

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A REDUÇÃO DA MULHER À POSIÇÃO DE “MÃE DA VÍTIMA” NO SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Lara Marcon Michels¹
Priscilla Placha Sá²

RESUMO

O presente artigo propõe-se a analisar a violência obstétrica sob o ponto de vista do sistema de justiça criminal com base em decisões criminais proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná desde 1992 até o final de 2022. Para isso, utiliza-se o método indutivo congregado à abordagem quanti-qualitativa das decisões judiciais que compõem a amostra deste estudo. Em um primeiro momento, a investigação é orientada por cinco critérios: a) Quem foi o autor? b) Quem foi a vítima? c) Qual foi o crime imputado pela denúncia? d) Qual foi a decisão em primeira instância? e) O que restou decidido pelo Tribunal? Em seguida, a partir da constatação de que a mulher não figurou como vítima na maioria dos processos, são analisados os contextos de violência obstétrica descritos nos casos com a finalidade de oferecer resposta ao sexto critério de análise: f) Houve casos em que, embora a mulher não tenha sido considerada vítima, existiam elementos que apontavam para a ocorrência de crime? Por fim, propõe-se uma reflexão a respeito de quem ocupa o lugar de vítima da violência obstétrica para o sistema de justiça criminal. Concluiu-se que esse sistema reproduz a visão da mulher como um corpo destituído de sua subjetividade e reduzido à função reprodutora. A criança é a vítima por excelência da violência obstétrica e as consequências que incidem sobre o corpo-objeto da mulher são, em sua maioria, desconsideradas.

Palavras-chave: violência obstétrica; vítima; sistema de justiça criminal; análise jurisprudencial.

ABSTRACT

The present article proposes to analyze the obstetric violence from the criminal justice system point of view based on criminal decisions handed down by the Court of Justice of the State of Paraná since 1992 until the end of 2022. For this purpose, the inductive method is used together with the quantitative and qualitative approach of the judicial decisions involving this study. At first, the investigation is guided by five criteria: a) Who was the author? b) Who was the victim? c) What was the crime charged by the complaint? d) What was the decision in the first instance? e) What was decided by the

¹ Graduada em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Pesquisadora no Núcleo de Estudos Sistema Criminal e Controle Social do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná.

² Doutora em Direito do Estado pela Universidade Federal do Paraná. Mestre em Direito Econômico e Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Especialista em Direito Processual Penal pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Graduada em Direito pela Faculdade de Direito de Curitiba. Estágio de Pós-Doutorado pelo Centro Universitário de Brasília. Professora da Graduação, Mestrado e Doutorado em Direito na Universidade Federal do Paraná. Pesquisadora no Núcleo de Estudos Sistema Criminal e Controle Social do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal do Paraná.

Court? Afterwards, considering the realization that the woman didn't appear as a victim in most cases, the contexts of obstetric violence described in the cases are analyzed in order to respond to the sixth analysis criterion: f) Were there cases in which, although the woman was not considered a victim, there were elements that pointed to the occurrence of a crime? Finally, a reflection is proposed on who occupies the victim's place of obstetric violence for the criminal justice system. It has been concluded that this system reproduces the vision of women as a body deprived of its subjectivity and reduced to its reproductive function. The child is the victim par excellence of obstetric violence and the consequences that affect the woman's body-object are, in its majority, ignored.

Keywords: obstetric violence; victim; criminal justice system; jurisprudential analysis.

1 INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é prática corriqueira e banalizada nas maternidades e hospitais brasileiros. Doutrinariamente, seu conceito compreende todos os atos e omissões praticados no contexto da gestação, parto e puerpério ou em situações de abortamento que acarretem ofensas à integridade física, psicológica ou sexual da mulher (PARANÁ, [2022])³. Trata-se de uma forma de violência perpetrada por profissionais da saúde ou profissionais técnico-administrativos contra mulheres que se encontram no exercício de sua saúde reprodutiva e sexual (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012), seja na rede pública de saúde, privada ou filantrópica (PARANÁ, [202-]).

No âmbito da jurisprudência, embora essa violência corresponda, ainda, a uma realidade invisibilizada, tem-se ampliado o número de casos que versam sobre o tema, porém quase de modo exclusivo em matéria cível. Associada à quantidade reduzida de decisões criminais, são escassos os estudos empíricos que investigam a forma como a violência obstétrica é tratada nessa seara.

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo analisar a violência obstétrica sob o ponto de vista do sistema de justiça criminal com base em decisões criminais proferidas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná (TJPR) desde 1992 até o final de 2022. Para isso, utiliza-se o método indutivo congregado à abordagem quanti-qualitativa das decisões.

A pesquisa é estruturada em três etapas. Em um primeiro momento, serão descritos os modos de obtenção das onze decisões que compõem a amostra deste estudo e examinados os casos de acordo com cinco critérios objetivos que visam a esclarecer: a) Quem foi o autor? b) Quem foi a vítima? c) Qual foi o crime imputado pela denúncia? d) Qual foi a decisão em primeira instância? e) O que restou decidido pelo Tribunal?

Em seguida, a partir da constatação de que a mulher não figurou como vítima na maioria dos processos, serão abordados e analisados os contextos fáticos descritos nos casos de modo a oferecer resposta ao sexto critério de análise: f) Houve casos em que, embora a mulher não tenha sido considerada vítima, existiam elementos que apontavam para a ocorrência de crime?

³ A violência obstétrica também pode ser cometida contra pessoas não-binárias e homens transexuais incluídos nesse contexto (PARANÁ, [2022]).

Por fim, será proposta uma reflexão a respeito de quem ocupa o lugar de vítima da violência obstétrica para o sistema de justiça criminal⁴, debate que atravessará os estereótipos de gênero presentes na sociedade, reafirmados por profissionais da saúde e assimilados por aqueles que operam o Direito.

Identificar a mulher como vítima das condutas violentas rotineiramente adotadas no contexto da assistência ao parto não é deslocá-la a uma posição de passividade e impotência diante dos profissionais que as praticam; é caminhar em direção ao reconhecimento do caráter violento dessas práticas e à legitimação das marcas que a violência obstétrica imprime no corpo e na mente dessas mulheres.

2 LEVANTAMENTO E EXAME DAS DECISÕES OBTIDAS

O levantamento e a coleta dos dados que serviram de base para o desenvolvimento deste estudo foram realizados a partir de consulta à ferramenta de pesquisa de jurisprudência do sítio eletrônico do TJPR. Para tanto, foram listadas dezenove possibilidades de busca em uma planilha na plataforma Microsoft Excel, partindo de expressões mais abrangentes, como “violência obstétrica”, à combinação de termos com os tipos penais de injúria, ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal e homicídio previstos no ordenamento jurídico brasileiro.

Com o intuito de contemplar o maior número possível de dados, a pesquisa abrangeu todas as decisões disponíveis na ferramenta de pesquisa de jurisprudência proferidas desde 1992 até o final de 2022. Foram mantidas as configurações-padrão da ferramenta e excluídos posteriormente os feitos que se encontravam em segredo de justiça.

A despeito disso, os resultados só foram obtidos a partir da décima quarta tentativa de busca, o que contrasta com a quantidade de decisões cíveis localizadas, em especial no campo da responsabilidade civil. Nesse sentido, com o emprego da expressão “violência obstétrica”, não se obteve nenhuma decisão criminal, ao passo que foram encontrados oito acórdãos em matéria cível.

Subsequentemente, foram realizadas outras três tentativas de busca, acrescentando à palavra “violência” os termos “parto”, “parturiente” e “cesárea”, respectivamente. Contudo, embora tenham sido alcançados dezessete resultados, nenhum versava sobre violência obstétrica na seara criminal.

Diante da dificuldade de localizar decisões proferidas no âmbito do direito penal, as demais buscas foram realizadas a partir da combinação dos três termos supracitados a cinco tipos descritos no Código Penal, nesta ordem: injúria, ameaça, constrangimento ilegal, lesão corporal e homicídio. Isso porque, embora a violência obstétrica não seja, ainda, prevista como crime no ordenamento jurídico brasileiro, é possível subsumi-la a tipos já descritos na lei penal (PARANÁ, 2017).

Não obstante, só foram encontradas decisões criminais que tratavam sobre casos de violência obstétrica quando combinadas as palavras-chave com os delitos de lesão corporal e homicídio. Em relação aos crimes de injúria, ameaça e

⁴ Do ponto de vista dos estudos de gênero, não há dúvidas de que a mulher seja vítima da violência obstétrica (BRITO, 2021). Todavia, no direito penal, o termo ganha contornos específicos: vítima é o sujeito passivo de um delito (GRECO, A., 2006). No ordenamento jurídico brasileiro, não obstante a violência obstétrica não seja definida como crime, é possível a subsunção dessas ocorrências a tipos penais existentes (PARANÁ, 2017). Nesse sentido, o termo vítima é empregado neste trabalho na acepção conferida pelo direito penal. É dizer, busca-se investigar quem o sistema de justiça criminal reconhece como vítima dos crimes que decorrem de condutas caracterizadoras da violência obstétrica.

constrangimento ilegal, conquanto tenham sido obtidas quinze decisões, nenhuma versava sobre o tema em matéria criminal.

Isso posto, com o emprego dos termos “lesão corporal” e “parto”, foram localizados dois acórdãos criminais sobre casos de violência obstétrica. Com o emprego dos termos “lesão corporal” e “parturiente”, por outro lado, não se obteve nenhuma decisão. Utilizando o mesmo delito, em conjunto com a palavra-chave “cesárea”, obteve-se uma decisão criminal.

Por fim, com o emprego da palavra-chave “homicídio”, combinada com os termos “parto”, “parturiente” e “cesárea”, foram localizados, respectivamente, nove, um e dois acórdãos referentes ao tema no campo do direito penal. Dos doze resultados, foram excluídos os dois casos que se repetiam. Esses processos foram somados ao acórdão anteriormente encontrado, totalizando onze decisões proferidas por Câmaras Criminais⁵.

O inteiro teor dos acórdãos, que serviu de base para a realização do estudo, foi obtido diretamente da ferramenta de pesquisa de jurisprudência do sítio eletrônico do TJPR. Em relação a três ações penais⁶, obteve-se a íntegra dos autos a partir de colaboração de pesquisa científica com a Equipe da Coordenadoria Estadual da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar (CEVID) do TJPR.

As decisões foram listadas em uma nova planilha na plataforma Microsoft Excel e analisadas a partir de seis perguntas fundamentais: a) Quem foi o autor? b) Quem foi a vítima? c) Qual foi o crime imputado pela denúncia? d) Qual foi a decisão em primeira instância? e) O que restou decidido pelo Tribunal? f) Houve casos em que, embora a mulher não tenha sido considerada vítima, existiam elementos que apontavam para a ocorrência de crime?

Os resultados dessa investigação foram sintetizados em forma de gráfico. As constatações provenientes das cinco primeiras perguntas serão apresentadas neste capítulo. A sexta pergunta, cuja conclusão envolveu o estudo aprofundado do contexto fático descrito nos acórdãos ou nos autos de ação penal, será abordada no capítulo subsequente.

No que tange ao primeiro critério de análise (quem foi o autor?), dentre os onze casos examinados, em nove a autoria foi imputada pela denúncia a profissional da medicina⁷. Nas outras duas ocorrências, a autoria foi atribuída, respectivamente, a um profissional da medicina e uma da enfermagem obstétrica; e a uma médica e três médicos.

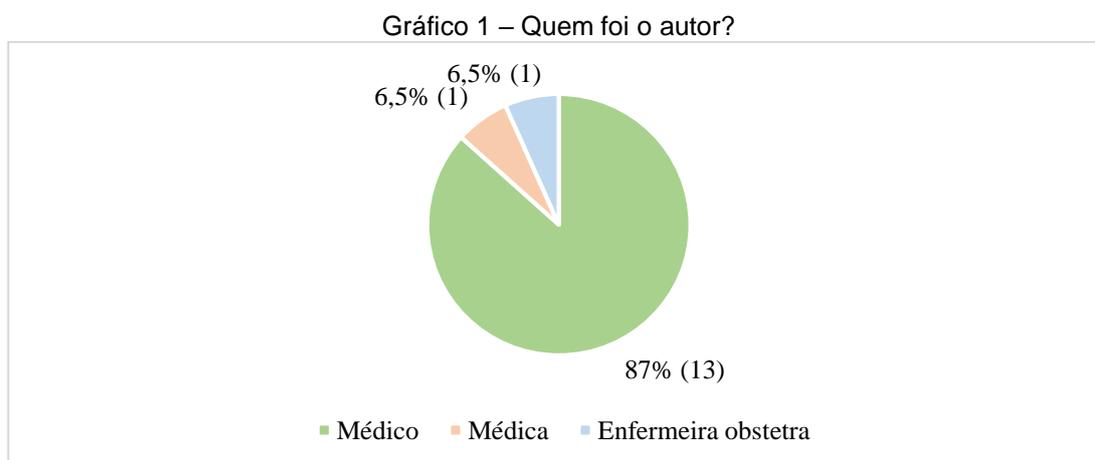
Para essa pergunta, assim como para as de número quatro e cinco, a elaboração do gráfico teve como base o total de vezes que determinada categoria aparece. Isso porque, em especial nessas investigações, mais do que apresentar as combinações de autores e avaliar a procedência ou não da exordial acusatória,

⁵ Apelações Criminais n. 0027618-78.2015.8.16.0031, n. 0005965-86.2013.8.16.0064, n. 0000159-97.2015.8.16.0097, n. 1.162.911-7, n. 653.743-9, n. 475.950-4, n. 443.948-7 e n. 322.698-0, Recurso em Sentido Estrito n. 1.356.744-3, Denúncia Crime n. 114.284-7 e Habeas Corpus n. 270.914-4. Desses casos, o último foi julgado pelo Tribunal de Alçada do Paraná, cuja fusão com o TJPR foi posteriormente aprovada através da Emenda Constitucional Federal n. 45/2004 (PARANÁ, [2012]).

