Acesso em 10.07.2017

¹³⁶ BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

¹³⁷ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. Artigo incluído no Código Penal pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

A violência obstétrica poderá ocasionar a Mutilação Genital Feminina (MGF), por intermédio da episiotomia, uma de suas formas. A MGF poderá caracterizar-se, ainda, como uma espécie de violência obstétrica ou como uma forma de violência contra a mulher.

A MGF como violência obstétrica, praticada por intermédio da episiotomia, sempre gera sequelas físicas para a mulher. A tipificação da MGF, todavia, como forma de violência obstétrica, na forma da utilização da episiotomia, deve encontrar respaldo na legislação penal brasileira, de forma a caracterizar, como explicitado acima, crimes dolosos ou culposos de homicídio, lesões corporais leves, graves e gravíssimas.

A violência obstétrica, na espécie de episiotomia, causadora da MGF, portanto, poderá ser caracterizada no momento do parto ou pós-parto como homicídio, lesões corporais leves, graves e gravíssimas, como conduta dolosa ou culposa, ou ainda como constrangimento ilegal.

2.1.1 A TIPICIDADE DA EPISIOTOMIA COMO CRIME DE HOMÍCIDO

A violência obstétrica, praticada na forma de episiotomia, ocasionando a MGF, poderá revelar consequências graves para a saúde da gestante, culminando com sua morte.

A morbidade materna está sendo combatida pela OMS, porque apesar de parecer uma conduta improvável durante o parto, não é o que se extrai das estatísticas mundiais.

A morte da mulher durante o parto poderá se dar por conduta dolosa ou culposa, comissiva ou omissiva por omissão.

O dolo que se caracteriza como vontade de dar causa ao resultado ou assumir o risco de produzi-lo. Esse elemento do tipo poderá estar presente na conduta médica, quando deixa de atender a gestante; quando realiza a episiotomia sem cautelas e acaba por ferir gravemente a mulher; quando lhe falte técnica para realizar o ato e ele assume o risco; ou ainda quando há omissão nos cuidados com a gestante e o resultado morte sobrevém.

O dolo no homicídio deve ser comprovado para que o médico responda pela figura típica constante do art. 121, *caput*, que exige o dolo direto ou eventual, e ainda que haja o resultado morte.

A omissão médica também será relevante, na medida em que o deixar de atender ou de observar as condições da mulher gestante, porque poderá ensejar a morte da parturiente. A omissão aqui é relevante, nos termos do art. 13, § 2º, do Código Penal, que estabelece os

casos e que o agente devia e podia agir para evitar o resultado: "[...] o dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação de cuidado, proteção ou vigilância; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado; c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado[...]"¹³⁸.

Deve-se ressaltar ainda a possibilidade de circunstância qualificadora, se o crime é de feminicídio, isto é, se a morte no parto se deu por discriminação de gênero, na recente hipótese de tipificação incluída no art. 121, § 2º, inciso VI, do Código penal, pela Lei 13104/2015: "[...] § 2º Se o homicídio é cometido:[...] VI - contra a mulher por razões da condição de sexo feminino[...]. Pena - reclusão, de doze a trinta anos"¹³⁹.

O legislador acrescentou ainda no art. 121, no § 2ºA, que se considera "que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve: I - violência doméstica e familiar; II - menosprezo ou discriminação à condição de mulher"¹⁴⁰.

Além da qualificadora, poderá haver o aumento de pena pelas causas especiais previstas no art. 121, § 4º e § 7º. A primeira hipótese refere-se ao aumento de 1/3 (um terço) da pena decorrente do art. 121, § 4º, *in fine*, quando o "crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos"¹⁴¹, e a outra, do art. 121, § 7º, que prevê o aumento também de 1/3 até a metade, no feminicídio, se o crime for praticado: "I - durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto; II - contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência; III - na presença de descendente ou de ascendente da vítima"¹⁴².

Ainda em relação ao crime de homicídio qualificado, e também na forma de feminicídio, recaíra sobre ele as restrições da Lei 8.072/1990, por estar enumerado como crime hediondo.

Os crimes acima são de ação penal pública incondicionada e da competência do Tribunal do Júri. Não há necessidade de consentimento da ofendida para o início do inquérito policial ou da ação penal. O Estado procede de ofício contra o médico.

¹³⁸ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. Artigo incluído no Código Penal pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

¹³⁹ *Ibidem*

¹⁴⁰ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

¹⁴¹ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

¹⁴² *Ibidem*

Na forma do art. 121, § 3º, o homicídio decorrente da episiotomia ou de outra forma de MGF poderá ser culposo, isto é, quando houve o resultado previsível, mas não querido pelo médico ou por ele assumido. Todavia, ele não observou o cuidado objetivo exigido para a realização do parto com episiotomia, agindo com imperícia, imprudência ou negligência¹⁴³.

No caso acima, poderá ainda ocorrer a circunstância de aumento de pena, de 1/3 (um terço), "se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante"¹⁴⁴.

2.1.2 A TIPICIDADE DA EPISIOTOMIA COMO CRIME DE LESÕES CORPORAIS LEVES, GRAVES OU SEGUIDAS DE MORTE

A tipificação da episiotomia como forma de MGF também poderá encontrar tipificação no crime de lesões corporais leves.

Esta forma de tipificação, apesar de estar no Título referente aos Crimes Contra a Pessoa, encontra-se no Capítulo II, do Código Penal, que se refere as Lesões Corporais, onde a violência física que recai sobre a vítima não é a que tem por elemento subjetivo o *animus* de matar, mas de lesionar, causando uma ofensa a integridade corporal ou a saúde de outrem.

As lesões previstas poderão se dar na forma do *caput* do art. 129, quando se denomina de lesões corporais leves dolosas, ou na forma do art. 129, § 6º, quando se tem a tipificação das lesões corporais culposas. Em ambos os casos, as lesões são punidas com penas privativas de liberdade, respectivamente, de detenção de dois meses a um ano ou de

¹⁴³ NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal - Parte Geral. 12 ed. Rio de Janeiro: Forense. p.243. "Divide o art. 18, II, do Código Penal, a culpa em imprudência, negligência ou imperícia. Imprudência é a forma ativa de culpa, significando um comportamento sem cautela, realizado com precipitação ou com insensatez. Ex. a pessoa que dirige em alta velocidade dentro da cidade, onde há passantes por todos os lados. Negligência é a forma passiva de culpa, ou seja, assumir uma atitude passiva, inerte material e psiquicamente, por descuido ou desatenção, justamente quando o dever de cuidado objetivo determina de modo contrário. Ex.: deixar uma arma de fogo ao alcance de uma criança ou não frear o carro ao estacionar em uma ladeira. No cenário da negligência, podem ser incluídos os seguintes aspectos: a inobservância de regulamento, de ordem e de disciplina, a frouxidão, a indolência, a omissão, a desídia, a distração, o esquecimento e o sono (cf. Raul Machado, valendo-se da lição de Esmeraldino Bandeira, *A culpa no direito penal*, p. 264). Imperícia é a imprudência no campo técnico, pressupondo uma arte, um ofício ou uma profissão. Consiste na incapacidade, inaptidão, insuficiência ou falta de conhecimento necessário para o exercício de determinado mister. Trata-se, como diz Frederico Marques, da "imprudência qualificada". Ex.: o médico deixa de tomar as cautelas devidas de assepsia e anestesia em uma sala de cirurgia, demonstrando sua nítida inaptidão para o exercício profissional, situação que provoca a morte do paciente".

¹⁴⁴ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

três meses a um ano, podendo ocorrer a aplicação de penas restritivas de direitos, porque estão sujeitas ao procedimento da Lei 9.099/1995.

Observe-se que na forma do *caput* as lesões são dolosas, isto é, vontade de dar causa ao resultado ou assumir o risco de produzi-lo. Esse elemento do tipo poderá estar presente na conduta médica, sem que haja o óbito, mas apenas a lesão que seja comprovadamente leve. Também poderá haver a culpa, quando houve o resultado previsível, mas não querido pelo médico ou por ele assumido, mas quando não houve por parte do profissional o cuidado objetivo exigido para a realização do parto com episiotomia.

