

Notificação compulsória de casos de violência doméstica sob a ótica da bioética feminista

Artenira da Silva e Silva*

Resumo

A Bioética constitui uma proposta de compreensão de situações embasadas por dilemas morais a partir da reflexão dos fenômenos relacionados à própria existência humana. É nesse paradigma que se insere a Bioética feminista, propondo uma visão voltada aos processos de assujeitação social e dominação masculina dos sujeitos cujas condutas são problematizadas. Tomando-se esta corrente teórica como base e considerando-se a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI nº 4.424 – que considerou as ações referentes à lesão corporal em violência doméstica de natureza pública incondicionada, propõe-se, através de uma revisão bibliográfica, analisar a ampliação do alcance da exigência de notificação compulsória dos casos de suspeita de violência doméstica por profissionais de saúde aos órgãos do Sistema de Justiça. Concluiu-se ser cabível e necessária a notificação compulsória, tendo em vista que as autonomias dessas mulheres estão maculadas pela vulnerabilidade característica das vítimas deste tipo de crime, que possuem sua autoestima e consequentemente seu poder de autodeterminação afetados pelo ciclo reiterado de violências ao qual estão submetidas.

Palavras-chave: bioética; feminismo; notificação compulsória; violência doméstica; regra da confidencialidade.

Compulsory notification of cases of domestic violence under the optics of feminist bioethics

Abstract

Bioethics consists in a proposal to understand situations based on moral dilemmas taking into account the reflection of phenomena related to the human existence. It is in this paradigm that feminist bioethics is inserted, proposing a vision focused on the processes of social assujecitation and masculine domination of the subjects whose behaviors are problematized. Taking this theoretical current as a basis for the present study and considering the decision of the Federal Supreme Court in ADI nº. 4.424 - which considered actions related to bodily injury from domestic violence of unconditional public nature -, it is proposed, through a bibliographical review, to analyze the urgency to expand the requirement for compulsory notification of cases of suspected domestic violence by health professionals to the organs of the Justice System. It was concluded that compulsory notification is possible as well as necessary, because the autonomies of these women are actually compromised due to the characteristic vulnerability of these victims, who frequently suffer from low selfsteem and therefore have their autodetermination also blurred because of the domestic violence cicle they are submitted to.

Keywords: bioethics; feminism; compulsory notification; domestic violence; rule of confidentiality.

Recebido em: 24/10/2018

Aprovado em: 20/06/2019

* Pós-doutora em Psicologia e Educação pela Universidade do Porto, Portugal. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Brasil.

Introdução

Diante da crescente implementação de tecnologias na vida dos seres humanos passa-se a discutir acerca da existência de uma lente de percepção de conteúdos que se inter-relacionem com os saberes científicos e a moralidade na sociedade, assim como os limites de uma atuação – inicialmente dos profissionais da saúde – sobre os corpos dos indivíduos. Tal preocupação tem seu apogeu no fim da Segunda Guerra Mundial, quando a barbaridade das experimentações em seres humanos efetuadas pelo regime nazista trouxeram à tona a necessidade de regulamentação da ética médica, resultando no Código de Nuremberg de 1946-1947. (ZUBEN, 2007:16)

Especificamente quanto à implementação do neologismo “Bioética”, o termo teve seu uso inicial demarcado na segunda metade do século XX, mais especificamente em 1971, quando o biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter publicou o artigo *Bioethics: The Science of Survival* e o livro *Bioethics: Bridge to the Future*. Inaugurou-se, então, para seu criador, um novo modelo de ciência, que integrou a biologia, humanidades e as ciências sociais. (PETRY, 2005:49)

É diante de tal preocupação em discutir a ética dos profissionais frente aos crescentes dilemas e complexidades sociais que Tom Beauchamp e James Childress introduziram, em sua obra “Princípios de Ética Biomédica”, quatro princípios que passaram a servir de ponto de partida para a resolução dos dilemas éticos em que os profissionais possam encontrar-se: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. (GÓMEZ-LOBO, 2009:42)