⁶ Processos n. 0027618-78.2015.8.16.0031, n. 0005965-86.2013.8.16.0064 e n. 0000159-97.2015.8.16.0097.

⁷ Em um dos casos, a autoria foi atribuída, também, a uma auxiliar de enfermagem. No entanto, o recurso de apelação foi interposto somente pelo médico e não há informações precisas sobre eventual absolvição ou condenação da profissional. Dessa forma, com o intuito de viabilizar uma comparação direta entre os resultados do primeiro e do quarto critérios de análise, esse dado foi desconsiderado. Além disso, cabe elucidar que, em outra ocorrência, o acusado exercia a profissão de médico de maneira ilegal. Não obstante, o dado foi mantido na categoria “médico” para os fins da pesquisa.

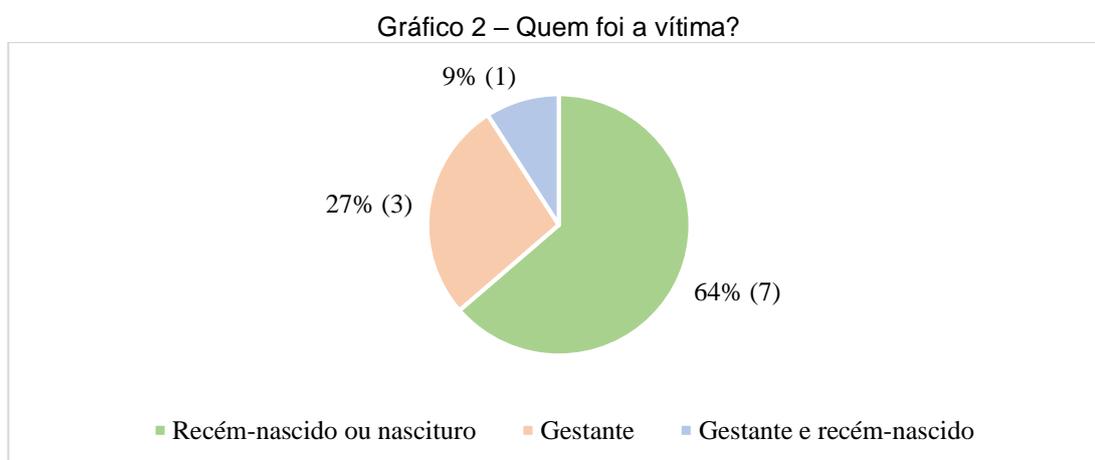
buscou-se evidenciar o resultado do processo em relação a cada um dos acusados. Assim, considerando a presença de mais de um réu em um mesmo processo, a soma dos valores dos Gráficos 1, 4 e 5 difere da amostra.



Fonte: As autoras (2023).

Realizando a leitura desses dados sob uma perspectiva de gênero, observa-se que a autoria foi atribuída pela denúncia a um profissional do gênero masculino em 87% dos casos de violência obstétrica; a profissionais do gênero feminino, por outro lado, a autoria foi imputada em apenas 13% dos casos.

No que diz respeito à segunda pergunta (quem foi a vítima?)⁸, verificou-se que, na maioria dos processos, a mulher não foi considerada vítima. Nesse sentido, em sete casos, consta como vítima somente o nascituro ou o recém-nascido, ao passo que a gestante foi tida como vítima em apenas três ocorrências⁹. Há, ainda, um caso em que foram considerados como vítimas, concomitantemente, a gestante e o recém-nascido. Nesse último processo, porém, a mulher passou a ocupar o lugar de vítima somente a partir do aditamento à denúncia.



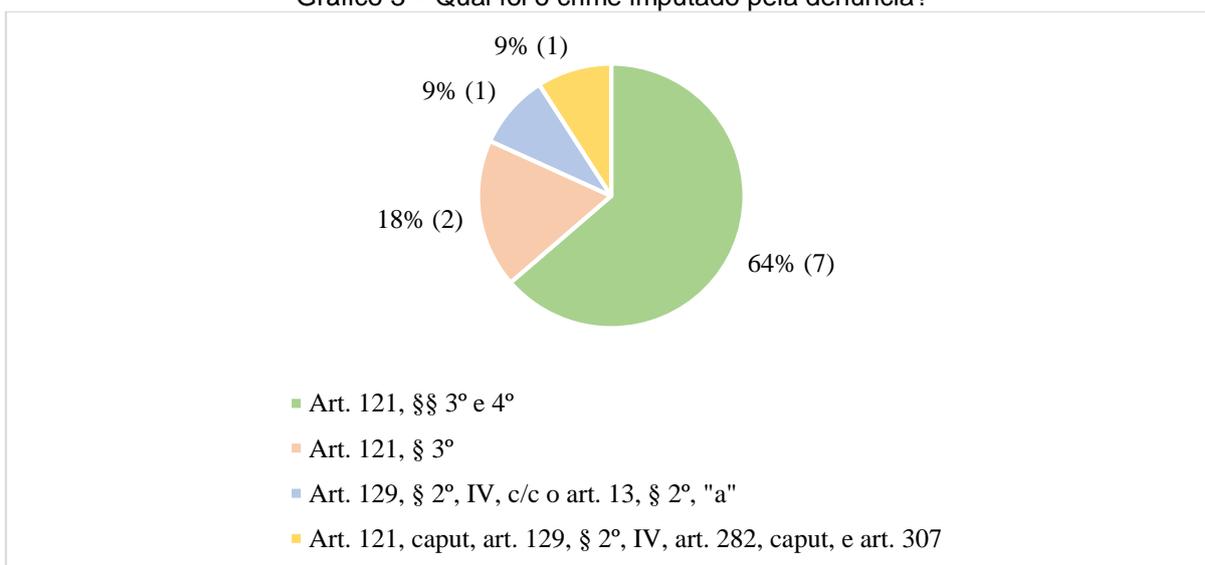
Fonte: As autoras (2023).

⁸ Em que pese se reconheça a importância da perspectiva interseccional nos estudos de gênero, marcadores sociais como raça, etnia e classe social das vítimas não foram analisados nesta pesquisa em razão da ausência de dados a esse respeito.

⁹ Em uma ocorrência, tratava-se de gêmeos. Embora presentes duas vítimas, para que a soma dos valores do gráfico não diferisse da amostra, contabilizou-se o processo apenas uma vez.

Em relação à terceira pergunta (qual foi o crime imputado pela denúncia?), constatou-se que, em sete ocorrências, o crime imputado foi o de homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão (art. 121, §§ 3º e 4º, do Código Penal); em dois casos, homicídio culposo, porém sem a incidência da majorante prevista no § 4º do art. 121 do Código Penal¹⁰; em um caso, lesão corporal gravíssima com deformidade permanente por omissão (art. 129, § 2º, IV, c/c o art. 13, § 2º, "a", ambos do Código Penal); em um caso, simultaneamente, homicídio simples, lesão corporal gravíssima com deformidade permanente, exercício ilegal da medicina e falsa identidade (art. 121, caput, art. 129, § 2º, IV, art. 282, caput, e art. 307, todos do Código Penal).

Gráfico 3 – Qual foi o crime imputado pela denúncia?



Fonte: As autoras (2023).

Ao enquadramento legal contido na denúncia foram contrapostas as descrições de cada um dos casos, sintetizadas a partir das circunstâncias indicadas na exordial acusatória e, em especial, no depoimento da mulher.

¹⁰ Em um dos processos, devido à presença de gêmeos, foi imputado o crime de homicídio culposo por duas vezes, em concurso formal.

Quadro 1 – Enquadramento legal versus descrição dos casos

Vítima	Autor	Enquadramento legal	Descrição
Mulher	Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	Dose excessiva de ocitocina, aplicada em concentração de quatro a oito vezes superior à preconizada pela literatura médica.
Mulher	Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	Choque hipovolêmico ¹¹ e descolamento prematuro da placenta. O elevado tempo de espera entre a admissão da mulher no hospital e a realização de cesárea, bem como o fato de o médico não ter realizado a histerectomia ¹² , foram determinantes para o resultado morte.
Mulher	Médica Médico Médico Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	A médica, embora informada sobre o quadro clínico da mulher, chegou ao hospital apenas quando o parto já havia sido concluído pela equipe de enfermagem. Em procedimento pós-parto, procedeu à retirada da placenta. Todavia, deixou restos de material placentário na cavidade uterina, fator apontado como provável causa das infecções que acometeram a mulher após o parto. A paciente apresentava acentuada hemorragia quando recebeu alta pela médica, que erroneamente afirmou se tratar de sangramento normal. Depois desse episódio, a mulher voltou a procurar atendimento por diversas vezes e foi atendida por outros três médicos. Os profissionais, contudo, não trataram adequadamente o quadro infeccioso que se apresentava. A mulher foi a óbito dezoito dias após o parto em decorrência de tromboembolismo pulmonar.
Mulher Criança	Médico	Homicídio simples, lesão corporal gravíssima com deformidade permanente, exercício ilegal da medicina e falsa identidade	O denunciado exercia ilegalmente a medicina, identificando-se falsamente com o nome de um médico regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina. Houve demora no parto e a execução da manobra de Kristeller ¹³ , além da realização de episiotomia e episiorrafia ¹⁴ , que causaram deformidade permanente na região perineal da mulher. A criança nasceu com vida, mas em estado grave, e faleceu dezoito dias após o nascimento em virtude de parada cardiorrespiratória, insuficiência cardíaca,

¹¹ Quadro causado pela redução do volume sanguíneo (MOURÃO JÚNIOR; SOUZA, 2014).

¹² Remoção cirúrgica do útero (MELO; BARROS, 2009).

¹³ A manobra de Kristeller consiste na compressão do fundo uterino com o objetivo de expelir o bebê (FERREIRA; GONÇALVES, 2020) e é frequentemente executada com uma pessoa subindo sobre a barriga da mulher ou aplicando força com o peso do próprio corpo apoiado sobre as mãos, braço, antebraço ou joelho (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

¹⁴ A episiotomia é definida como a incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher com o intuito de aumentar a abertura vaginal, ao passo que a episiorrafia corresponde à sutura desse corte (CARVALHO, 2016).

Vítima	Autor	Enquadramento legal	Descrição
			encefalopatia hipóxico-isquêmica ¹⁵ e anóxia neonatal ¹⁶ .
Criança	Médico	Lesão corporal gravíssima com deformidade permanente por omissão	Demora no atendimento à mulher, que só foi encaminhada à sala de parto após apresentar intenso sangramento e quase perder os sentidos. A acompanhante da mulher foi impedida de adentrar o local. O médico não realizou a cesárea, intervenção que se mostrava necessária no caso concreto. Atendendo à ordem do médico, um enfermeiro executou a manobra de Kristeller. Houve o emprego do fórceps ¹⁷ pelo médico. Em que pese atendida pelo SUS, a enfermeira condicionou o acesso da mulher à cesárea ao pagamento de R\$ 3.000,00. Em decorrência do parto, a criança apresentou quadro de paralisia cerebral tetraparética secundária e anóxia neonatal grave, que lhe causaram permanente deficiência física, mental e oral. A mulher relatou que continua sentindo “dor por baixo”.
Criança (gêmeos)	Médico	Homicídio culposo por duas vezes, em concurso formal	Ausência de diagnóstico da gestação gemelar no momento oportuno. A partir do exame de ultrassonografia, o médico incorretamente constatou que a mulher estava grávida de feto único e se recusou a realizar novo exame. A gestação gemelar só foi verificada durante o parto. Um dos gêmeos havia falecido nas quarenta e oito horas anteriores ao parto e o outro foi a óbito após dois dias. A mulher relatou que necessitou de tratamento para depressão em razão desses acontecimentos.
Criança	Médico Enfermeira obstetra	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	O médico, embora de plantão na modalidade de sobreaviso, não estava à disposição do hospital, pois se encontrava atendendo a outros pacientes em uma unidade básica de saúde. Houve demora da enfermagem para reconhecer os riscos do parto e acionar o médico, razão pela qual o parto foi realizado pela enfermeira obstetra, sem a supervisão daquele. Ocorreu a parada de progressão do parto e as enfermeiras executaram a manobra de Kristeller. Ao nascer, observou-se que a criança apresentava hipóxia ¹⁸ severa, parada cardiorrespiratória prolongada e convulsões, fatores que culminaram na sua morte quarenta e três dias após o parto.