Observe-se, ainda, que não havendo outras circunstâncias que possam contribuir para a elevação da pena, os crimes acima são classificados como de menor potencial ofensivo, sendo regidos processualmente pela Lei 9.099/1995, que prevê o rito sumaríssimo e ainda a necessidade da vítima representar contra o médico ou profissionais da sua equipe, no prazo de seis meses a contar do conhecimento da autoria dos fatos, sob pena de decadência do direito. Sem a representação não há legitimidade do Estado para iniciar qualquer procedimento contra o médico ou outros profissionais, incluindo-se, caso necessário a ação penal. Nestes, a vontade e autonomia da vítima é preponderante para se iniciar ou não o procedimento. Transcorrido os seis meses não há mais direito da mulher, salvo se caso de violência doméstica ou familiar, quando o entendimento da jurisprudência pacificado é de que a ação é pública incondicionada.

A tipificação do crime de lesão corporal poderá ter a pena aumentada em 1/3 (um terço) se ocorrer qualquer das hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121, do Código Penal (art. 129, § 7º), isto é, "§ 4º no homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as consequências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante¹⁴⁵", ou em caso de homicídio doloso, "a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos, e no § 6º, "a pena é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado por milícia privada, sob o pretexto de prestação de serviço de segurança, ou por grupo de extermínio¹⁴⁶".

¹⁴⁵ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003) Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

¹⁴⁶ BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. (Incluído pela Lei nº 12.720, de 2012) Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

A MGF que se dá por intermédio da episiotomia poderá caracterizar lesões corporais leves culposas, na forma do art. 129, § 6º, do Código Penal, como mencionado acima, decorrente da falta de cuidado objetivo necessário exigido. Às lesões corporais leves culposas poderão ser acrescidos os aumentos de 1/3 se ocorrer as hipóteses dos §§ 4º e 6º do art. 121 (art. 121, § 7º do CP).

Deve-se observar que em casos de lesões corporais dolosas ou culposas simples, nas hipóteses de aumento de pena¹⁴⁷, a Lei 9.099/1005 continuará a ser aplicada, salvo se, na cumulação de circunstâncias de aumento, a pena máxima exceder os dois anos.

Por outro lado, as lesões corporais graves poderão ser tipificadas quando da prática da episiotomia. Elas caracterizam formas qualificadas do crime, desde que as circunstâncias sejam as previstas nos §1º, do Código Penal, quais sejam: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II - perigo de vida; III - debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV - aceleração de parto; ou ainda as previstas no § 2º, do Código Penal: I - Incapacidade permanente para o trabalho; II - enfermidade incurável; III perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV - deformidade permanente; V - aborto. As penas cominadas são, respectivamente, de reclusão de um a cinco anos e de reclusão, de dois a oito anos¹⁴⁸.

As circunstâncias acima caracterizam o crime de lesões corporais graves, que são dolosas, isto é, deve o médico no momento da realização da episiotomia causá-la com vontade de dar causa ao resultado ou assumir o risco de produzi-lo¹⁴⁹.

O dolo pode ser direito ou eventual na provocação da lesão grave, mas em relação às circunstâncias poderão ser dolosas e culposas no caso de incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; debilidade permanente de membro, sentido ou função; ou ainda as previstas no § 2º, do Código Penal: incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização do membro, sentido ou função; e deformidade permanente. Nos casos de perigo de vida, antecipação do parto e aborto somente poderão ser culposas¹⁵⁰.

Por fim, a episiotomia poderá ainda dar ensejo à lesão corporal seguida de morte, em casos de complicações decorrentes das lesões sofridas pela mulher. A figura típica caracteriza

¹⁴⁷BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003) Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acesso em 10.07.2017

¹⁴⁸ QUEIROZ, Paulo. Direito Penal. Parte Geral. 12 ed. Juspodium. p. 255

¹⁴⁹ *Ibidem*.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

o crime preterdoloso ou qualificado pelo resultado morte. A lesão será sempre dolosa, enquanto o resultado morte é culposo.

A intenção do médico e dos integrantes de sua equipe médica poderá expressar o dolo direto ou eventual. O primeiro poderá ser caracterizado em caso de vontade dirigida a mutilar a mulher durante o parto ou, na segunda hipótese, por não ter, voluntariamente e conscientemente, realizado cuidados para a recuperação da mulher.

2.1.3 A ATIPICIDADE DA EPISIOTOMIA

A legislação penal permite, em casos de iminente perigo de vida ou para impedir o suicídio, que alguém possa ser constrangido, sendo suprimida sua autonomia, conforme disposto no art. 146, do Código Penal.

"Art. 146 - Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, ou depois de lhe haver reduzido, por qualquer outro meio, a capacidade de resistência, a não fazer o que a lei permite, ou a fazer o que ela não manda:
Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Aumento de pena

§ 1º - As penas aplicam-se cumulativamente e em dobro, quando, para a execução do crime, se reúnem mais de três pessoas, ou há emprego de armas.

§ 2º - Além das penas cominadas, aplicam-se as correspondentes à violência.

§ 3º - Não se compreendem na disposição deste artigo:

I - a intervenção médica ou cirúrgica, sem o consentimento do paciente ou de seu representante legal, se justificada por iminente perigo de vida;

II - a coação exercida para impedir suicídio[...]

O crime de constrangimento ilegal se relaciona com a episiotomia porque poderá ocorrer que a gestante seja submetida ao parto, desconhecendo o médico as circunstâncias do pré-natal por não tê-la acompanhado, mas verifique pelas evidências médicas e fisiológicas, que seja necessária a utilização da episiotomia, mas encontre negativa da gestante e de seus familiares em realizá-la, após a tentativa de obter o consentimento esclarecido.

A intervenção médica e cirúrgica em caso de iminente perigo de vida não caracteriza crime por expressa disposição da lei penal que prevê uma hipótese especial de estado de necessidade no § 3º, inciso I, do art. 146. Há permissão para a violação do direito a autodeterminação do paciente, e nesse caso se incluem as mulheres gestante em trabalho de parto que estejam em situação de iminente perigo de vida.

Nucci entende que as excludentes de ilicitude previstas no § 3º, inciso I e II, caso não existissem "poderiam ser consideradas causas de exclusão da ilicitude (estado de necessidade ou legítima defesa, conforme o caso)¹⁵¹".

Assevera ainda Nucci:

"[...] é possível que alguém, correndo risco de vida, não queira submeter-se à intervenção cirúrgica, determinada por seu médico, seja por medo, seja por desejar morrer ou por qualquer outra razão. Entretanto, já que a vida é bem indisponível, a lei fornece autorização para que o médico promova a operação, ainda que a contragosto. Não se trata de *constrangimento ilegal*, tendo em vista a ausência de tipicidade. Como se disse, não houvesse tal dispositivo, ainda assim o médico poderia agir, embora nutrido pelo estado de necessidade, que iria excluir a antijuridicidade¹⁵²".

O iminente perigo de vida se caracteriza como aquele que "coloca a vítima em risco iminente de dano¹⁵³", sendo exigível a intervenção médica sob pena de caracterização de relevante omissão.

A relação difícil, hoje vivida pelos médicos, quanto à preservação da vontade e autonomia dos pacientes e realizar o procedimento que se caracterize como o melhor e mais adequado para o paciente, denominado na medicina de princípio da beneficência¹⁵⁴, é o grande problema da utilização da episiotomia. Estabelecer os limites da autoridade médica frente a autonomia do paciente é necessário, para evitar responsabilidades médicas por desrespeito à autonomia da gestante. "O pressuposto com o qual se associa o respeito à autonomia do doente denomina-se consentimento informado e o instrumento utilizado para sua aplicação é identificado como termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)¹⁵⁵".

Portanto, ainda que o médico pratique a episiotomia para salvar a vida da gestante e do bebê, sem o seu consentimento ou de seus familiares, não haverá tipificação de crime, seja de lesões corporais leves ou graves. Em relação ao homicídio e a lesão corporal seguida de morte, entende-se que a exclusão da conduta praticada pelo médico deverá ser investigada e somente será excluída se comprovado que sua ação, em caso de iminente perigo de vida, não foi demasiadamente demorada ou que agiu de forma omissiva em relação ao procedimentos durante ou logo após o parto.

¹⁵¹ NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal - Parte Geral. 12 ed. Rio de Janeiro: Forense. p.679

¹⁵² *Ibidem.* p.679

¹⁵³ *Ibidem.* p.658

¹⁵⁴ DEMASI WANSSA, Maria do Carmo. **Autonomia versus beneficência**. Revista Bioética 201119105-117. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533255008>. Acesso 10.07.2017.