¹⁵ Trata-se do efeito mais grave da asfixia perinatal (CECCON, 2003). Segundo descrito por Cruz e Ceccon (2010, p. 303), “A encefalopatia hipóxico-isquêmica ocorre quando a asfixia compromete a perfusão tecidual com significativa diminuição da oferta de oxigênio, mudando o metabolismo celular de aeróbico para anaeróbico, com conseqüente disfunção múltipla de órgãos e graves lesões cerebrais manifestada por convulsões e outros sinais neurológicos”.

¹⁶ Condição caracterizada pela ausência de oxigênio nas células do neonato (PINTO, 2008).

¹⁷ O fórceps é um instrumento obstétrico utilizado para fixar a cabeça fetal e extraí-la pelo canal de parto (CUNHA, 2011).

¹⁸ Circunstância definida pela redução ou interrupção do aporte de oxigênio para o feto (SOUZA, 2003).

Vítima	Autor	Enquadramento legal	Descrição
Criança	Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	Ausência do médico, que se dirigiu para a sua residência e incumbiu uma auxiliar de enfermagem, que não possuía a qualificação técnica necessária, de realizar o parto. Mesmo após diversas tentativas de contato, o médico não foi localizado. Diante disso, o parto foi realizado exclusivamente por auxiliares de enfermagem. Com o nascimento, constatou-se que a criança apresentava quadro de insuficiência respiratória em decorrência da aspiração de mecônio ¹⁹ , motivo pelo qual foi a óbito após dois dias.
Criança	Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	O médico apenas se dirigiu ao hospital cerca de vinte e quatro horas após o internamento da mulher com quadro de bolsa rota ²⁰ . Nesse ínterim, desincumbiu-se do caso por telefone, inclusive prescrevendo à distância medicações a serem aplicadas na mulher. Em virtude do retardo na realização do parto, houve sofrimento fetal agudo ²¹ e a criança foi a óbito ainda no útero materno.
Criança	Médico	Homicídio culposo	O médico não efetuou o rigoroso controle dos batimentos cardíacos fetais e, por conseguinte, deixou de constatar o quadro de sofrimento fetal agudo. Houve a morte do feto por anóxia e o parto só foi realizado após o médico identificar a inexistência de batimentos cardíacos fetais.
Criança	Médico	Homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão	Monitoramento inadequado dos batimentos cardíacos fetais, que indicavam sofrimento fetal agudo. O médico incorretamente atestou ou deixou que atestassem que o feto apresentava batimentos cardíacos normais e não procedeu à necessária realização de cesárea quando os batimentos baixaram. Diante disso, a criança foi a óbito antes do nascimento.

FONTE: As autoras (2023).

O estudo do quarto critério (qual foi a decisão em primeira instância?) e do quinto critério (o que restou decidido pelo Tribunal?) buscou avaliar não apenas o desfecho do processo, mas, sobretudo, o resultado em relação a cada réu. Para a quarta pergunta, foram excluídos dois casos em que não houve decisão proferida pelo juiz singular passível de apreciação²². Desse modo, o exame teve como base nove processos, dentre os quais estavam presentes treze réus.

No que se refere à decisão preferida em primeira instância, a maioria dos processos resultou em condenação. Dos sete casos em que havia apenas um médico

¹⁹ Termo utilizado para se referir às primeiras fezes eliminadas pelo recém-nascido (COSTA *et al.*, 2013).

²⁰ Trata-se da ruptura das membranas fetais de modo espontâneo em momento anterior ao início do trabalho de parto (SCANDIUZZI *et al.*, 2014).

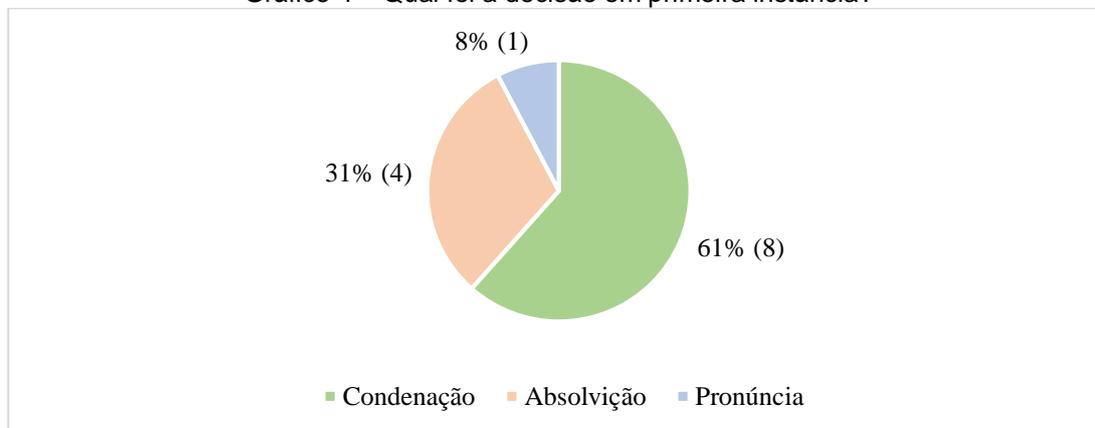
²¹ Diminuição abrupta das trocas gasosas entre mãe e feto (MARTINS, 2020).

²² Denúncia Crime n. 114.284-7 e Habeas Corpus n. 270.914-4.

denunciado, houve sentença condenatória em cinco e, em um, sentença absolutória; em um caso, que tramitava perante o Tribunal do Júri, houve a pronúncia do acusado.

No processo em que a autoria havia sido imputada a um médico e a uma enfermeira obstetra, ambos foram condenados. Por outro lado, no processo em que foram acusados uma médica e três médicos, houve condenação da médica e absolvição dos demais denunciados.

Gráfico 4 – Qual foi a decisão em primeira instância?



Fonte: As autoras (2023).

Em segunda instância, o que se verificou foi que, dentre as cinco sentenças condenatórias proferidas nos processos em que havia somente um médico denunciado, em quatro a condenação foi mantida. Não obstante, em dois desses casos, a pena imposta ao réu foi reduzida pelo Tribunal, o que levou ao reconhecimento de ofício da prescrição da pretensão punitiva estatal para declarar extinta a punibilidade. No quinto caso, o médico restou absolvido pelo Tribunal.

No processo em que o médico havia sido absolvido pelo juiz singular, a sentença absolutória foi reformada para o fim de condená-lo. Contudo, novamente, em razão da pena imposta pelo Tribunal, declarou-se extinta a punibilidade do acusado pelo reconhecimento de ofício da prescrição da pretensão punitiva estatal.

Em relação ao caso em que a autoria havia sido imputada pela denúncia a um médico e a uma enfermeira obstetra, a condenação desta foi mantida pelo Tribunal²³; o médico, por sua vez, que havia sido condenado em primeira instância, restou absolvido. No processo em que haviam sido denunciados três médicos e uma médica, manteve-se a condenação desta e a absolvição daqueles²⁴.

No caso que tramitava perante o Tribunal do Júri e o acusado havia sido pronunciado, houve a desclassificação dos crimes de homicídio simples e lesão corporal gravíssima com deformidade permanente (art. 121, caput, e art. 129, § 2º, IV, do Código Penal) para os delitos de homicídio e lesão corporal culposos (art. 121, § 3º, e art. 129, § 6º, do Código Penal). Por conseguinte, o Tribunal do Júri deixou de

²³ Posteriormente à publicação do acórdão, sobreveio aos autos a notícia da morte da enfermeira obstetra, motivo pelo qual foi declarada extinta a punibilidade com fulcro no art. 107, I, do Código Penal.

²⁴ Dentre os três médicos absolvidos, o Ministério Público do Estado do Paraná interpôs recurso de apelação somente em relação a um. Contudo, o recurso não foi conhecido pelo Tribunal, porquanto intempestivo.

ser competente para o julgamento do processo e os autos foram remetidos ao juiz singular²⁵.

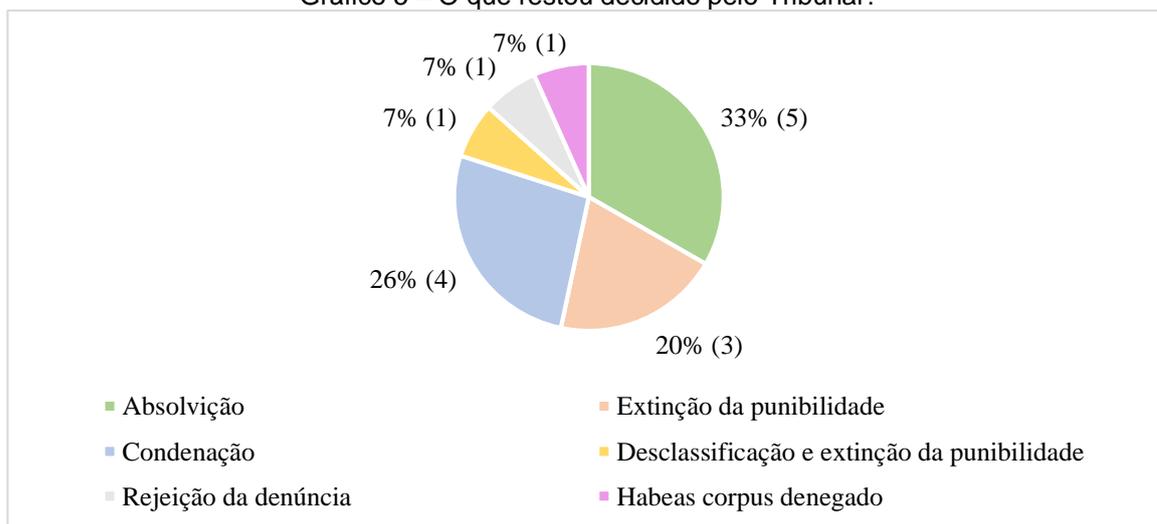
No mesmo caso, ainda, no que diz respeito aos delitos de exercício ilegal da medicina e falsa identidade (art. 282, caput, e art. 307 do Código Penal), declarou-se extinta a punibilidade em razão do reconhecimento de ofício da prescrição da pretensão punitiva estatal pela pena cominada em abstrato.

Quanto ao delito de lesão corporal, com a desclassificação para a modalidade culposa, houve significativa redução das penas mínima e máxima previstas pelo Código Penal – de dois a oito anos de reclusão para dois meses a um ano de detenção (BRASIL, 1940). Isso posto, o Tribunal fez uma observação para que o juiz singular se atentasse à eventual extinção de punibilidade também em relação a esse delito:

Após o trânsito em julgado do presente acórdão, deverão os autos retornar ao Juízo de origem, a fim de que o ilustre Magistrado de primeiro grau prolate a sentença respectiva, devendo observar eventual prescrição da pretensão punitiva estatal em relação ao delito previsto no art. 129, § 6.º, do CP, com conseqüente extinção da punibilidade do acusado (PARANÁ, 2015b, p. 15).

Por fim, nos dois processos que haviam sido desconsiderados para o quarto critério de análise, o Tribunal decidiu, de um lado, por rejeitar a denúncia que havia sido oferecida em face do médico que também exercia o cargo de prefeito e determinar o arquivamento do processo; de outro, por denegar a ordem de habeas corpus que objetivava o trancamento da ação penal²⁶.

Gráfico 5 – O que restou decidido pelo Tribunal?



Fonte: As autoras (2023).

Analisando esses dados sob uma perspectiva de gênero, verifica-se que, dentre os quinze profissionais da saúde denunciados, somente dois eram mulheres. Todavia, ambas foram condenadas, isto é, dos quatro réus que restaram condenados em segunda instância, metade é do gênero feminino. Assim, embora as mulheres representassem apenas 13% do total de denunciados, passaram a equivaler a 50% dos condenados pelo Tribunal.

²⁵ Nos termos do art. 5º, XXXVIII, “d”, da Constituição Federal, compete ao Tribunal do Júri o julgamento de crimes dolosos contra a vida (BRASIL, 1988).

²⁶ Em decorrência da reinserção desses casos na análise, o gráfico relativo à quinta pergunta volta a corresponder aos valores do Gráfico 1, totalizando quinze réus.

Realizado o estudo dos cinco primeiros critérios de análise e evidenciado o teor das decisões proferidas em primeira e segunda instâncias em relação a cada autor, passa-se a explorar os casos de violência obstétrica com foco na vítima, em especial os processos em que a mulher não foi assim considerada pelo sistema de justiça criminal.

3 VÍTIMA OU “MÃE DA VÍTIMA”? A POSIÇÃO DA MULHER NOS CASOS ANALISADOS

No capítulo anterior, em resposta à segunda pergunta, verificou-se que a mulher não ocupou a posição de vítima na maioria dos casos de violência obstétrica examinados. Nesses sete processos, que representam 64% das ocorrências, a gestante foi comumente referida como “genitora” ou “mãe da vítima” – esta, o recém-nascido ou o nascituro.

Neste capítulo, objetiva-se aprofundar os contextos de violência obstétrica e oferecer resposta ao sexto critério de análise (houve casos em que, embora a mulher não tenha sido considerada vítima, existiam elementos que apontavam para a ocorrência de crime?). Para isso, o estudo foi organizado em dois subcapítulos: no primeiro, serão abordados os quatro processos em que a mulher figurou como vítima; no segundo, explorados os sete casos em que a mulher não foi assim considerada.

A despeito das eventuais controvérsias suscitadas ao longo do processo, a investigação teve como alicerces a descrição do fato contida na denúncia e a transcrição do depoimento da mulher, corroboradas por outros elementos de prova.

3.1 A MULHER COMO VÍTIMA DO PROCESSO

Dentre os quatro processos em que a mulher foi considerada vítima, os autores foram acusados, em três, pelo delito de homicídio culposo resultante de inobservância de regra técnica de profissão (art. 121, §§ 3º e 4º, do Código Penal). Em um, ocasião em que foram considerados vítimas tanto a gestante quanto o recém-nascido, a denúncia imputou o delito de lesão corporal gravíssima com deformidade permanente (art. 129, § 2º, IV, do Código Penal) diante do fato ocorrido contra a mulher.

Nesses casos, restou evidente a ocorrência de lesão à integridade física ou a morte da gestante em decorrência da atuação negligente, imprudente ou imperita de profissionais da saúde responsáveis pelo seu atendimento e cuidado.

No primeiro, a negligência na conduta médica revelou-se pela aplicação excessiva da substância denominada ocitocina – em concentração de quatro a oito vezes superior à preconizada pela literatura médica, segundo o parecer técnico do setor médico do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça (CAOP) de Proteção à Saúde Pública.

O corpo não foi encaminhado ao Instituto Médico Legal (IML) para a realização de exame de necropsia e o laudo de exumação, confeccionado aproximadamente três anos após a morte da vítima, restou inconclusivo. A justificativa apresentada pelo acusado foi a de que o IML se encontrava em greve à época dos fatos e, por essa razão, somente “[...] recolhendo casos de morte violenta” (PARANÁ, 2013, paginação irregular). A declaração de óbito foi produzida a partir das informações fornecidas pelo próprio réu.

No segundo caso, o longo período transcorrido entre a admissão da paciente e a execução de cesárea, assim como a não realização de histerectomia,

procedimentos que se mostravam necessários no caso concreto, foram fatores determinantes para a morte da mulher. De acordo com o parecer do Conselho Regional de Medicina do Paraná, o médico não se utilizou de todos os meios de tratamento que estavam a seu alcance.

Em ambos os casos, a criança já se encontrava sem vida no ventre materno. As mulheres deixaram, respectivamente, quatro e três filhos.

No terceiro caso, a denúncia apontou negligência na conduta de quatro médicos que prestaram atendimento à mulher, sucessivamente, em um período de dezoito dias, desde a realização do parto e o nascimento com vida da criança até a data em que a paciente foi a óbito.

Dentre as condutas narradas, destaca-se a ausência da médica plantonista, que, embora informada a respeito do quadro clínico da paciente, chegou ao estabelecimento materno-hospitalar quando o parto já havia sido concluído pela equipe de enfermagem. Em procedimento pós-parto, a médica realizou a retirada da placenta da mulher. Contudo, por negligência ou imperícia, deixou restos de material placentário na cavidade uterina, provável causa, segundo a denúncia, do quadro infeccioso que acometeu a mulher posteriormente. Dois dias após, a médica concedeu-lhe alta, afirmando de maneira errônea que a paciente apresentava sangramento normal quando se tratava, em verdade, de acentuada hemorragia.

A partir desse episódio, a mulher voltou a procurar atendimento três vezes. Nas duas primeiras, foi assistida por dois diferentes médicos, os quais, todavia, não promoveram o tratamento adequado à infecção que se apresentava. Na terceira vez, a mulher foi novamente atendida pela primeira médica e submetida ao procedimento de curetagem para a remoção dos restos de material placentário deixados no corpo da paciente pela própria profissional.

Entretanto, houve agravamento do quadro clínico e a mulher foi transferida aos cuidados de um quarto médico. Esse, por sua vez, também não proporcionou tratamento apropriado, na medida em que não realizou exames necessários e ministrou medicação ineficiente em face da gravidade do quadro.

Diante disso, a mulher não resistiu. Deixou o marido e seis filhos, todos menores de idade, incluindo a filha recém-nascida. Dessa forma, a denúncia concluiu que “[...] durante todo o período compreendido entre o parto e o óbito, em que pese ter recebido assistência médica, esta se mostrou, desde o início, injustificadamente falha [...]” (PARANÁ, 2014, p. 6).

No quarto caso, a realização de episiotomia e episiorrafia causaram deformidade permanente na região perineal da mulher. Segundo informado por uma enfermeira que a visitou no dia seguinte ao parto, sequer era possível reconhecer a anatomia da vulva.

Em seu depoimento, a mulher expressou as dores que sentiu durante o parto. Relatou que o médico e uma enfermeira pressionaram sua barriga com os braços com o intuito de expulsar a criança (manobra de Kristeller) – fato confirmado pelo próprio médico – e que a incisão causou dor, motivo pelo qual acredita que a anestesia não funcionou corretamente:

[...] confirma que o parto foi realizado pelo denunciado, tendo o procedimento sido iniciado por volta das 07h. Diz que, em determinado momento, para “tentar expulsar a criança”, “Vidal e a enfermeira colocavam o braço em cima da barriga e empurravam para baixo e que ficou neste procedimento até às 10:15 horas e em razão de não conseguir o parto normal, foi aplicado [sic] anestesia local e então Vidal fez um corte transversal para ajudar a criança a nascer”, procedimento esse que causou dor – “acha que a anestesia não funcionou direito” (PARANÁ, 2015b, p. 9).

A criança nasceu com vida, mas em estado grave, e faleceu dezoito dias após o parto. Além de suportar o impacto da perda de um filho, a mulher precisou lidar com as consequências da deformidade provocada na região perineal, em razão da qual “[...] não conseguia sequer sentar-se normalmente, bem como desenvolver as atividades corriqueiras e costumeiras [...]” (PARANÁ, 2015b, p. 9). O médico responsável foi também acusado de exercer a profissão de maneira ilegal e de se utilizar, para tanto, de falsa identidade.

Da leitura desses casos, observa-se que houve, em todos, a produção de dano efetivo, o qual foi comprovado através da certidão de óbito, nos três processos em que ocorreu a morte da mulher, ou de laudo pericial, no caso em que a mulher sofreu lesão corporal. Cenário diverso foi constatado nos sete processos em que a mulher não figurou como vítima. Nestes, embora igualmente presentes falhas no atendimento à gestante, não foram realizados os exames periciais necessários para demonstrar a ocorrência do dano ou não constam informações sobre a produção de resultado naturalístico.

3.2 A MULHER COMO “MÃE DA VÍTIMA”

Abordados os quatro casos em que a mulher ocupou a posição de vítima, passa-se a explorar os sete processos em que a mulher não foi assim considerada. Do estudo destas ocorrências, assim como daquelas, indica-se a existência de irregularidades no contexto do parto desencadeadas por ações ou omissões de profissionais da saúde responsáveis pelo atendimento à gestante. Mais do que mero descuido, as condutas descritas nas decisões denotam verdadeiro descaso em relação ao corpo e à vida da mulher.

No primeiro processo, mesmo tendo ciência de que a paciente apresentava complicações para dilatar a bacia, conforme orientação transmitida pelo profissional que realizou o pré-natal, o médico insistiu em não realizar a cesariana, intervenção que se mostrava necessária diante das particularidades do caso concreto. Segundo consta, a mulher deu entrada no hospital municipal às 6h00min, após o rompimento da bolsa amniótica. Sem sequer atendê-la, o médico pediu à enfermeira que a internasse. A enfermeira, por sua vez, sem explicar ao certo à mulher para que e qual seria a medicação, aplicou-lhe ocitocina.

Em decorrência da medicação, a paciente começou a sentir fortes dores na barriga. Não obstante, nenhum outro médico vinha vê-la e a mulher foi informada pelas enfermeiras de que o médico responsável iria atender primeiro às consultas dele para, apenas depois, proceder ao seu atendimento. Após longo tempo de espera, por volta de 12h00min, o médico a examinou. Contudo, pediu à parturiente que aguardasse mais um pouco, pois esperaria para verificar se ela apresentava dilatação.

Por volta das 16h00min, a mulher “[...] havia quase perdido os sentidos e gritava de dores” (PARANÁ, 2015a, p. 237). Apesar disso, o médico não se dirigiu ao quarto; limitou-se a pedir a uma das enfermeiras que realizasse o exame de toque. Nesse momento, a mãe da paciente suplicou à enfermeira para que fizesse algo em favor de sua filha. A enfermeira, entretanto, respondeu: “se não quer ver sua filha passando dor, pague a cesárea que custa apenas R\$ 3.000,00” (PARANÁ, 2015a, p. 245).

Decorridos trinta minutos, o médico voltou ao quarto. Disse para aguardar mais um pouco e, novamente, saiu. Por volta das 17h15min, o médico retornou e, só

então, ao ver que a mulher sangrava e não apresentava mais forças, solicitou que preparassem a sala de cirurgia.

Ainda assim, nessa sala, o médico insistiu em pedir à paciente que fizesse força. A mãe da paciente foi impedida de entrar na sala e não havia visor na porta ou janela que a permitisse acompanhar o momento do parto. De acordo com a mulher, a “[...] sala de cirurgia foi um dos piores momentos, pois mesmo sem forças o médico insistia para que ela tentasse realizar o parto normal [...]” (PARANÁ, 2015a, p. 379).

Também na sala de cirurgia, atendendo à ordem do médico, o enfermeiro subiu no abdômen da mulher e passou a pressioná-lo com o joelho, empurrando a criança em direção ao colo do útero para que nascesse (manobra de Kristeller) – conforme admitido pelo próprio enfermeiro. O médico, utilizando um instrumento de ferro (fórceps), retirou o bebê e o parto foi realizado. Nesse sentido, narrou a mulher:

[...] mesmo na sala de cesária [sic], o médico pediu para que fizesse força; que um enfermeiro [...] subiu sobre a declarante e ajoelhou sobre sua barriga; que comentaram durante o parto que tentariam salvar ao menos a mãe; que sentiu ser puxado o bebê com um ferro e então foi realizado o parto; que não conseguiu realizar a cesária [sic] (PARANÁ, 2015a, p. 237).

Em decorrência do parto, a criança sofreu paralisia cerebral tetraparética secundária e anóxia neonatal, que lhe causaram permanente deficiência física, mental e oral. A despeito dos elevados gastos com a criança, a mulher está impossibilitada de trabalhar, pois se dedica exclusivamente aos cuidados do filho, que não fala, não anda e tampouco consegue se sentar. Com renda mensal de um salário mínimo, é o esposo quem sustenta a criança, a mulher e seu outro filho.

Igualmente em razão do parto, a mulher relatou que, “[...] às vezes, ainda sente dor por baixo [...]” (PARANÁ, 2015a, p. 530). Todavia, não foi considerada vítima. Ao longo do processo, os atores do sistema de justiça criminal referiram-se à mulher somente como “genitora” ou “mãe da vítima”. Apenas a criança foi submetida a exame pericial e, exclusivamente em relação a ela, foi imputada a prática do delito de lesão corporal gravíssima com deformidade permanente por omissão (art. 129, § 2º, IV, c/c o art. 13, § 2º, "a", ambos do Código Penal).

Não obstante, a análise do caso evidencia a prática de condutas tipicamente descritas pela literatura como violência obstétrica: indução das contrações uterinas com o uso de ocitocina, impedimento da presença de acompanhante²⁷, realização da manobra de Kristeller (FERREIRA; GONÇALVES, 2020), utilização de fórceps sem real necessidade, execução de procedimentos sem explicação à gestante ou sem a sua permissão (FERREIRA, 2019) e cobrança indevida por serviços de saúde (PARANÁ, [2022]).

Em relação à ocitocina, embora existam evidências científicas de que sua administração precisa manifeste benefícios, a aplicação rotineira da substância, sem a adoção de critérios adequados, acarreta riscos à saúde materna e fetal e pode gerar graves complicações (MORAES *et al.*, 2022). Nesse contexto, a mulher deve conhecer as vantagens e os potenciais malefícios da ocitocina sintética e ser informada a respeito da conduta do profissional que lhe assiste (SANTOS *et al.*, 2020).