¹⁵⁵ *Ibidem.*

3A REPERCUSSÃO JURÍDICO PENAL DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DA PARTURIENTE NA EPISIOTOMIA

Os instrumentos internacionais já previam o respeito a autodeterminação da pessoa humana, por intermédio da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que constitui a base do sistema universal de proteção dos direitos humanos, quando se refere no art. 1º que todos são livres e iguais em direitos e dignidade, sendo dotados de razão e consciência para se determinar. Essa autodeterminação da pessoa humana se consagra também no pós Segunda Guerra Mundial, com as regras estabelecidas a partir das experiências com seres humanos vivos, criando-se um conjunto de regras denominado Código de Nuremberg, onde se utilizou a expressão consentimento voluntário e posteriormente consentimento informado, na Declaração de Helsinque¹⁵⁶.

No Brasil, os instrumentos administrativos e legais estabeleciam a obrigatoriedade do consentimento informado, apesar de não utilizarem o termo. As resoluções do Conselho Federal de Medicina (n. 1.081/82, 1.358/92 e 1.890/09), do Conselho Nacional de Saúde (n. 196/96) e também no Código de Ética Médica, prevêm, a proibição de "realização de qualquer procedimento médico sem esclarecimento e consentimento prévios, salvo iminente perigo de vida[...] ou de não informar ao "ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, quando a comunicação deverá ser feita ao seu representante legal¹⁵⁷".

A Recomendação do Conselho Federal de Medicina n. 1/2016 dispõe sobre o processo de obtenção de consentimento livre e esclarecido na assistência médica. Estabelece em seu art. 1º que "nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido, constante do Anexo¹⁵⁸".

O Conselho Federal de Medicina, com base nas normas éticas médicas, recomenda que o consentimento livre e esclarecido possa ser verbal, mas consignando-se tudo no prontuário do paciente, ou então se elabore o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

¹⁵⁶ GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207.Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

¹⁵⁷ *Ibidem*

¹⁵⁸ BRASILCONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.RESOLUÇÃO Nº 1/2016. Disponível em http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em 10.07.2017

(TCLE). Esse termo deverá conter esclarecimentos pertinentes e suficientes, em linguagem clara e compreensiva, com tamanho e tipo de letra compatível com a compreensão e utilizando-se espaços em brancos.

A referida resolução utiliza o princípio da boa-fé, como princípio básico das relações estabelecidas entre paciente e médico, quando dispõe: "o paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente"¹⁵⁹.

Ao lado das normas administrativas, as normas constitucionais e ordinárias também incentivam a elaboração de um Termo de Consentimento Esclarecido, ao atribuírem ao paciente a condição de hipossuficiente.

A Constituição Federal, ao ter as normas dos seus arts. 5º, inciso XXXII, 170, inciso V, e art. 48 de suas Disposições Transitórias, referentes à de proteção e defesa do consumidor, de ordem pública e interesse social, regulamentadas pelo Código de Defesa do Consumidor, a Lei n. 8078, de 11 de setembro de 1990¹⁶⁰ desencadeou uma exigência maior da sociedade no sentido de obter dos profissionais de saúde, em especial da classe médica, informações sobre procedimentos médicos, o tipo de doença, suas causas e consequências, diagnósticos ou sobre todas as informações do sucesso ou insucesso de tratamentos de doenças ou cirurgias.

¹⁵⁹ BRASILCONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.RESOLUÇÃO Nº 1/2016. Disponível em http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/1_2016.pdf. Acesso em 10.07.2017. a- O esclarecimento claro, pertinente e suficiente sobre justificativas, objetivos esperados, benefícios, riscos, efeitos colaterais, complicações, duração, cuidados e outros aspectos específicos inerentes à execução tem o objetivo de obter o consentimento livre e a decisão segura do paciente para a realização de procedimentos médicos. Portanto, não se enquadra na prática da denominada medicina defensiva.b) A forma verbal é a normalmente utilizada para obtenção de consentimento para a maioria dos procedimentos realizados, devendo o fato ser registrado em prontuário. Contudo, recomenda-se a elaboração escrita (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).c) A redação do documento deve ser feita em linguagem clara, que permita ao paciente entender o procedimento e suas consequências, na medida de sua compreensão. Os termos científicos, quando necessários, precisam ser acompanhados de seu significado, em linguagem acessível. d) Em relação ao tamanho da letra, recomenda-se que seja pelo menos 12 e, com a finalidade de incentivar a leitura e a compreensão, que o termo seja escrito com espaços em branco ou alternativas para que o paciente possa, querendo, completá-los com perguntas a serem respondidas pelo médico assistente ou assinalar as alternativas que incentivem a compreensão do documento. Depois de assinado pelo paciente, tais espaços em branco e/ou alternativas, quando não preenchidos, deverão ser invalidados. e) O paciente, ou seu representante legal, após esclarecido, assume a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico assistente.

¹⁶⁰BRASIL. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm. Acesso em 10.07.2017.Capítulo III Dos Direitos Básicos do Consumidor.Art. 6º São direitos básicos do consumidor:[...] III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade, tributos incidentes e preço, bem como sobre os riscos que apresentem; (Redação dada pela Lei nº 12.741, de 2012); IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços; [...] X - a adequada e eficaz prestação dos serviços públicos em geral.Parágrafo único. A informação de que trata o inciso III do **caput** deste artigo deve ser acessível à pessoa com deficiência, observado o disposto em regulamento. (Incluído pela Lei nº 13.146, de 2015)

Por outro lado, também desencadeou a exigência dos médicos e outros profissionais "além do cumprimento de sua obrigação moral de informar tudo o que se passa com o seu paciente, eximir-se de eventual responsabilização civil em caso de insucesso no tratamento, sem que tenha havido culpa de sua parte¹⁶¹".

3.1. REQUISITOS DO TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO OU TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para obter-se o consentimento esclarecido do paciente, há necessidade de formalização, para que se tenha a comprovação de que foi prestigiada a autonomia privada perante o procedimento médico realizado. Essa formalização se dá com o Termo de Consentimento Informado (TCI) ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A validade do termo está condicionada aos seguintes requisitos¹⁶²: 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.

A capacidade do paciente deve ser observada segundo o previsto no Código Civil, no art. 5º, que dispõe:

“A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I - pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independentemente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II - pelo casamento;

III - pelo exercício de emprego público efetivo;

IV - pela colação de grau em curso de ensino superior;

V - pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria [...]¹⁶³”.

Aplica-se também a capacidade do paciente em anuir ou não ao procedimento, os denominados vícios do consentimento, tais como a coação, o dolo, o erro, a simulação, e outros que sejam identificados como cerceadores da autonomia privada do paciente.

¹⁶¹GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207. Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

¹⁶² *Ibidem*

¹⁶³BRASIL. CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em 10.08.2017

A impossibilidade de o paciente exercer sua autodeterminação também é definida pela lei civil, que dispõe no art. 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos; e no art. 4º, dispõe sobre a incapacidade relativa “a certos atos e a maneira de os exercer¹⁶⁴”, consoante a Lei 13.146, de 2015, que alterou o Código Civil: “I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico; III - aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade; IV - os pródigos¹⁶⁵”, sendo a capacidade dos indígenas regulada por legislação especial¹⁶⁶.

Portanto, a lei civil é que regula a capacidade para todos os atos a vida, dispondo de forma expressa sobre a capacidade civil, que deverá ser observada pelo médico no tocante à realização da episiotomia.

O termo de consentimento informado (TCI) ainda está sujeito a voluntariedade do paciente, que não poderá se constrangido a autorizar determinado procedimento contra sua vontade. A regra referente à autonomia, com consciência e vontade, está disciplinada também no Código Civil, que no seu art. 15 determina: “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica¹⁶⁷”.

A autodeterminação do paciente não poderá ser viciada sob pena de anulação, o que evidencia que não basta o consentimento, ele deve ser caracterizado com livre e espontâneo. É o que se depreende dos arts 166 e 171 do Código Civil, que se transcreve abaixo:

Art. 166. É nulo o negócio jurídico quando:

I - celebrado por pessoa absolutamente incapaz;

II - for ilícito, impossível ou indeterminável o seu objeto;

III - o motivo determinante, comum a ambas as partes, for ilícito;

IV - não revestir a forma prescrita em lei;

V - for preterida alguma solenidade que a lei considere essencial para a sua validade;

VI - tiver por objetivo fraudar lei imperativa;

VII - a lei taxativamente o declarar nulo, ou proibir-lhe a prática, sem cominar sanção.[...]

Art. 171. Além dos casos expressamente declarados na lei, é anulável o negócio jurídico:

I - por incapacidade relativa do agente;

II - por vício resultante de erro, dolo, coação, estado de perigo, lesão ou fraude contra credores.