No caso em análise, verifica-se que a mulher sequer havia sido avaliada pelo médico quando a ocitocina foi aplicada em seu corpo, o que pode indicar o uso indiscriminado da substância como prática corriqueira do hospital. Não houve,

²⁷ A proibição da presença de acompanhante caracteriza, além de violência obstétrica, manifesta violação à Lei Federal n. 11.108/2005 (Lei do Acompanhante).

também, respeito à autonomia da mulher, uma vez que o procedimento foi adotado sem o esclarecimento e consentimento da gestante.

A manobra de Kristeller, por outro lado, descrita pela primeira vez em 1867, não é recomendada pela literatura médica, na medida em que não há qualquer evidência científica de que seu emprego proporcione benefícios para a parturiente ou para o bebê; pelo contrário, a manobra é associada a lesões maternas e neonatais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018). Dentre os danos à integridade da mulher que podem advir do emprego da manobra de Kristeller, destacam-se os riscos de fratura de costela, ruptura de baço, fígado ou útero e lesões perineais (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018), além da dor que a própria realização do procedimento ocasiona (ARAÚJO *et al.*, 2021).

Cabe mencionar a existência de estudos que apontam para a maior incidência da manobra nas situações em que não há a presença de acompanhante durante o parto (DULFE *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2021). O caso ora examinado reflete o contexto indicado na literatura, haja vista que a mãe da paciente foi impedida de adentrar a sala de cirurgia e, em razão da ausência de visor na porta ou janelas, de visualizar o momento do parto. Nesse momento, a manobra foi realizada.

Quanto ao fórceps, embora sua utilização seja indicada em determinadas ocasiões (CUNHA, 2011), estudos assinalam o instrumento como causa, por exemplo, de lacerações do períneo materno (SOUZA; SOUSA, 2015). Ainda que se possa conjecturar acerca da necessidade do emprego do instrumento no estado em que o parto se encontrava, é certo que as circunstâncias decorreram da má condução do parto pelo médico, que optou por priorizar o atendimento de suas consultas para, tão somente depois, atender à gestante.

É de se destacar que a mulher foi encaminhada à sala de parto após onze horas de espera, momento em que não possuía mais forças, sangrava e havia quase perdido os sentidos. Ainda assim, o médico insistiu na realização do parto normal, mesmo em face das complicações que a mulher apresentava para dilatar a bacia.

Do ponto de vista do direito penal, considerando o relato feito pela mulher de que ainda sente dor “por baixo”, é possível – senão provável – que eventual exame pericial apontasse a ocorrência de lesão. Nesse caso, a conduta do médico se amoldaria ao crime de lesão corporal, descrito no art. 129 do Código Penal, cuja natureza leve, grave ou gravíssima seria definida a partir da intensidade do resultado.

Na prática, todavia, a mulher não foi submetida a exame, de modo que inexistente prova pericial apta a comprovar o dano. Apesar disso, mesmo diante da ausência de prova do resultado naturalístico, seria possível compreender que houve, ao menos, a criação de situação de perigo à saúde ou à vida da gestante, caso em que a conduta do médico se adequaria ao delito previsto no art. 132 do Código Penal. Trata-se de crime que prescinde do dano para a sua configuração (BITENCOURT, 2022a) e possui caráter expressamente subsidiário (PRADO, 2018), justificando-se a sua incidência na hipótese analisada, em que não há prova da ocorrência de lesão corporal.

De acordo com a doutrina, a criação de situação de perigo direto e iminente é suficiente para a caracterização desse delito, seja em decorrência de comportamento comissivo ou omissivo do agente (BITENCOURT, 2022a). No caso em estudo, depreende-se que a conduta médica causou efetiva exposição da vida ou da saúde da mulher a perigo, não apenas em razão da morosidade no atendimento à gestante, como também pela adoção de práticas sequer recomendadas pela literatura médica – inclusive com o risco de ruptura de órgãos.

Ademais, deve-se atentar ao fato de que a enfermeira condicionou o acesso da paciente à cesárea ao pagamento de quantia, conduta que, além de expressar o aspecto material da violência obstétrica²⁸, revela a possível prática do delito de concussão pela funcionária. Referido crime, previsto no art. 316 do Código Penal, consiste em exigir vantagem indevida para si ou para outrem, direta ou indiretamente, em razão da função (BRASIL, 1940). Cuida-se de crime próprio quanto ao sujeito ativo, posto que somente pode ser praticado por funcionário público (GRECO, R., 2022a).

No que diz respeito ao conceito de funcionário público, o Código Penal adotou, no art. 327, concepção extensiva (BITENCOURT, 2022b). Nesse sentido, à luz da lei penal, considera-se funcionário público quem exerce cargo, emprego ou função pública, ainda que de forma temporária ou sem remuneração (BITENCOURT, 2022b).

Por se tratar de crime de natureza formal, a consumação ocorre quando o agente exige a vantagem indevida, de modo que sua obtenção constitui mero exaurimento do crime (GRECO, R., 2022a). Basta que, motivado pela função, o agente imponha ao sujeito passivo a concessão da vantagem indevida, exigência que pode se apresentar inclusive de maneira implícita (BITENCOURT, 2022b), pelo temor genérico inculcado na vítima (PRADO, 2018).

O caso em exame ocorreu em um hospital público, isto é, que integra a Administração Pública e é abrangido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), motivo pelo qual a enfermeira pode ser considerada funcionária pública para fins penais. Por ocupar a posição de enfermeira, a funcionária exigiu à mãe da paciente o pagamento de R\$ 3.000,00 como condição para a realização de cesárea, procedimento que se mostrava necessário em face das especificidades do caso e cujos custos são cobertos pelo SUS.

A mãe foi, assim, constrangida ao pagamento da vantagem indevida pretendida pela enfermeira como forma de cessar a dor que afligia a filha, conforme sugestionado pela própria funcionária: “se não quer ver sua filha passando dor, pague a cesárea que custa apenas R\$ 3.000,00” (PARANÁ, 2015a, p. 245). Embora o pagamento não tenha sido efetuado, esse aspecto não influi na consumação do delito, que já teria ocorrido quando da exigência da vantagem.

Isso posto, a partir da análise do primeiro processo, conclui-se que a criança não foi a única vítima. Para além de atos caracterizadores da violência obstétrica, foi possível identificar condutas passíveis de subsunção a tipos descritos no Código Penal, nos quais poderiam figurar como vítima, respectivamente, a mulher e sua mãe. No delito de perigo para a vida ou saúde de outrem, a vítima seria a mulher, na medida em que é a titular dos bens jurídicos expostos a risco considerável de dano. No crime de concussão, por sua vez, o sujeito passivo é o Estado e, secundariamente, quem sofreu a coação do funcionário público (PRADO, 2018). Dessa forma, ainda que em plano secundário, a mãe da paciente também poderia figurar como vítima.

No segundo caso, o médico constatou através do exame de ultrassonografia que a mulher estava grávida de feto único quando, em verdade, se tratava de gestação gemelar. Mesmo em face da preocupação da gestante e da presença de indicativos de gravidez gemelar, como o elevado ganho de peso, o médico se negou a realizar novo exame, afirmando à paciente que “[...] o resultado do exame em relação ao

²⁸ De acordo com o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio (2012), os atos caracterizadores da violência obstétrica podem ser classificados em condutas de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático ou material. Nessa última categoria, inserem-se as ações direcionadas à obtenção de recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, em ofensa aos seus direitos (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

número de crianças não muda, porque só faria outro exame se fosse particular” (PARANÁ, 2010, p. 9) – custo com o qual a mulher não pôde arcar.

A existência de gêmeos só foi verificada durante a realização do parto. O primeiro feto já havia falecido no útero materno, provavelmente durante as quarenta e oito horas anteriores ao parto. O segundo nasceu com vida, mas em sofrimento fetal, razão pela qual foi a óbito após dois dias. Consignou-se que, se a gestação gemelar tivesse sido diagnosticada, o procedimento adotado seria outro e a vida de ambos ou de pelo menos um dos gêmeos poderia ter sido salva. De acordo com o laudo técnico do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, “O atendimento durante o pré-natal foi incompleto e não se fez o diagnóstico de risco fetal” (PARANÁ, 2010, p. 7).

Em relação à mulher, não constam dados a respeito de eventuais danos à integridade física. Todavia, há a informação de que, em virtude desses acontecimentos, a mulher necessitou de tratamento para depressão, doença psiquiátrica que persistiu ao menos até sua oitava em juízo, oportunidade em que afirmou: “Que fez tratamento de depressão depois do parto; Que até hoje faz tratamento de depressão” (PARANÁ, 2010, p. 9).

Assim como no primeiro processo, a presença de dano psíquico nesse caso poderia levar à configuração do crime de lesão corporal (art. 129 do Código Penal). Isso porque a proteção legal conferida por esse tipo penal comporta não apenas a integridade anatômica, como também a normalidade fisiológica e psíquica do indivíduo (BITENCOURT, 2022a). Nesse sentido, antes mesmo do advento da Lei n. 14.188/2021, que inseriu o delito de violência psicológica contra a mulher no art. 147-B do Código Penal, a doutrina já defendia a tutela da saúde mental pelo crime de lesão corporal (JESUS, 2015; PRADO, 2018; BITENCOURT, 2019; RAMOS, 2019).

No caso sob análise, o fato descrito na denúncia e a decisão do Tribunal são anteriores à tipificação do delito de violência psicológica contra a mulher. Por isso, argumenta-se que seria possível aplicar, desde logo, o crime de lesão corporal, já suficiente à repressão penal dos comportamentos que acarretem ofensa à saúde mental da mulher (RAMOS, 2022).

Por se tratar de crime que deixa vestígios, a prova da materialidade é condicionada à realização de exame de corpo de delito, em conformidade com o art. 158 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941). No caso do dano psíquico, portanto, a perícia psicológica é fundamental para comprovar a presença e a intensidade da lesão provocada (RAMOS, 2022).

Não obstante, em que pese a mulher tenha relatado que necessitou de tratamento para depressão em decorrência dos eventos que envolveram o parto, não foi realizado exame pericial. Dessa forma, embora a descrição se amolde, em tese, à previsão do art. 129 do Código Penal, na prática, não houve produção de prova do dano psíquico.

Ainda assim, aspectos como a incompletude do pré-natal, o equívoco no diagnóstico da gestação gemelar e a recusa em realizar novos exames, que foram determinantes para a morte de ambos os gêmeos, apontam para a existência de falhas na atenção ao parto também em relação à gestante. Desse modo, conquanto não se identifique na decisão analisada a realização de um procedimento específico que, em si, tenha gerado risco à gestante, uma investigação atenta às circunstâncias do parto, em especial aos detalhes que poderiam ser colhidos durante a oitava da mulher, teria o condão de evidenciar o possível perigo direto e iminente criado a partir da ação ou omissão dos profissionais da saúde envolvidos.

O terceiro caso insere-se nesse contexto. Não com base na denúncia, mas a partir da descrição do fato apresentada pela mulher, é possível reconhecer a adoção

de condutas como a execução da manobra de Kristeller e a persistente recusa das enfermeiras em comunicar o médico responsável sobre a situação da gestante.

Segundo consta, a gestante dirigiu-se ao hospital por volta das 2h00min em razão da rotura da bolsa amniótica. Não sentia dor alguma, mas lhe aplicaram remédios e soros, e as dores começaram. Com o aumento progressivo da dor, a mulher solicitou a presença do médico diversas vezes, mas as enfermeiras não o chamavam; diziam apenas para a mulher “aguentar”, pois era “assim mesmo”.

O médico não se encontrava no local, pois realizava o plantão obstétrico na modalidade de sobreaviso. Contudo, há prova nos autos de que o médico não estava à disposição do hospital, posto que, no mesmo horário, atendia a outros pacientes em uma unidade básica de saúde do município. Nenhum outro médico examinou a mulher, o que causou sensação de abandono em sua acompanhante: “[...] praticamente ficamo [sic] abandonado lá [...]” (PARANÁ, 2015c, p. 1022).

Por volta das 8h50min, a mulher foi encaminhada para a sala de parto pelas enfermeiras. A acompanhante, por questões de ordem pessoal, optou por não adentrar o local. Durante o parto, a gestante permaneceu solicitando a presença do médico, mas as enfermeiras insistiam em afirmar a desnecessidade de tal medida. As profissionais da saúde subiram na barriga da mulher e empurraram-na para baixo repetidas vezes (manobra de Kristeller), porém a criança não nasceu:

[...] eu pedia pra chamar o médico, elas falavam que era normal, que era assim mesmo, eu pedia pra chamar o médico, que não aguentava mais, mas falavam que o bebê já ia nascer, já ia nascer e não nascia. Quando tavam [sic] as duas enfermeiras demorou bastante, elas subissem [sic] na minha barriga, empurravam minha barriga e não nascia, não nascia. Pedia pra chamar o médico, mas não chamavam. Ficava na mesma posição, mas subiam me empurrando minha barriga [sic] pra baixo mas não nascia (PARANÁ, 2015c, p. 1020).

Somente por volta das 9h15min, ao constatar a parada de progressão do parto, a enfermeira responsável decidiu acionar o médico plantonista. O médico chegou ao hospital após dez minutos, aplicou uma injeção na mulher e, às 9h25min, o parto foi concluído. Entretanto, ao nascer, verificou-se que a criança apresentava quadro de hipóxia severa, parada cardiorrespiratória prolongada e convulsões. Em decorrência disso, a criança permaneceu quarenta e dois dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mas não resistiu.

De acordo com o parecer técnico do setor médico do CAOP, a demora da enfermagem para reconhecer os riscos e comunicar o médico, além da ausência do médico no hospital, foram fatores essenciais para esse desfecho. A mulher, ao relatar o caso, manifestou o desejo de que outras mulheres não tenham de vivenciar momentos como esse: “Eu gostaria que isso não acontecesse mais, porque o que to passando não gostaria que mãe nenhuma tivesse passando” (PARANÁ, 2015c, p. 1020).

Mencionada ao longo do processo apenas como “mãe da vítima” ou “mãe do ofendido”, a gestante poderia ter sido considerada vítima do delito descrito no art. 132 do Código Penal por se compreender que os profissionais da saúde envolvidos, ao adotar esse comportamento, criaram situação de perigo – pelo menos – à saúde da mulher. Aliás, há indícios nos autos de que havia um ajuste prévio entre o médico e a enfermeira responsável para que esta só contatasse aquele em caso de intercorrência, fossem os partos de baixo ou alto risco. A partir do depoimento de uma testemunha, há também indicativos de que a enfermeira recebia gratificação ou adicional do hospital, cujo proprietário era o médico, para agir dessa forma.

Destacam-se, ainda, os riscos provocados pela execução da manobra de Kristeller, procedimento que, conforme abordado anteriormente, não encontra na ciência qualquer justificativa para ser realizado. Dessa forma, conquanto não haja prova de que a conduta adotada pelo médico e pela enfermeira tenha produzido dano efetivo, a criação de risco concreto à gestante é manifesta e os profissionais da saúde poderiam incorrer nas sanções do crime de perigo para a vida ou saúde de outrem.

Diversamente do terceiro caso, a quarta, quinta, sexta e sétima decisões não abordam de forma detalhada o momento do parto. Não obstante, a análise dessas ocorrências evidencia, igualmente, a multiplicidade de falhas no atendimento à mulher.

No quarto caso, a mulher chegou ao hospital em trabalho de parto e o médico responsável, após realizar um exame de rotina, dirigiu-se para casa, incumbindo uma auxiliar de enfermagem, que não possuía a qualificação técnica necessária, de realizar o parto. Tempos depois, a mulher começou a sentir fortes dores. Diante disso, foram efetuadas diversas tentativas de contato com o médico. No entanto, o profissional não foi localizado e em nenhum momento ligou para se informar acerca do estado da parturiente.

Com o rompimento da bolsa amniótica, a mulher foi encaminhada para a sala de parto. A auxiliar de enfermagem, então, com a ajuda de outras duas auxiliares, sem a presença do médico, procedeu à realização do parto natural. Ocorre que o parto não transcorreu de modo regular e houve a aspiração de mecônio pela criança, o que obstruiu suas vias aéreas e culminou na sua morte dois dias após o parto. A ausência do médico foi considerada determinante para esse resultado, ficando “[...] comprovado que [o médico] criou e incrementou riscos proibidos [...]” (PARANÁ, 2008b, p. 12).

No quinto processo, a mulher foi internada com quadro de bolsa rota. O médico, embora contatado diversas vezes, não se dirigiu ao hospital, desincumbindo-se do caso por telefone – houve, inclusive, a prescrição à distância de medicações intramuscular e endovenosa a serem aplicadas na gestante. O acompanhamento do trabalho de parto foi efetuado por auxiliares de enfermagem e decorreram quase vinte e quatro horas até que o médico decidiu se deslocar ao hospital. Em consequência do retardo na realização do parto, conforme apontou a perícia, ocorreu sofrimento fetal agudo e a mulher deu à luz um bebê natimorto.

No sexto caso, a despeito da presença do médico no hospital, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS concluiu que “A atenção ao trabalho de parto foi insatisfatória” (PARANÁ, 2006, p. 8). Isso porque não houve o necessário e rigoroso controle dos batimentos cardíacos fetais durante o trabalho de parto. Dessa forma, o médico deixou de detectar o sofrimento fetal agudo que ocorria em virtude de duas circulares de cordão umbilical, condição que levou à obliteração dos vasos do cordão e impediu trocas materno-fetais, com a consequente anóxia e óbito do feto. O parto só foi realizado após ter sido constatada a inexistência de batimentos cardíacos fetais. Ao apreciar o caso, o Tribunal consignou ser “[...] clara a negligência no atendimento à parturiente [...]” (PARANÁ, 2006, p. 11).

Por último, no sétimo caso, embora tenha sido efetuado o controle dos batimentos cardíacos fetais, não houve monitoramento adequado. O médico imperitamente atestou ou negligentemente deixou que atestassem que o feto apresentava batimentos cardíacos normais e, quando os batimentos baixaram, não providenciou a realização de cesárea. Tal intervenção se mostrava necessária no caso concreto para evitar a morte a criança, que foi a óbito em decorrência de sofrimento fetal agudo. De acordo com a denúncia, esse contexto relevou três possíveis cenários: o médico não estava presente durante o trabalho de parto, não

monitorou de maneira correta os sinais vitais do feto ou delegou o cuidado da gestante e da criança a funcionários cuja qualificação profissional desconhecia²⁹.

Nessas decisões, não constam informações pormenorizadas e específicas a respeito da forma como a mulher foi tratada no ambiente hospitalar, na medida em que o foco da denúncia, dos depoimentos e da própria decisão é a criança, considerada efetiva vítima do processo. Ainda assim, considerando situações como o controle inapropriado dos dados vitais do feto e a ausência do médico no hospital, as quais provocaram a morte do feto ou do recém-nascido em todos esses casos, é razoável conjecturar que não houve monitoramento adequado da própria gestante.

Nesse contexto, uma investigação atenta aos detalhes e irregularidades do parto, bem como às consequências geradas para a mulher – e não apenas à criança –, seria capaz de evidenciar os danos, inclusive psíquicos, ocasionados pela atuação dos profissionais da saúde responsáveis pelo cuidado da gestante. Se não demonstrar efetivo dano, seria capaz, ao menos, de destacar a criação de perigo pela omissão ou pela realização de intervenções desnecessárias e potencialmente prejudiciais à mulher por esses profissionais.

Portanto, em resposta ao sexto critério de análise, conclui-se que, em todos os casos de violência obstétrica examinados, existiam elementos que apontavam para a possível ocorrência de crime no qual figuraria como vítima a mulher, seja pela provável presença de dano físico ou psíquico, que poderia ter sido demonstrado a partir da realização de exame pericial no momento oportuno, ou pela existência de falhas no atendimento à gestante, cujo aprofundamento poderia evidenciar a criação de situação de perigo para a sua saúde ou vida.

Mais do que simples descuidos, o estudo desses casos revela o descaso de alguns profissionais da saúde em relação à mulher; de profissionais da saúde que, por exemplo, preferiram “[...] o conforto e o aconchego do seu lar, numa outra cidade, a atender imediatamente uma humilde paciente [...]” (PARANÁ, 2002, não paginado).

Diante dessa constatação, impõe-se questionar: quem é, afinal, a vítima da violência obstétrica para o sistema de justiça criminal?

4 A VÍTIMA POR EXCELÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PARA O SISTEMA DE JUSTIÇA CRIMINAL: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

O sistema de justiça criminal não é dotado de neutralidade. Segundo Almeida, Pandjarian e Izumino (2002), os estereótipos, preconceitos e discriminações de gênero enraizados na cultura e na mente dos indivíduos são incorporados pelos operadores do Direito, muitas vezes de maneira inconsciente, e reproduzidos na prática jurídica. Nesse contexto, a reflexão a respeito de quem ocupa a posição de vítima da violência obstétrica para o sistema de justiça criminal perpassa pelo reconhecimento dos estereótipos de gênero cristalizados na sociedade e nas bases da própria violência obstétrica.

Historicamente, a sexualidade feminina esteve atrelada à função reprodutora (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Através da maternidade, tida como destino irremediável do corpo feminino, é que a mulher se realizaria sexual e socialmente (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Dessa forma, além do aspecto biológico, a maternidade é o campo no qual se exerce a função social do papel atribuído à mulher (AGUIAR, 2010).

²⁹ Nesse caso, diferentemente dos demais, a mulher foi nomeada vítima pela denúncia. Ao longo da decisão, contudo, o termo foi utilizado para se referir ao nascituro e apenas em relação a esse foi imputada a ocorrência de crime.

O parto, nesse sentido, também atua no contexto social (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Não por outra razão, o processo de desenvolvimento da medicina voltada para a mulher, especialmente a medicalização da gravidez e do parto, se assentou sobre crenças a respeito do corpo feminino (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

No âmbito dessas concepções estereotipadas, esse corpo foi considerado potencialmente patológico por natureza (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018). Visto como a versão biologicamente inferior ao homem (BRITO, 2021), o corpo da mulher demandava intervenções visando à sua correção por ser, em essência, defeituoso e imprevisível (DINIZ, 2009).

Ainda, por dizer respeito ao exercício da sexualidade feminina, o parto e suas dores eram compreendidos como uma penalização imposta à mulher em decorrência da prática do pecado original (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Em outras palavras, a dor era percebida como o custo a ser suportado pelo suposto prazer do ato sexual que originou a gestação (AGUIAR, 2010).

Em meio a essas crenças, o partear, antes de domínio exclusivo das mulheres³⁰, foi apropriado como um evento médico (AGUIAR, 2010). Diante da noção do parto como um acontecimento fisiologicamente patogênico e da culpabilização da mulher por sua sexualidade, o médico obstetra assumiu o papel de combater os perigos da parturição (FERREIRA, 2019) e passou a ocupar, no imaginário social, a posição do cientista habilidoso, piedoso e protetor (SILVA; AGUIAR, 2020).

Apoiado em intervenções, o médico obstetra é quem seria capaz de abreviar o sofrimento da parturiente (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018), cuja fisiologia frágil e dependente da tecnologia representaria uma ameaça ao próprio bebê (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016). Nessa conjuntura, a parturiente foi excluída da posição de protagonista do processo de parto e relegada a um lugar de passividade em relação aos médicos (SIQUEIRA, 2021).

Apesar da historicidade, esses estereótipos de gênero não se circunscrevem ao passado. Pelo contrário, as concepções a respeito do corpo e do papel social da mulher ainda se fazem presentes e orientam a atuação de profissionais da saúde na atualidade. Janaína Marques de Aguiar (2010), ao analisar os relatos de puérperas, obstetras, enfermeiras e técnicas de enfermagem a respeito da violência obstétrica, observou a reprodução da noção da dor do parto como aspecto intrínseco ao papel materno e da banalização do sofrimento da parturiente.

A partir desses depoimentos, a autora constatou que a figura da mulher que suporta a dor calada é valorizada pelos profissionais e, muitas vezes, pelas próprias parturientes³¹ (AGUIAR, 2010). Além disso, verificou que a obediência das parturientes é uma qualidade esperada no vínculo hierárquico entre paciente e profissional, à qual as mulheres se submetem em uma dupla relação de poder (enquanto pacientes e, ainda, enquanto mulheres) (AGUIAR, 2010). Em consequência, as mulheres que não se submetem ao comportamento obediente que delas se espera e que não aceitam a dor como um elemento natural e como custo a ser pago para ser mãe são tidas como não colaborativas ou escandalosas (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

³⁰ Conforme explica Maira Soares Ferreira (2019, p. 117), “Durante quase toda a história da humanidade, os partos e nascimentos foram assistidos por mulheres parteiras, curiosas, aparadeiras, bruxas, raizeiras, benzedadeiras, comadres e matronas”.

³¹ Na perspectiva das parturientes, essa valorização não ocorre apenas pela incorporação da naturalização da dor do parto em seus discursos, mas também pelo receio de sofrer represálias por parte dos profissionais ao expressar sua dor (AGUIAR, 2010).