¹⁶⁴BRASIL. CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm. Acesso em 10.08.2017

¹⁶⁵ *Ibidem*

¹⁶⁶ *Ibidem*

¹⁶⁷ *Ibidem*

As hipóteses do Código Civil que tratam da nulidade e da anulação pelos motivos acima mencionados poderão acarretar a responsabilidade médica por ter formalizado o termo de consentimento, livre e esclarecido, sem observância dos requisitos exigidos para a validade do ato, segundo o Código Civil.

O último requisito que deve estar presente no termo de consentimento informado é a compreensão dos procedimentos e métodos que serão utilizados pelo médico.

Não raras vezes é muito difícil compreender termos médicos, nomes de doenças, sintomas e até a denominação de tratamentos e de equipamentos que são utilizados pelos médicos, hospitais e profissionais de saúde.

Não importa a classe social, intelectual ou a nacionalidade do paciente. Ele será observado e considerado como pessoa hipossuficiente, diante de tantas informações médicas-hospitalares.

A informação fornecida ao paciente pelo médico ou profissionais de saúde devem encontrar consonância com o Código de Defesa do Consumidor, que determina no art. 6º, inciso III, "que a informação a ser prestada ao consumidor deve ser adequada e clara, além de especificar os riscos que os serviços apresentem".

Desta forma, a interpretação da lei civil e consumerista revela que em relação ao termo de consentimento esclarecido e informado somente "caberá falar em manifestação deliberada de vontade se houver, por parte do paciente, a devida compreensão acerca dos termos contidos no TCI, que devem se revestir da máxima transparência possível¹⁶⁸".

O requisito da informação deve ser acessível a pessoa do paciente e levando em conta a maneira como a informação será interpretada por ele. Essa qualidade da informação encontra-se na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que impõe que o TCI "contenha linguagem acessível, clara e não tendenciosa, evitando-se assim que o paciente se submeta a qualquer tratamento sem tenha havido um esclarecimento satisfatório de todos os riscos aos quais irá se submeter¹⁶⁹".

¹⁶⁸ GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207. Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

¹⁶⁹ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 196, DE 10 DE OUTUBRO DE 1996. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html. Acesso em 10.07.2017

A referida resolução estabelece na seção IV, que trata do Consentimento Livre e Esclarecido nas pesquisa pode ser interpretada analogicamente em relação aos procedimentos utilizados pelo médico, em especial na episiotomia:

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.

IV.1 - Exige-se que o esclarecimento dos sujeitos se faça em linguagem acessível e que inclua necessariamente os seguintes aspectos:

- a) a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) os desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) os métodos alternativos existentes;
- d) a forma de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis;
- e) a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, informando a possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo;
- f) a liberdade do sujeito se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) a garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- h) as formas de ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa;
- i) as formas de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

IV.2 - O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Observa-se que a legislação brasileira considera o paciente como hipossuficiente nas relações travadas com o médico, por ser ele leigo e estar sofrendo com as possíveis intervenções médicas necessárias. E o que ocorre com a mulher gestante que se sente insegura por ser mãe pela primeira vez e não encontra amparo no Sistema Único de Saúde, ou se na rede privada, a indicação na grande maioria das vezes é pela realização do parto cesáreo, para evitar dores e a episiotomia, sem necessidade.

A compreensão do TCI deve envolver a linguagem fácil e os vocábulos específicos da área médica devem se esclarecidos pelo médico para que haja efetivamente acesso à informação. "A estrutura de texto também é importante. A utilização de palavras, frases ou parágrafos longos dificultam o acompanhamento da leitura e a compreensão das ideias que estão sendo apresentadas¹⁷⁰".

¹⁷⁰ GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207. Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

Ademais, "a informação proporcionada ao paciente quanto à sua doença deve ser explicada de forma elementar e compreensível, não sendo permitido o uso de palavras abreviadas, nem de terminologia científica cujo significado não seja esclarecido¹⁷¹".

O último requisito é a seleção de informações relevantes. O médico não necessita de fornecer muitas informações, mas deve selecioná-las de forma a facilitar a compreensão. Quantidade de informações não necessariamente implica qualidade da informação.

A informação verbal deve encontrar consonância com o teor do TCI, que deve conter todas as informações repassadas, de forma a não ser esquecida nenhuma. "[...] O TCI pode conter ainda, em parágrafo à parte, a opção de autorização para obtenção de fotografias, vídeos ou registros gráficos, antes, durante e pós-intervenção, para difundir os resultados ou iconografia em revistas médicas e/ou nos âmbitos científicos[...]¹⁷²".

O dever de informar o paciente é responsabilidade do médico, que deve atuar comprovando tal providência, que deve ser escrita no prontuário ou em Termo de Consentimento Informado avulso, inutilizando-se os espaços em branco ou lacunas não preenchidas, e ser compreensível e baseada na autodeterminação do paciente, que deve consentir com o procedimento ou intervenção médica de forma livre e consciente, impulsionada pela sua autodeterminação, isto é sua autonomia como pessoa humana. Ao lado da responsabilidade do médico, caberá ao paciente disponibilizar todas as informações "que estejam ao seu alcance e que possam interferir sobre a eficácia do tratamento. Tal certificação de veracidade das informações prestadas pode vir ao final do termo, declarando o paciente ter, durante a anamnese e todo o processo até então, cumprido com a verdade para com seu médico¹⁷³".

Portanto, pode-se concluir que a relação médico-paciente deverá ser baseada na boa-fé. Havendo omissão, inserção ou sonegação de informações relevante por parte do paciente, o médico poderá incorrer em erros ou em adoção de procedimentos não compatíveis com a situação descrita pelo paciente, de forma a ilidir a responsabilidade médica, salvo, se restar comprovada "sua atuação culposa, por negligência ou imperícia – o que pode ocorrer, por

¹⁷¹ GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207. Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

¹⁷² *Ibidem*

¹⁷³ *Ibidem*

exemplo, se deixar de realizar um exame rotineiro por confiar na veracidade das informações prestadas pelo paciente¹⁷⁴.

3.2. A REPERCUSSÃO JURÍDICO PENAL DO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO DA PARTURIENTE NA EPISIOTOMIA

O consentimento da parturiente na realização da episiotomia deve ser baseado nos requisitos acima mencionados, quais sejam: 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 n.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 culposa que podem gerar a MGF por intermédio da episiotomia.

É relevante observar também que o consentimento da gestante na episiotomia não exclui a responsabilidade do médico em casos de erros ou imperícia causados dolosa ou culposamente.

Para precisar a responsabilidade individual do médico em casos de MGF decorrente da episiotomia, é necessário verificar que hipótese criminosa se afiguraria, levando-se em conta o tipo de ação penal previsto na lei.

Nos casos de homicídio, doloso ou culposo, a ação é pública incondicionada, não necessitando de participação da vítima ou de seus representantes legais, porque o Estado terá que agir de ofício. Nestas, sendo doloso o homicídio, o médico será submetido ao Tribunal do Júri, e logo sujeitando-se a uma pena de 20 a 30 anos de reclusão. Caso se caracterize o feminicídio, circunstância de qualificação do homicídio, em face da discriminação do sexo feminino, o crime será hediondo, aplicando-se às restrições da Lei 8.072/1990.

No caso de homicídio culposo, o médico poderá ter sua pena privativa de liberdade substituída pelas restritivas de direito, se presentes as condições do art. 44 do Código Penal. Observe-se que neste caso a ação é pública incondicionada, não tendo repercussão a vontade

¹⁷⁴ GODINHO, Adriano Marteleto; LANZIOTTI, Livia Hallack; SALOME DE MORAIS, Bruno. **Termo de Consentimento Informado: a Visão dos Advogados e Tribunais**. Revista Brasileira de Anestesiologia 207. Vol. 60, No 2, Março-Abril, 2010

dos familiares da vítima, ou de seus representantes legais, porque o Estado terá que agir de ofício.

Nos casos de lesões corporais graves, dos §§ 1º e 2º, do art. 129, a ação é pública incondicionada, não necessitando de autorização da vítima para o início do inquérito ou da ação penal, agindo o Estado de ofício.

O consentimento da vítima será relevante nos casos de lesão corporal dolosa simples, tipificada no art. 129, do Código Penal, e no caso de lesões corporais leves culposas, prevista no art. 129, § 6º, do Código Penal. Nesses casos, o consentimento da parturiente na realização da episiotomia opera efeitos diversos dos anteriores, porque ambos são crimes de ação penal pública condicionada à reparação da vítima. Se houve consentimento livre e informado da parturiente quando da realiza o da episiotomia e esse procedimento transcorreu dentro do previsível, mas ensejou lesões simples, não haverá como responsabilizar o médico pela prática da interven o médica, que decorre o exercício regular da profissão, pautada pelas regras médicas. Ademais, a parturiente é quem deveria requerer providências pela prática da episiotomia, mas faltaria boa-fé diante do Termo de Consentimento Informado assinado pela parturiente.

Portanto, a exclusão da responsabilidade médica poderá ocorrer, desde que haja o Termo de Consentimento Informado e desde que o profissional não tenha descumprido dolosa ou culposamente com os protocolos de atendimento médico.

No âmbito da jurisprudência, os Tribunais de Justiça de diversos Estados têm fundamentado a responsabilidade civil dos médicos, quando da prática da episiotomia, por danos morais e estéticos, descartando a responsabilidade penal.

No caso da Apela o Cível n  70047647755, julgada pela quinta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, foi aplicado o CDC porque se comprovou a falta de atendimento médico¹⁷⁵ na realiza o da episiotomia, mas sem análise da responsabilidade penal.

175 BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Apela o Cível N  70047647755. Quinta Câmara Cível. Relator: Gelson Rolim Stocker. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/3065557/episiotomia/jurisprudencia>. Acesso em 10.07.2017. Ementa: Apela es Cíveis. Responsabilidade Civil. Indeniza o Por Danos Morais E Estéticos. Parto normal. Falha Na Presta o Dos Serviços. Episiotomia. Lesão Do Canal Anal. Fístula Retovaginal. Danos caracterizados. Assistência Judiciária Gratuita. Indeferimento. P requestionamento. 1. Quanto aos atos comissivos, responde o nosocômio de forma objetiva pelos danos causados a terceiros. Inteligência do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor. 2. O conjunto fático-probatório da demanda apontou que os danos suportados pela parte autora decorreram de falha no atendimento médico prestado pelo réu, qual causou lesão no canal anal da paciente durante a realiza o de parto normal, razão pela qual justa e legal a condena o do nosocômio ao pagamento de indeniza o por danos morais e estéticos. 3. A quantifica o da indeniza o deve levar em conta o tempo de dura o da ilicitude, a situa o econ mico/financeira e coletiva do ofensor e ofendido, a repercussão do fato ilícito na vida do ofendido, a existência ou não de outras circunstâncias em favor ou em desfavor do ofendido, dentre outros, razão pela qual o quantum indenizatório fixado vai mantido. 4. Os juros moratórios de 1% ao mês, por se tratar de responsabilidade civil contratual, devem incidir desde a data da cita o, conforme artigos 405 e 406 do Código Civil e 161, §1 , do

Nos precedentes da mesma Corte, a responsabilidade médica na área penal não foi apreciada, somente na área cível, destacando que em caso de episiotomia consentida pela gestante, a responsabilidade médica foi excluída, também com fundamento na legislação do consumidor, TJ-RS - Apelação Cível AC 70049094063 RS (TJ-RS)¹⁷⁶; TJ-RS - Apelação Cível 70050543800 RS (TJ-RS)¹⁷⁷ e TJ-RS - Apelação Cível AC 70047647755 RS (TJ-RS)¹⁷⁸

No Superior Tribunal de Justiça, em pesquisa realizada no site oficial, encontrou-se o caso do Agravo em Recurso Especial nº 1.026.174 - SP (2016/0316928-3)¹⁷⁹, tendo como

Código Tributário Nacional. 5. A justa remuneração do advogado vem ao encontro da sua indispensabilidade à administração da Justiça, conforme o art. 133 da CF e como tal há de ser considerada. Verba honorária mantida. 6. Ainda que em se tratando a ré de entidade filantrópica, sem fins lucrativos, para a concessão da Assistência Judiciária Gratuita faz-se necessária a comprovação nos autos das dificuldades financeiras em arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios. Assistência Judiciária Gratuita não concedida. 7. PREQUESTIONAMENTO. O magistrado não está obrigado a esgotar exaustivamente todos os argumentos e normas legais invocadas pelas partes, quando o julgado houver sido proferido com substancial fundamentação. APELOS DESPROVIDOS. (Apelação Cível Nº 70047647755, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Gelson Rolim Stocker, Julgado em 25/07/2012)

¹⁷⁶BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível 70049094063 RS, Relator: Marilene Bonzanini Bernardi, Data de Julgamento: 10/10/2012, Nona Câmara Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 15/10/2012. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/3065557/episiotomia/jurisprudencia>. Acesso em 10.07.2017 Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. PRELIMINAR E MÉRITO. MÉDICO. ERRO MÉDICO. parto normal. EPISIOTOMIA. POSTERIOR INCONTINÊNCIA FECAL. AUSÊNCIA DE PROVA DO NEXO CAUSAL. INEXISTÊNCIA DE CULPA MÉDICA NO PROCEDIMENTO.1. PRELIMINAR. Não há falar em nulidade da sentença, por ofensa ao princípio da identidade física do juiz, quando substituído aquele que presidiu a instrução do feito por outro magistrado que prolatou a sentença. Inexistente qualquer prejuízo especificado às partes. Relatividade do princípio reconhecida.2. Na pretensão indenizatória fundada em erro médico movida contra o profissional incide o art. 14, § 4º, do CDC, segundo o qual 'a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa'.3. Na hipótese em análise, demonstrada a inexistência de falha no serviço, já que foi observada a técnica adequada, seguindo-se os procedimentos médicos recomendados, não havendo como imputar-se responsabilidade. A arte médica, no caso, autoriza e até recomenda a realização de episiotomia justamente para facilitar a expulsão como também para prevenir lacerações aleatórias no assoalho pélvico, não raras e decorrentes muitas vezes da própria gestação. Prova pericial que não estabelece nexo causal entre o procedimento e a lesão, demonstrando, ainda, que não houve incorreção.4. Provas pericial e testemunhal confirmatórias da retidão dos procedimentos realizados, afastando de forma contundente a existência de indícios de culpa nos atos da profissional demandada. Sentença de improcedência que se mantém. Apelação desprovida.

¹⁷⁷ BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível 70050543800 RS (TJ-RS) Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/3065557/episiotomia/jurisprudencia>. Acesso em 10.07.2017. Ementa: APELAÇÃO CÍVEL. RESPONSABILIDADE CIVIL. DANOS MORAIS E MATERIAIS. HOSPITAL. MÉDICO. CDC. PROCEDIMENTO DE PARTO NORMAL. MÃE QUE RESULTOU COM INFECÇÃO EM EPISIOTOMIA. FILHA ACOMETIDA DE ERITEMA TÓXICO. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO ACERCA DO NEXO CAUSAL. IMPROCEDÊNCIA DOS PLEITOS. A responsabilidade civil de hospitais é de ordem objetiva, cumprindo investigar, para aferição desta, se o serviço prestado pelo nosocômio foi defeituoso ou não, nos termos do art. 14 do CDC. No que tange à prática médica, indissociável a averiguação do atendimento médico prestado, somente se responsabilizando o hospital por ato culposo ou doloso do profissional a ele vinculado (§ 4º do mencionado artigo 14), assim caracterizado defeito de serviço. Caso em que os elementos de convicção disponíveis, notadamente o laudo pericial médico, afastam a ocorrência de erro médico ou falha na prestação do serviço hospital quando da realização do parto, e atendimentos que se seguiram. Apelação Desprovida.

¹⁷⁸ BRASIL. TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. Apelação Cível AC 70047647755 RS (TJ-RS) (TJ-RS) Disponível em <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22018217/apelacao-civel-ac-70047647755-rs-tjrs>. Acesso em 10.07.2017. Ementa: APELAÇÕES CÍVEIS. RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS e estéticos. parto normal. falha na prestação dos serviços. episiotomia. lesão do canal anal. fístula retovaginal. danos caracterizados. assistência judiciária gratuita. indeferimento. prequestionamento.1. Quanto aos atos comissivos, responde o nosocômio de forma objetiva pelos danos causados a terceiros. Inteligência do art. 14 do Código de Defesa do Consumidor.2. O conjunto fático-probatório da demanda apontou que os danos suportados pela parte autora decorreram de falha no atendimento médico prestado pelo réu, qual causou lesão no canal anal da paciente durante a realização de parto normal, razão pela qual justa e legal a condenação do nosocômio ao pagamento de indenização por danos morais e estéticos.3. A quantificação da indenização deve levar em conta o tempo de duração da ilicitude, a situação econômico/financeira e coletiva do ofensor e ofendido, a repercussão do fato ilícito na vida do ofendido, a existência ou não de outras circunstâncias em favor ou em desfavor do ofendido, dentre outros, razão pela qual o quantum indenizatório fixado vai mantido.4. Os juros moratórios de 1% ao mês, por se tratar de responsabilidade civil contratual, devem incidir desde a data da citação, conforme artigos 405 e 406 do Código Civil e 161, § 1º, do Código Tributário Nacional.5. A justa remuneração do advogado vem ao encontro da sua indispensabilidade à administração da Justiça, conforme o art. 133 da CF e como tal há de ser considerada. Verba honorária mantida.6. Ainda que em se tratando a ré de entidade filantrópica, sem fins lucrativos, para a concessão da Assistência Judiciária Gratuita faz-se necessária a comprovação nos autos das dificuldades financeiras em arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios. Assistência Judiciária Gratuita não concedida.7. PREQUESTIONAMENTO. O magistrado não está obrigado a esgotar exaustivamente todos os argumentos e normas legais invocadas pelas partes, quando o julgado houver sido proferido com substancial fundamentação. Apelos Desprovidos.