Em face dessas mulheres, a maioria dos profissionais entrevistados admitiu adotar condutas mais ríspidas e realizar ameaças para coagi-las a “colaborar” – isto é, para que se submetam às intervenções e abduquem de se expressar –, atitudes compreendidas como necessárias e legítimas no exercício da autoridade profissional (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Nesse sentido, além da banalização do sofrimento, o emprego de recursos violentos, como a ameaça de abandono, é prática corriqueira e considerada legítima nas maternidades (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Ainda, frases jocosas, algumas de conotação sexual, são frequentemente empregadas por esses profissionais (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). São falas que, de acordo com Aguiar (2010), expressam uma cultura de controle da vida reprodutiva das mulheres e de repressão da sua sexualidade:

Quase todos os nossos entrevistados relataram já terem utilizado ou presenciado o uso de frases como: “Na hora de fazer não chorou, está chorando agora por quê?”, “na hora de fazer não chamou a mamãe, agora chama, né?”, “ah, não chora não, ano que vem você está aqui de novo”, “se você ficar gritando o seu neném pode nascer surdo” (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013, p. 2292).

Sendo assim, inserida em um contexto marcado por estereótipos de gênero e atravessado por outros elementos, tais como questões de classe social e etnia, a mulher passa por uma dupla objetificação: seu corpo é assumido como um objeto sobre o qual se exerce o controle, domínio e intervenção da medicina e se torna um simples meio para obter o produto, em regra, mais importante do parto – a criança (AGUIAR, 2010).

Enquanto transportadora desse produto (PALHARINI, 2017), a mulher é reduzida a um mero corpo reprodutor e sua subjetividade é desconsiderada (AGUIAR, 2010). Ao não ser reconhecida como sujeito, a mulher não é enxergada como alguém que possui direitos e que sofre (AGUIAR, 2010) e sua eventual insatisfação com a experiência do parto parece insignificante (WERMUTH; GOMES; NIELSSON, 2016).

Concomitantemente, sob o pressuposto de que o médico é o detentor da autoridade técnico-científica sobre o corpo (SENS; STAMM, 2019), há a ideia generalizada de que toda atenção médica objetiva promover o bem-estar dos pacientes (PALHARINI, 2017). Desse modo, muito embora as intervenções realizadas por profissionais da saúde no âmbito da parturição não necessariamente conduzem a melhores resultados, tampouco são sinônimos de assistência adequada (CARVALHO; ANDRADE, 2020), cria-se a figura de um ente transcendental “médico”, tornando praticamente inimaginável que um ato médico possa corresponder a uma violência (PALHARINI, 2017).

Essas concepções, presentes no imaginário social e reafirmadas nos hospitais e maternidades, são também assimiladas pelo sistema de justiça criminal, que reproduz a visão da mulher como um mero corpo reprodutor e do médico como a autoridade cuja atuação é, em todas as hipóteses, em prol da paciente. A criança, considerada, em regra, o produto mais significativo do parto (AGUIAR, 2010), é também a pessoa a quem o sistema de justiça criminal confere maior importância. É esse o foco da investigação, da denúncia e das decisões, ao passo que as consequências do processo de parto para a mulher são, na maioria das vezes, desconsideradas.

Além dos estereótipos de gênero mencionados, esse cenário também é explicado pela própria natureza da violência obstétrica. De acordo com Barboza e

Mota (2016), trata-se da forma de violência mais insidiosa e que pode até constituir-se a mais agressiva, opressora e dominadora em razão da sutileza com a qual se esconde nas relações sociais. Nesse sentido, em que pese não tenham sido observadas frases direcionadas a desqualificar a mulher da posição de vítima, os casos analisados revelam um aspecto ainda mais profundo: sequer se vislumbra a possibilidade de que a mulher – esse objeto-meio para se chegar à criança – ocupe esse lugar.

A dor que redundava do parto e das intervenções nem sempre necessárias e cientificamente recomendadas, mas frequentemente realizadas nesse processo, é irrelevante. Afinal, à luz das concepções estereotipadas que permeiam tal conjuntura, é esse o papel social que cabe a esse corpo afastado de sua subjetividade e reduzido à função reprodutora.

Isso se refletiu de modo notório em um dos processos analisados: embora a mulher tenha relatado que “[...] às vezes, ainda sente dor por baixo [...]” (PARANÁ, 2015a, p. 530), essa informação foi negligenciada pelo sistema de justiça criminal. A mulher permaneceu vista exclusivamente como “genitora” ou “mãe da vítima” e a dor, nesse âmbito, não caracterizou nada além do preço que deve ser suportado para gerar a criança.

Também não foram levadas em conta as condutas de profissionais da saúde que criaram situação de perigo à saúde ou à vida da mulher. Dentre essas, a execução da manobra de Kristeller foi a mais evidente.

Além de possíveis danos físicos, ofensas à integridade psíquica da mulher deixaram de ser consideradas. Desse modo, em outro caso examinado, em que pese a mulher tenha manifestado que necessitou de tratamento para depressão após os acontecimentos que envolveram o processo de parto, as crianças continuaram sendo percebidas como as únicas vítimas do processo.

Cabe ressaltar que relatos como esse, não obstante não tenham sido identificados nos demais casos abordados neste estudo, não são isolados. Narrativas reunidas pela Rede Parto do Princípio (2012) demonstram que o sofrimento provocado pela violência obstétrica não se restringe ao físico; é dor que, nas palavras das mulheres violentadas, se sente na alma: “Até hoje tenho sonhos e flashes dos momentos que passei na sala de parto, chorei muito, e até hoje, choro porque dói dentro de mim, dói na alma” (p. 83). De maneira semelhante: “Minha cicatriz ficou maior ainda na minha alma. Me senti violentada, me senti punida [...]. Me sentia roubada, me tinham roubado minha sexualidade, minha autoestima, me sentia castrada” (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012, p. 83).

A mulher só foi apreendida para além do lugar de mãe e considerada efetiva vítima nas situações que foi a óbito (três casos) ou sofreu lesão corporal gravíssima com deformidade permanente (um caso) – nesse último processo, inclusive, somente após a denúncia ter sido aditada. Ainda assim, a imagem do médico como detentor da maior autoridade técnico-científica a respeito do corpo (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013) e como aquele que sempre age em benefício da criança e da parturiente não deixou de exercer influência.

Nos três casos em que ocorreu a morte da mulher, a denúncia imputou aos acusados a prática do delito de homicídio na modalidade culposa, atribuindo a produção do resultado à inobservância do dever objetivo de cuidado, seja em decorrência de negligência, imprudência ou imperícia³². Tratou-se a violência

³² Assim também feito em seis dos sete casos em que houve a morte da criança. No único processo em que a denúncia imputou a prática do delito de homicídio simples, o Tribunal procedeu à desclassificação para a modalidade culposa.

obstétrica como erro médico, o que, de acordo com Flávia Siqueira, é frequente e equivocadamente realizado na jurisprudência brasileira:

Ao contrário do que a jurisprudência brasileira parece conceber, os comportamentos que constituem violência no parto não se confundem com a negligência médica (muito conhecida pela expressão “erro médico”), pois não se trata de crimes culposos nos quais o médico deixa de observar deveres de cuidado inerentes à *lex artis* na execução desses procedimentos, mas sim de ações ou omissões dolosas de desrespeito à autonomia da mulher (2021, paginação irregular).

No processo em que a mulher sofreu lesão corporal gravíssima com deformidade permanente, em que pese o Ministério Público do Estado do Paraná tenha sustentado que o réu agiu com dolo eventual³³, o Tribunal procedeu à desclassificação do crime para o delito de lesão corporal culposa sob o argumento de que inexistiam indícios suficientes de que o acusado assumiu o risco de produzir esse resultado.

Restou incontroverso nos autos que o réu, apesar de possuir formação em medicina, não era habilitado para desempenhar a profissão no Brasil³⁴. A episiotomia – procedimento denominado em alguns estudos de mutilação genital (DINIZ, 2012) – e a episiorrafia realizadas no corpo da mulher causaram tamanha deformidade que “[...] não dava para reconhecer a anatomia da vulva” (PARANÁ, 2015b, p. 11). Ainda assim, na visão do Tribunal, o suposto profissional não fez outra coisa senão intervir em benefício da mulher e do bebê: “Aliás, estas [as lesões corporais] somente foram oriundas de procedimento – episiotomia – que [...] [o médico] se valeu, justamente, no intuito de facilitar o parto” (PARANÁ, 2015b, p. 14).

Sendo assim, a partir dos processos que compõem a amostra da presente pesquisa, é possível inferir que a vítima da violência obstétrica para o sistema de justiça criminal é, por excelência, a criança. Para que a mulher transcenda o lugar de mãe e, em potencial, passe a ocupar a posição de vítima, ao que o estudo da amostra indica, deve haver: (a) a produção de um resultado naturalístico (b) que acarrete à mulher danos físicos (não psicológicos) (c) suficientemente graves aos olhos do sistema de justiça criminal, que não podem ser mascarados como mera decorrência de uma assistência médica supostamente adequada. Nessa hipótese, há maiores chances de que seja oportunizada uma investigação que se volte à gestante e não apenas à criança e de que a mulher seja percebida como digna de proteção do direito penal.

Como efeito, são negligenciadas diversas outras situações também graves do ponto de vista da violência obstétrica e igualmente passíveis de subsunção a tipos penais previstos no ordenamento jurídico brasileiro, tais como ameaças, xingamentos e outros tratamentos desumanizadores a que mulheres são rotineiramente submetidas nos hospitais e maternidades. Dessa forma, o emprego desses recursos violentos no âmbito da assistência ao parto, considerado necessário e legítimo por profissionais da saúde (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), é também legitimado pelo sistema de justiça criminal, que, embora não corresponda à ferramenta primária de afirmação dos direitos das mulheres, é importante meio através do qual se comunica a inadmissibilidade estatal da violência (ÁVILA, 2022).

³³ O agente pratica a conduta com dolo eventual quando, não obstante não queira o resultado, assume o risco de produzi-lo, isto é, “[...] o agente não quer diretamente produzir o resultado, mas, se este vier a acontecer, pouco importa” (GRECO, R., 2022b, p. 297).

³⁴ Embora inequívoca essa informação, o crime de exercício ilegal da medicina já havia prescrito.

Nesses e nos demais casos abordados nesta pesquisa, a mulher continua ocupando o lugar que lhe cabe de “mãe da vítima” – de um corpo destituído de sua subjetividade, reduzido à função de reproduzir e ao dever de trazer ao mundo a criança, vítima por excelência. O sofrimento, por sua vez, permanece um custo que deve ser suportado pela mulher, e a violência obstétrica segue sendo perpetuada com o aval da sociedade e do sistema de justiça criminal.

5 CONCLUSÃO

A análise dos casos que compõem a amostra do presente estudo sugere a existência de aspectos comuns em relação à forma como a violência obstétrica é percebida pelo sistema de justiça criminal e ao lugar que a mulher ocupa nesses processos.

No que diz respeito aos autores da violência obstétrica, em todos os casos, a autoria foi imputada pela denúncia a profissionais da saúde, dentre os quais médicos do gênero masculino formaram a maioria (87%). O crime com maior incidência foi o de homicídio culposo, com ou sem a aplicação da majorante prevista no § 4º do art. 121 do Código Penal (82%). Quanto ao teor das decisões proferidas, embora a maioria dos denunciados tenha sido condenada pelo juiz singular (61%), a absolvição foi o resultado observado com maior frequência dentre as decisões do Tribunal (33%).

No que tange às vítimas da violência obstétrica, verificou-se que a mulher não foi assim considerada na maioria dos processos (64%). Não obstante, o exame dos contextos fáticos permitiu inferir que havia, em todos esses casos, elementos que apontavam para a possível ocorrência de crime no qual a mulher figuraria como vítima. Mais do que simples descuidos, a investigação revelou o descaso na conduta adotada por profissionais da saúde no âmbito da assistência ao parto.

Essas condutas, contudo, são frequentemente categorizadas como erro médico, na medida em que não se supõe que esse profissional, detentor do conhecimento e da autoridade sobre o corpo, possa praticar uma violência. Ainda mais profundamente, não se vislumbra que a mulher, cujo destino é a maternidade, possa dela ser alvo.

Concluiu-se que o sistema de justiça criminal reproduz a visão da mulher como um corpo meramente reprodutor, afastado de sua subjetividade e encarregado de gerar a vida considerada a mais importante do processo de parto. A criança é, portanto, quem ocupa o lugar de vítima por excelência da violência obstétrica, e as consequências que incidem sobre o corpo-objeto da mulher são, em sua maioria, desconsideradas pelo sistema de justiça criminal.

Ainda que iniciais as conclusões traçadas neste estudo em razão da reduzida quantidade de decisões proferidas, os resultados obtidos sinalizam a necessidade de que os casos de violência obstétrica sejam tratados no âmbito do sistema de justiça criminal com perspectiva de gênero. Nesse sentido, impõe-se que as investigações criminais, denúncias e decisões voltem seu olhar à mulher, não apenas à criança, e aos detalhes violentos que subjazem a intervenções médicas supostamente necessárias. Impõe-se que a mulher seja percebida pelo sistema de justiça criminal para além do seu papel de “mãe da vítima” e reconhecida como efetiva sujeita de direitos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29 n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BHJvS6SwS6DJJkY6XFTk3fs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

ALMEIDA, Angélica de Maria Mello de; PANDJIARJIAN, Valéria; IZUMINO, Wânia Pasinato. Os estereótipos de gênero nos processos judiciais e a violência contra a mulher na legislação. *In*: MORAES, Maria Lygia Quartim de; NAVES, Rubens (org.). **Advocacia pro bono em defesa da mulher vítima de violência**. Campinas: Editora da Unicamp; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2002. p. 75-106.