¹⁷⁹ BRASIL. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.026.174 - SP (2016/0316928-3) RELATOR : MINISTRO RAUL ARAÚJO AGRAVANTE : CIBELI STRUTZ BARROSO ADVOGADO : ANDRESSA AP. GIARDINI E OUTRO (S) - SP229747 AGRAVANTE : GENESIS CLINICA MÉDICA S/C LTDA ADVOGADO : MARCELO GREGOLIN E OUTRO (S) - SP109671 AGRAVADO : CRISTIANE BONFIM LOPES ADVOGADO : JULIO CESAR CARDOZO E OUTRO (S) - SP113230 INTERES. : THYRSO CAMARGO AYRES FILHO ADVOGADO : MARISA ZAMUNER DE CAMPOS - SP205635 INTERES. :

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VOTORANTIM ADVOGADOS : LÁZARO DE GÓES VIEIRA - SP125883 MARLENE DE SANT'ANNA - SP205636 INTERES. : SONIA SHIGUEKO YAMANAKA. Disponível em http://r.search.yahoo.com/_ylt=A0LEVj5sV7BZhpAAAnpQf7At.;_ylu=X3oDMTEyaG5obnJ0BHNIYwNzcgRwb3MDNARjb2xvA2JmMQR2dGlkA0IOMzY4XzE-

/RV=2/RE=1504757740/RO=10/RU=https%3a%2f%2fstj.jusbrasil.com.br%2fjurisprudencia%2f447543952%2fagravo-em-recurso-especial-aresp-1026174-sp-2016-0316928-3%23%21/RK=1/RS=U6AeM.PnlNZYqqHua7_8BfAdfso-. Acesso em 10.07.2017

DECISÃO Trata-se de agravos interpostos contra decisão que inadmitiu recursos especiais interpostos impugnando o v. acórdão do eg. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Narram os autos que a agravada ajuizou ação de indenização por danos morais que foi julgada parcialmente procedente para condenar a médica Cibele Strutz Barroso, primeira agravante, a enfermeira Sônia Shigueko Yamanaka, o estabelecimento hospitalar Santa Casa de Votorantim e a Genesis Clínica Médica, segunda agravante, solidariamente, ao pagamento de indenização, no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), pelos danos morais sofridos pela autora, decorrentes de erro médico, quando se submeteu ao parto de seu primeiro filho. O recurso de apelação dos agravantes foi parcialmente provido para reduzir o valor da indenização para R\$ 30.000,00, em acórdão assim ementado (e-STJ, fl.728): "ERRO MÉDICO. LESÃO RETAL EM PARTO. NEGLIGÊNCIA EM AVALIAÇÃO APÓS CIRURGIA. DANOS MORAIS REDUZIDOS. Lesão retal após episiotomia durante tentativa de parto normal que passou despercebido. Insurgência da médica e da clínica contra sentença de parcial procedência. Manutenção. Erro consistente na negligência e imperícia ao não avaliar a condição do canal de parto da paciente após a cesárea. Sutura da episiotomia sem notar a existência de transfixação do reto. Culpa verificada. Responsabilidade da médica, chefe da equipe, pela avaliação da paciente e pela atuação da enfermeira sob a sua supervisão. Responsabilidade objetiva da clínica médica pelos atos de seus empregados. Art. 932, III, CC e art. 14, caput e parágrafo 4º, Código de Defesa do Consumidor. Provenimento dos recursos apenas para reduzir o valor da indenização por danos morais para R\$ 30.000,00. Sentença mantida. Recursos providos em parte." Opostos embargos de declaração, foram desprovidos. (e-STJ, fls. 738-740). As razões do recurso especial da primeira agravante (médica), com fundamento no art. 105, III, a, da Constituição Federal, afirmam que (e-STJ, fl. 850) : "o acórdão recorrido afrontou os artigos 131, do Código de Processo Civil, pois há uma prova pericial que concluiu pela inexistência de culpa da recorrente, o Art. 5º inciso LIV da Constituição Federal, pois houve violação ao princípio da razoabilidade na fixação do dano moral e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 223/1999, que determina as atribuições da enfermagem". A insurgência defende, em suma, que o dano decorreu apenas dos procedimentos tomados pela enfermeira obstetra, que não lhe era subordinada, motivo pelo qual não pode responder pelo dano moral. Aduz, ainda, que o quantum indenizatório foi exacerbado. O apelo raro da segunda agravante (clínica médica), com fulcro na alínea c do permissivo constitucional, sustenta divergência jurisprudencial com julgado do Superior Tribunal de Justiça, quanto à responsabilização civil quando o laudo não demonstra imperícia, imprudência ou negligência nos procedimentos médicos, como no caso. É o relatório. Passo a decidir. De início, cumpre salientar que o recurso será examinado à luz do Enunciado nº 2 do Plenário do STJ: "Aos recursos interpostos com fundamento no CPC/1973 (relativos a decisões publicadas até 17 de março de 2016) devem ser exigidos os requisitos de admissibilidade na forma nele prevista, com as interpretações dadas, até então, pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça". Não prospera a alegada ofensa ao art. 131 do CPC, pois o col. Tribunal a quo, à luz dos princípios da livre apreciação da prova e do livre convencimento motivado, bem como mediante análise soberana do contexto fático-probatório dos autos, reconheceu a responsabilidade da primeira agravante pelos danos sofridos pela agravada nestes termos, consignando (e-STJ, fls. 703-731): "Em primeiro lugar, cabe esclarecer que a condenação das apelantes não se deu em razão da lesão do reto durante a assistência ao parto. Como bem fundamentado pelo r. sentença apelada, com amparo por conclusão pericial, 'a fístula retovaginal é complicação própria do procedimento de parto'. Segundo ela, 'as manobras feitas durante a tentativa de parto normal foram corretas e adequadas ainda que tenham acidentalmente injuriado o reto da autora'. O erro médico justificador da procedência do pedido indenizatório, no caso, adveio após o nascimento da criança. Deu-se no momento em que a lesão não foi percebida pela médica, nem pela enfermeira, que procedeu à sutura da episiotomia, sem que fosse realizada a necessária sutura primária das paredes vaginal e retal. O corte foi suturado e a paciente foi enviada ao quarto sem a devida avaliação da condição do seu canal de parto, seja pela médica que a acompanhou e que supervisionava o procedimento, seja pela enfermeira que realizou a sutura. À noite, após reclamação de dores, foi ela encaminhada novamente ao centro cirúrgico e submetida ao procedimento que já deveria ter sido realizado horas antes. No caso da médica obstetra, portanto, o erro decorre da imperícia no momento da avaliação da paciente e da condição do canal de parto. Nas razões de apelação, ela inclusive reconhece que nem examinou a episiotomia antes da enfermeira proceder à sutura, procedimento este que - segundo perito a fl. 422 do laudo - lhe competia. Veja-se: 'anatomicamente, a incisão é realizada muito próxima do reto tanto que um dos tempos operatórios é o toque retal como último tempo, onde o obstetra certifica-se que há integridade da parede retal e a sutura ao ser desfeita mostrou que havia comprometimento da parede retal' (não destacado no original). A ausência dessa supervisão, somada à imperícia da enfermeira, causou à autora dores, desconfortos e preocupações desnecessárias exatamente quando do nascimento de seu primeiro filho por cesariana, momento em que - notoriamente - a parturiente se encontra fragilizada física e emocionalmente. Nem se alegue que a médica não seria responsável pelos atos da enfermeira que a auxiliava durante o parto. Há uma hierarquia na sala de cirurgia e a médica apelante era a supervisora da equipe que chefiava, cabendo-lhe conferir e orientar os serviços a serem prestados pela enfermeira obstetra. Ao reconhecidamente negligenciar tal função, deve responder solidariamente pelos danos que foram causados à paciente." Nesse contexto, a modificação de tal entendimento lançado no v. acórdão recorrido, para afastar a responsabilização da primeira agravante, demandaria o revolvimento de suporte fático-probatório dos autos, o que encontra óbice na Súmula nº 7 do Superior Tribunal de Justiça. Ademais, no que concerne à violação à Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 223/1999, cabe salientar que o recurso interposto pela alínea a do inciso III do art. 105 da Constituição Federal não se configura a via adequada para o exame de normas infralegais, tais como portarias, resoluções, instruções normativas etc., por não se enquadrarem no conceito de lei federal previsto no permissivo constitucional. A propósito, confira-se: "ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NÃO GRADUADO. ENUNCIADO ADMINISTRATIVO Nº 3/STJ. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. INSCRIÇÃO PERANTE O CONSELHO REGIONAL. AUSÊNCIA DE PREENCHIMENTO DOS REQUISITOS. SUMULA 7/STJ. RESOLUÇÃO CONFEF. EXTRAPOLAÇÃO DE PODER REGULAMENTADOR. NORMA NÃO SUJEITA A EXAME EM SEDE DE APELO ESPECIAL. AGRAVO NÃO PROVIDO. 1- Os temas abarcados pelos arts. 6.º do Decreto-lei 4.657/1942, aos arts. 130, 267, § 3.º, 301, § 4.º, 332, 333, inciso I, 368, 372, 373 e 355, todos do CPC, aos arts. 212, 219, 221, 226 do Código Civil de 2002, ao art. 442 da CLT não comportarem exame no âmbito desta Corte de Justiça, porquanto ausente o necessário prequestionamento. Incidência da Súmula 211/STJ. 2- Afastar a argumentação adotada pelo Tribunal de origem, para entender que a Resolução CONFEF 45/2002 teria extrapolado seu poder regulamentador não é cabível em sede de recurso especial, pois não cabe ao Superior Tribunal de Justiça analisar atos normativos subalternos destituídos de natureza de lei federal. Incidência da Súmula 280/STF. 3- Agravo interno não provido." (AgInt no REsp 1.588.996/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 13/9/2016, DJe de 20/9/2016). Outrossim, a agravante não apontou os dispositivos legais que teriam sido violados em razão das conclusões do acórdão sobre o valor dos danos morais. Tal situação atrai o óbice disposto no Enunciado nº 284 da Súmula do Excelso Pretório, segundo o qual é "inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia." Em âmbito de especial, a parte tem que apresentar os necessários dispositivos violados, bem como argumentos com a finalidade de demonstrar com clareza a violação praticada pelo acórdão recorrido, sob pena de o inconformismo ser inadmitido, o que não foi identificado no presente recurso. Nesse sentido: "EMBARGOS DE

relator o Ministro Raul Araújo, onde se reconheceu a "lesão retal após episiotomia durante tentativa de parto normal que passou despercebido", caracterizando erro médico caracterizado pela negligência e imperícia "ao não avaliar a condição do canal de parto da paciente após a cesárea. Sutura da episiotomia sem notar a existência de transfixação do reto. Culpa verificada. Responsabilidade da médica, chefe da equipe, pela avaliação da paciente e pela atuação da enfermeira sob a sua supervisão".

No caso foi reconhecida a responsabilidade objetiva da clínica médica pelos atos de seus empregados, com fundamento nos arts. 932, III, CC e art. 14, caput e parágrafo 4º, Código de Defesa do Consumidor, sem no entanto ser apreciada a responsabilidade penal.

Por fim, em pesquisa realizada no site oficial do Supremo Tribunal Federal, indicando na pesquisa o termo episiotomia, somente foi identificado um caso de Agravo Regimental no Agravo de Instrumento, n. 85.2237¹⁸⁰, oriundo do Rio Grande do Sul, tendo

DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CARÁTER INFRINGENTE. PRINCÍPIO DA FUNGIBILIDADE. ACLARATÓRIOS RECEBIDOS COMO AGRAVO REGIMENTAL. APELO NOBRE. NÃO INDICAÇÃO DOS ARTIGOS DE LEI FEDERAL TIDOS POR VIOLADOS. INADEQUADA FUNDAMENTAÇÃO. QUESTÃO FEDERAL CONTROVERTIDA NÃO DEMONSTRADA. ÓBICE DA SÚMULA 284/STF. EMBARGOS DECLARATÓRIOS RECEBIDOS COMO AGRAVO REGIMENTAL, MAS NÃO CONHECIDO. 1. É deficiente de fundamentação o recurso especial que não indica os dispositivos legais supostamente violados pelo acórdão recorrido, o que atrai a incidência, por analogia, do enunciado n.º 284 da Súmula do Supremo Tribunal Federal. 2. Embargos de declaração recebidos como agravo regimental, mas não conhecidos." (EDcl no AREsp 374.221/MS, Rel. Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, TERCEIRA TURMA, julgado em 6/11/2014, DJe de 11/11/2014). De outra parte, o recurso da segunda agravante, interposto pela alínea c do permissivo constitucional, também não prospera, em razão do descumprimento do disposto nos arts. 541, parágrafo único, do CPC e 255, § 2º, do RISTJ. Com efeito, para a caracterização da sugerida divergência jurisprudencial, não basta a simples transcrição de ementas. Devem ser mencionadas e expostas as circunstâncias que identificam ou assemelham os casos confrontados, sob pena de não serem atendidos, como na hipótese, os requisitos previstos nos mencionados dispositivos. Confirmam-se os seguintes julgados: "PROCESSUAL CIVIL E TRIBUTÁRIO. QUITAÇÃO DE OBRIGAÇÃO TRIBUTÁRIA. TÍTULOS DA DÍVIDA PÚBLICA. DAÇÃO EM PAGAMENTO. IMPOSSIBILIDADE. FALTA DE PREVISÃO LEGAL. PRECEDENTES. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO DEMONSTRADO. (...) III - Já é firme o entendimento desta Corte, segundo o qual a simples transcrição de ementas não basta para que se configure a divergência jurisprudencial alegada. Impõe-se a demonstração do dissídio com a reprodução dos segmentos assemelhados ou divergentes entre os paradigmas colacionados e o aresto hostilizado, o que incoerreu no presente caso. IV - Agravo regimental improvido." (AgRg no REsp 738.797/RS, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, DJ de 3/10/2005). "AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. AFRONTA AO ART. 535 DO CPC. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. OMISSÃO. FUNDAMENTAÇÃO DEFICIENTE. SÚMULA 284/STF. EXAME DE MATÉRIA CONSTITUCIONAL E DE LEI LOCAL. IMPOSSIBILIDADE. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL NÃO CARACTERIZADO. ART. 255 DO RISTJ. (...) IV - Em casos nos quais só a comparação das situações fáticas evidencia o dissídio pretoriano, indispensável que se faça o cotejo analítico entre a decisão reprochada e os paradigmas invocados. A simples transcrição de ementas, sem que se evidencie a similitude das situações, não se presta como demonstração da divergência jurisprudencial. Agravo regimental desprovido." (AgRg no REsp 754.475/AL, Rel. Ministro FELIX FISCHER, DJ de 26/9/2005). Diante do exposto, nos termos do art. 253, parágrafo único, II, c, do RISTJ, conheço do agravo para negar provimento ao recurso especial de CIBELI STRUTZ BARROSO e nego provimento ao agravo em recurso especial de GENESIS CLÍNICA MÉDICA S/C LTDA. Publique-se. Brasília, 10 de março de 2017. Ministro RAUL ARAÚJO Relator

¹⁸⁰BRASIL. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. AI 852237 AgR/ RS - RIO GRANDE DO SUL AG.REG. NO AGRAVO DE INSTRUMENTO Relator(a): Min. CELSO DE MELLO; Julgamento: 25/06/2013; Órgão Julgador: Segunda Turma; Disponível em <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/listarJurisprudencia.asp?s1=%28EPISIOTOMIA%29&base=baseAcordaos&url=http://tinyurl.com/ydyezjzc>. Acesso em 10.07.2017

E M E N T A: RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA DO PODER PÚBLICO – ELEMENTOS ESTRUTURAIS – PRESSUPOSTOS LEGITIMADORES DA INCIDÊNCIA DO ART. 37, § 6º, DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – TEORIA DO RISCO ADMINISTRATIVO – HOSPITAL PÚBLICO QUE INTEGRAVA, À ÉPOCA DO FATO GERADOR DO DEVER DE INDENIZAR, A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – RESPONSABILIDADE CIVIL DA PESSOA ESTATAL QUE DECORRE, NA ESPÉCIE, DA INFLIÇÃO DE DANOS CAUSADA A PACIENTE EM RAZÃO DE PRESTAÇÃO DEFICIENTE DE ATIVIDADE MÉDICO-HOSPITALAR DESENVOLVIDA EM HOSPITAL PÚBLICO – LESÃO ESFINCTERIANA OBSTÉTRICA GRAVE – FATO DANOSO PARA A OFENDIDA RESULTANTE DE EPISIOTOMIA REALIZADA DURANTE O PARTO – OMISSÃO DA EQUIPE DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE, EM REFERIDO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, NO ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRÚRGICO – DANOS MORAIS E MATERIAIS RECONHECIDOS – RESSARCIBILIDADE – DOCTRINA – JURISPRUDÊNCIA – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO.

como relator o Ministro Celso de Mello, que reconheceu a omissão da equipe médica durante o parto realizado com episiotomia, e logo os danos morais e materiais, com fundamento na responsabilidade civil. A responsabilidade penal não foi objeto de discussão.