ARAÚJO, Agostinho Antônio Cruz *et al.* Manobra de Kristeller: há benefício nesta técnica? **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 276-281, jan./dez. 2021. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8513/pdf_1. Acesso em: 18 fev. 2023.

ÁVILA, Thiago Pierobom de. Dogmática penal com perspectiva de gênero. *In*: PALMA, Maria Fernanda *et al.* (org.). **Prof. Doutor Augusto Silva Dias In Memoriam**. Lisboa: AAFDL, 2022. v. 2. p. 237-271.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 119-129, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Código Penal comentado**. 10. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2019. *E-book*.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Especial** (arts. 121 a 154-B). 22. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2022a. v. 2. *E-book*.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Especial** (arts. 312 a 359-T e Lei n. 10.028/2000). 16. ed. São Paulo: SaraivaJur, 2022b. v. 5. *E-book*.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Código de Processo Penal. Rio de Janeiro: Presidência da República, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3689.htm. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRITO, Laura Elisabete Figueiredo. Lutas partilhadas: a importância dos movimentos sociais digitais para o reconhecimento da violência obstétrica. **Arandu – Revista Científica del Grupo de Teoría Social, Estudios Descoloniales y Pensamiento Crítico**, Mar del Plata, ano 3, n. 3, p. 12-23, jul./dez. 2021. Disponível em: <https://www.revistaarandu.com/wp-content/uploads/2022/01/ARANDU-3-Online.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

CARVALHO, Grasielle Borges Vieira de; ANDRADE, Jéssica Souto de Figueiredo. Mulher e parto: reflexões sobre a violência obstétrica e possíveis desdobramentos penais. *In*: MELO, Ezilda (org.). **Maternidade e Direito**. 1. ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020. p. 95-114. Disponível em: <https://emporiododireito.com.br/uploads/livros/pdf/1596895765.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2023.

CARVALHO, Priscila Cavalcanti de Albuquerque. **Repensando a tesoura**: compreendendo o posicionamento dos obstetras diante da episiotomia. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-04012017-094916/publico/PriscilaCavalcantiDeAlbuquerqueCarvalho.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

CECCON, Maria Esther Jurfest Rivero. Interleucinas na encefalopatia hipóxico-isquêmica. **Jornal de Pediatria**, [Porto Alegre], v. 79, n. 4, p. 280-281, 2003. Disponível em: <https://www.jped.com.br/pt-pdf-X2255553603020870>. Acesso em: 18 fev. 2023.

COSTA, Nara dos Santos *et al.* Cuidados com recém-nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [Maringá], v. 12, n. 4, p. 633-639, out./dez. 2013. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15740/pdf_59. Acesso em: 28 jun. 2023.

CRUZ, Ana Cristina Silvestre da; CECCON, Maria Esther Jurfest. Prevalência de asfixia perinatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica em recém-nascidos de termo considerando dois critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [Santo André], v. 20, n. 2, p. 302-316, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19968/22052>. Acesso em: 26 mar. 2023.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, [s. l.], v. 39, n. 12, p. 549-554, dez. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [Santo André], v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921/21998>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DINIZ, Simone Grilo. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. *In*: PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: “parirás com dor”: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros *et al.* Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, [Curitiba], v. 21, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37651/pdf>. Acesso em: 18 fev. 2023.

FERREIRA, Maíra Soares. **Pisando em óvulos**: a violência obstétrica como uma punição sexual às mulheres. 2019. Tese (Doutorado em Sociologia) – Faculdade de Ciências Sociais, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/teseserver/api/core/bitstreams/f89b7ba1-df78-4129-bd17-8f4c26d66e0f/content>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FERREIRA, Maíra Soares; GONÇALVES, Eliane. “Parirás com Dor”: a violência obstétrica revisitada. **Revista Sociedade e Cultura**, [Goiânia], v. 23, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/60230/35735>. Acesso em: 10 jan. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Deixar de fazer manobra de Kristeller**: por que e como? 4 mar. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/deixar-de-fazer-manobra-de-kristeller-por-que-e-como/>. Acesso em: 18 fev. 2023.

GRECO, Alessandra Orcesi Pedro. A vítima na doutrina penal: conceito, tipos e evolução histórica. **Revista da Faculdade de Direito de São Bernardo do Campo**, São Bernardo do Campo, v. 12, p. 9-24, 2006. Disponível em: <https://revistas.direitosbc.br/index.php/fdsbc/article/view/270/198>. Acesso em: 10 jan. 2023.

GRECO, Rogério. **Código Penal comentado**. 15. ed. Barueri: Atlas, 2022a. *E-book*.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**: artigos 1º a 120 do Código Penal. 24. ed. Barueri: Atlas, 2022b. v. 1. *E-book*.

JESUS, Damásio de. **Código Penal anotado**. 23. ed. São Paulo: Saraiva, 2015. *E-book*.

MARTINS, Mariana Salomé Pereira. **Sufrimento fetal agudo**: fatores de risco e implicações. 2020. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade Beira Interior, Covilhã, 2020. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10757/1/7456_15899.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

MELO, Mônica Cristina Batista de; BARROS, Érika Neves de. Histerectomia e simbolismo do útero: possíveis repercussões na sexualidade feminina. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 80-99, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n2/v12n2a08.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

MORAES, Amanda Caroline Martins Machado de *et al.* Parto e ocitocina: a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. **Revista Remecs**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 11-20, 2022. Disponível em: <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/811/809>. Acesso em: 26 mar. 2023.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto; SOUZA, Luisa Soares de. Fisiopatologia do Choque. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1/2, p. 75-80, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2403/929>. Acesso em: 28 jun. 2023.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 979-998, out./dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/75xJNDnKttfZThz4QWLJ44R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 jun. 2023.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, [Campinas], n. 49, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/xpCQkdXRrdcQsZZST5bC99Q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Denúncia Crime n. 114.284-7**. Denúncia Crime - prefeito municipal - crime comum - defesa oferecida com documentação que elide a acusação - ausência de indícios de ser o acusado o autor do delito [...]. Relator: Desembargador Oto Luiz Sponholz, 25 de abril de 2002. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/1391877/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Alçada (1. Câmara Criminal). **Habeas Corpus n. 270.914-4**. Habeas Corpus - homicídio culposo - parto - denúncia recebida - trancamento da ação penal - impossibilidade [...]. Relator: Desembargador Rogério Coelho, 23 de

setembro de 2004. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/1217051/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Apelação Criminal n. 322.698-0**. Apelação crime - homicídio culposo - parto prematuro - natimorto - médico [...].

Relator: Desembargador Luiz Osório Moraes Panza, 31 de agosto de 2006.

Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/1532381/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Apelação Criminal n. 443.948-7**. Apelação criminal. Crime de homicídio culposo por inobservância de regra técnica de profissão (art. 121, §§ 3º e 4º, do CP). [...]. Relator: Juiz de Direito Substituto em Segundo Grau Edison de Oliveira Macedo Filho, 24 de janeiro de 2008a. Disponível em: <https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/1644427/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Apelação Criminal n. 475.950-4**. Direito penal e processual penal. Apelação. Condenação. Homicídio culposo (art. 121, §§ 3º e 4º, do código penal). [...]. Relator: Desembargador Mário Helton Jorge, 19 de junho de 2008b. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/1688935/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Apelação Criminal n. 653.743-9**. Apelação criminal - homicídio culposo - gestação de gêmeos não detectada em ultrassonografia, cujas dificuldades no parto resultaram no óbito dos fetos [...].

Relator: Desembargador Oto Luiz Sponholz, 4 de novembro de 2010. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/11042950/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Tribunal de Justiça. **Histórico do Tribunal de Alçada**. [2012]. Disponível em: <https://www.tjpr.jus.br/historico-tapr-museu>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Justiça Estadual. **Processo n. 0005965-86.2013.8.16.0064**. 18 dez. 2013.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Apelação Criminal n. 1.162.911-7**. Apelação criminal 01 - homicídio culposo com inobservância de regra técnica de profissão - artigo 121, parágrafos 3º e 4º, do Código Penal [...]. Relator:

Desembargador Antonio Loyola Vieira, 3 de abril de 2014. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/11648319/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Justiça Estadual. **Processo n. 0000159-97.2015.8.16.0097**. 21 jan. 2015a.

PARANÁ. Tribunal de Justiça (1. Câmara Criminal). **Recurso em Sentido Estrito n. 1.356.744-3**. [...] Recurso em Sentido Estrito. Homicídio simples (art. 121, caput, CP), lesão corporal gravíssima (art. 129, § 2.º, inc. IV, CP), exercício ilegal de medicina (art. 282, caput, CP) e falsa identidade (art. 307, CP). [...]. Relator:

Desembargador Miguel Kfoury Neto, 14 de maio de 2015b. Disponível em:

<https://portal.tjpr.jus.br/jurisprudencia/j/11907739/Acórdão>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Justiça Estadual. **Processo n. 0027618-78.2015.8.16.0031**. 18 dez. 2015c.

PARANÁ. Ministério Público. **Violência obstétrica – saiba como identificar e enfrentar**. 16 maio 2017. Disponível em: <https://mppr.mp.br/Noticia/Violencia-obstetrica-Saiba-como-identificar-e-enfrentar>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PARANÁ. Defensoria Pública. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. **Protocolo de atuação em casos de violência obstétrica**: Alyne Pimentel. [202-]. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-05/copia_de_protocolo_nudem_sobre_vo_-_alyne_pimentel.pdf. Acesso em: 22 jul. 2023.

PARANÁ. Defensoria Pública. Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos das Mulheres. **O que é violência obstétrica?** [2022]. Disponível em: https://www.defensoriapublica.pr.def.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-10/cartilha_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em: 22 jul. 2023.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: “parirás com dor”: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/sscepi/doc%20vcm%20367.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PINTO, Maria Solange Araújo Paiva. **Avaliação dos recém-nascidos a termo com índice de Apgar baixo de um hospital geral terciário, público e de ensino no Ceará, em 2005**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Fortaleza, 2008. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/5132/maria_solange_araujo_paiva_pinto_ensp_mest_2008.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

PRADO, Luiz Regis. **Curso de Direito Penal Brasileiro**. 6. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018. v. 2. *E-book*.

RAMOS, Ana Luisa Schmidt. **Violência psicológica contra a mulher**: o dano psíquico como crime de lesão corporal. 2. ed. Florianópolis: Emais, 2019.

RAMOS, Ana Luisa Schmidt. **Violência psicológica contra a mulher**: dano emocional e aspectos criminais. 3. ed. Florianópolis: Emais, 2022.

SANTOS, Kleviton Leandro Alves dos *et al.* Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, Santana do Ipanema, v. 5, n. 3, p. 1787-1804, jul./set. 2020. Disponível em: https://diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/946/1050. Acesso em: 10 jan. 2023.

SCANDIUZZI, Maissa Marçola *et al.* Resultados maternos e perinatais na ruptura prematura de membranas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de**

Sorocaba, Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 178-181, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/19290/pdf>. Acesso em: 22 jul. 2023.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yMPTcmQQDRzbxYVvLvPRnKM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jul. 2023.

SILVA, Bruna Menezes Gomes da; AGUIAR, Julio Cesar de. A violência obstétrica sob a perspectiva da análise comportamental do direito. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, [Bebedouro], v. 8, n. 1, p. 45-72, 2020. Disponível em: <https://portal.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/644>. Acesso em: 28 jun. 2023.

SIQUEIRA, Flávia. Violência na assistência ao parto e (des)respeito à autonomia da mulher: o tratamento penal das intervenções médicas arbitrárias em gestantes e parturientes. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, [São Paulo], ano 29, v. 184, p. 55-99, out. 2021.

SOUZA, Flavio Monteiro de. **Fatores associados à asfixia perinatal no Brasil**: estudo populacional com base no Sistema de Informações de Nascidos Vivos. 2003. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/souzafmd.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SOUZA, Márcia da Costa Souza e; SOUSA, Poliana Macedo Lopes. **Evidências científicas para a integridade perineal no parto**. 2015. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/32437/1/TCC%20versa%cc%83o%20final%20para%20impressao%20%281%29.doc1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

WERMUTH, Maiquel Angelo Dezordi; GOMES, Paulo Ricardo Favarin; NIELSSON, Joice Graciele. Uma análise biopolítica do parto e da violência obstétrica no Brasil. **Universitas Jus**, [Brasília, DF], v. 27, n. 2, p. 87-101, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/jus/article/view/4273/3259>. Acesso em: 10 jan. 2023.