Note-se que ainda não se tem uma cultura de responsabilização do médico e da sua equipe por erros, caracterizadores de condutas dolosas ou culposas, na prática da episiotomia durante os partos, ficando a análise dos Tribunais nacionais na esfera da responsabilidade civil.

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 estagio 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. É justificado pelo médico como forma de salvar a gestante e o seu bebê, todavia é 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 à episiotomia ou ainda para evitar por completo tal procedimento.

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

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 informado e esclarecido da gestante poderá excluir a hipótese de crime praticado pelo médico e sua equipe, mas poderá ainda caracterizar crime de homicídio doloso ou culposo em caso de práticas errôneas pelo médico ou que demonstrem que tinha a intenção de mutilar a mulher. Também por erro poderá acarretar lesões corporais leves, graves e seguida de morte.

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. Esse documento legal prevê a obrigatoriedade do termo ser elaborado pelo médico responsável ou pelo hospital, na fórmula escolhida, mas com linguagem clara, concisa, objetiva e que revele efetivamente a transparência nos procedimentos e seus riscos.

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.

Para precisar a responsabilidade individual do médico em casos de MGF decorrente da episiotomia, é necessário verificar que hipótese criminosa se afiguraria, levando-se em conta o tipo de ação penal previsto na lei. Nos casos de lesões corporais leves ou simples culposas ou dolosas, a iniciativa da investigação criminal, por intermédio do inquérito policial, deve ser da mulher ou de seu representante legal, em caso de impossibilidade da mulher, para que o Ministério Público possa elaborar a denúncia.

Nos casos de lesões graves ou gravíssimas a iniciativa da investigação penal, e logo da instauração do inquérito policial, será da Polícia Civil, por meio do Delegado de Polícia, bem como nos casos de lesões corporais seguida de morte ou de homicídio.

A exclusão da responsabilidade médica poderá ocorrer, desde que haja o Termo de Consentimento Informado e desde que o profissional não tenha descumprido dolosa ou culposamente com os protocolos de atendimento médico.

No âmbito da jurisprudência, os Tribunais Superiores têm fundamentado a responsabilidade civil dos médicos, quando da prática da episiotomia, por danos morais e estéticos, com fundamento jurídico no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil, descartando a responsabilidade penal, sujeitando-o a indenização. Note-se que a grande maioria das ações são originárias das Regiões Sul e Sudeste, onde se encontra o maior número de políticas públicas de saúde para a mulher e assistência à gestante.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 15, n. 36, p. 79-92, 2011.

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 n. 1931/2009** (Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90) (Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173). Aprova o Código de Ética Médica. **PREÂMBULO**. Disponível em http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_preambulo.asp. 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

BRASIL. **LEI 7.498 DE 25 DE JUNHO DE 1986**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em 10.07.2017

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em 10.07.2017

BRASIL. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Basile, Anatália Lopes de Oliveira. **Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda.** Disponível em <http://pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Basile,%20Anat%C3%A1lia%20Lopes%20de%20Oliveira%22>Acesso em 10.07.2017.

BRASIL. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.** Janeiro/2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em 10.07.2017

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] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Portaria n. 353, de 14 de fevereiro de 2017, Publicado no DOU nº 36, Seção 1, pág. 37, de 20/02/2017. Disponível em Acesso em 10.07.2017

BRASIL. SENADO FEDERAL. DIÁRIO DO SENADO FEDERAL ANO LXVIII – SUP. AO Nº 112 – TERÇA-FEIRA, 16 DE JULHO DE 2013 – BRASÍLIA-DF “A” SECRETARIA-GERAL DA MESA 3ª SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 54ª LEGISLATURA VOLUME I/II RELATÓRIO FINAL Nº 1, DE 2013-CN COMISSÃO PARLAMENTAR MISTA DE INQUÉRITO – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.(Criada pelo Requerimento nº 4, de 2011-CN)Volume I e II. ANO LXVIII – SUP. AO Nº 112 – TERÇA-FEIRA, 16 DE JULHO DE 2013 – BRASÍLIA-DF

BRASIL. CODIGO PENAL BRASILEIRO. (Redação dada pela Lei nº 10.741, de 2003) Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. 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.

CAMPOS, Ana Correia. **Mutilação genital feminina-a importância de reconhecer e de saber como agir.** Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, p. 152-156, 2010.

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

DOS REIS, Thamiza da Rosa et. al. **Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/64677/40974>. Acesso em 10.07.2017

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.

FRIGO, J.; CAGOL, G; ZOCHE, D. A; ZANOTELLI, S. S; RODRIGUES, R. M; ASCARI, R. A. **Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR, v. 6, n. 2, mar.-mai, 2014. pp. 05-10

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.

GOLDIM, José Roberto. **O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia**. Revista AMRIGS 2002; 46 (3,4): 109- 116.

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.

MARQUES, Cláudia Lima. **A responsabilidade dos médicos e do hospital por falha no dever de informar ao consumidor**. Revista dos Tribunais 2004;827:11-48.

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/YY2013MM6DD4HH10MM35SS5-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>.

ONU. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo**, 1994. Disponível <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> Acesso em 10.06.2017

ONU MULHERES. Disponível em <http://www.onumulheres.org.br/pequim20/>. Acesso em 10.06.2017

ONU WOMEM. **FOURTH WORLD CONFERENCE ON WOMEN. BEIJING DECLARATION AND PLATFORM FOR ACTION DÉCLARATION ET PROGRAMME D'ACTION DE BEIJING DECLARATION.** Disponível em <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm>. Acesso em 10.06.2017

ONU. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Disponível em <https://nacoesunidas.org/opas-trabalha-com-o-ministerio-de-saude-para-diminuir-numero-de-cesareas-no-brasil/>. Acesso em 10.10.2016

ONU. **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.** Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Saúde Materna e Neonatal/ Maternidade Segura. “Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico”. Genebra: OMS; 1996;

OMS. **DECLARAÇÃO DA OMS SOBRE TAXAS DE CESÁREAS.** Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em 10.10.2016

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

OMS-ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ **LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES RÉSUMÉ D'ORIENTATION.** Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206440/1/WHO_RHR_16.03_fre.pdf?ua=1. Acesso em 10.07.2017

QUEIROZ, Paulo. **Direito Penal. Parte Geral.** 12 ed. Juspodium. p. 255

PEÑA. Solange Ribeiro; GOMES. Célia Regina de Godoy. **Episiotomia e suas Implicações.** Arquivos do MUDI, v20, n 1, p. 25-37. Disponível em periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/32463/pdf. Acesso em 10.07.2017

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.

VIANA, Igor Oliveira et. al. **Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura.** CEP, v. 30160, p. 041, 2011.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et. al. **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados.** Rev. enferm. UERJ, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011.

SERAFIM, Fabrícia Pessoa. **Teoria Feminista do Direito Aplicada: discussão sobre a prática indiscriminada da episiotomia no Brasil.** Revista Gênero & Direito, v. 1, n. 2, 2011.

SOUZA, João Paulo. **A Mortalidade Materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável**. 2016-2030. Rev Bras Ginecol. Obstet. 2015; n. 37, v. 12, pp.549.551 Disponível em <https://www.febrasgo.org.br/rbgo/item/98-revista-brasileira-de-ginecologia-e-obstetricia-2015-vol-37-n-12#dfliip-flipbookContainer/13/> Acesso em 10.07.2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996. p. 34-7. WHO Technical Report Series FRH/MSM/96.24. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/. Acesso em 12/10/2016