Ocorre que a referida estruturação universalizante trazida pela bioética principialista logo demonstrou suas fragilidades frente à diversidade de categorias sociais nas quais os indivíduos estão inseridos, inclusive no que tange às mulheres. É diante disso que, especialmente a partir das discussões sobre reprodução humana nos anos 1990, surgiram propostas de enfrentar os dilemas éticos, objetos da bioética, por meio das lentes feministas, de modo a captar a vulnerabilidade das mulheres assujeitadas nas relações sociais por forte dominação masculina e pelo patriarcado. (DINIZ, 2008:207-208)

Desse modo, tomando-se por base a decisão do Supremo Tribunal Federal – STF no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade - ADI nº 4.424 de 2010 – quando se decidiu que as ações de lesão corporal albergadas pela Lei Maria da Penha, nº 11.340/2006, são de natureza pública incondicionada, ou seja, não necessitam de requerimento da vítima para serem denunciadas pelo Ministério Público – que se busca compreender se o profissional de saúde que atenda uma mulher vítima de violência doméstica pode ou deve quebrar a regra da confidencialidade da relação

médico-paciente e acionar as instituições do Sistema de Justiça, mesmo sem o consentimento da vítima, paciente sob seus cuidados.

A fim de realizar a análise proposta, trabalhou-se com a revisão bibliográfica de publicações que aprofundem os conceitos supraexpostos, assim também como da interpretação das leis Maria da Penha, da Lei nº 10.778/2003 e da Portaria do Ministério da Saúde nº 104 – ressalta-se que estes dois últimos obrigam médicos, enfermeiros e psicólogos a fazerem a notificação compulsória dos atendimentos de vítimas de violência doméstica aos órgãos de saúde –, visando a vontade do legislador pátrio quando da criação normativa.

Bioética feminista como um novo paradigma

Pode-se compreender a Bioética a partir da desconstrução do termo. *Bíos* significa vida, *ethos* designa costume, ética ou comportamento. A Bioética, portanto, representaria uma ética da vida, uma preocupação ética com a realidade da vida em sociedade. (CAMARGO, 2001:168).

Apesar dos avanços tecnológicos contemporâneos, a exemplo das técnicas de fertilização *in vitro* ou mesmo da modificação genética de grãos, trazerem de modo mais latente os dilemas referentes às escolhas éticas mais acertadas para uma vida em sociedade, tal preocupação teve como ponto de partida o período pós Segunda Guerra Mundial, quando os horrores das experiências nazistas em seres humanos trouxeram à tona a necessidade de delimitação de parâmetros éticos ao exercício da atividade médica. (ZUBEN, 2007:16)

Para que abusos como esses não voltassem a ser cometidos, era preciso pensar os problemas suscitados pelo desenvolvimento da pesquisa biomédica e pela utilização de novas tecnologias a partir de bases que pudessem justificar determinadas práticas e condenar outras que atentassem contra a humanidade, o que seria possível através de uma reflexão ética sobre essas novas questões. (PETRY, 2005:50)

Foi a partir dessas reflexões que se criou o Código de Nuremberg, 1946-1947, considerado o texto influenciador das demais declarações internacionais a respeito da ética médica. Fala-se, no referido código, da essencialidade do consentimento voluntário do sujeito humano em qualquer pesquisa, além da necessidade de que esse consentimento seja dado diante da compreensão da natureza, objetivos e riscos da experimentação. (ZUBEN, 2007: 16)

Assim, a bioética impôs-se como uma reação à realidade que a pesquisa científica no campo da vida apresentou, desde a barbárie nazista, até os experimentos em manipulação genética. Ela surgiu da indignação com relação aos novos acontecimentos, ou seja, quando foi possível imaginar consequências desastrosas advindas dos avanços da biotecnologia. (CAMARGO, 2009:169)

Ainda diante da ampliação das complexidades da vida em sociedade, passou-se a buscar um delineamento maior dessa preocupação com limites éticos na prática médica. É nesse contexto que o biólogo e oncologista Van Rensselaer Potter escreveu na década de 1970 as duas publicações que inauguraram o neologismo bioético, *Bioethics: The Science of Survival* e *Bioethics: Bridge to the Future*, com a pretensão de desenvolver um conhecimento sobre o conhecimento, uma espécie de ciência da sobrevivência do homem, visando a melhoria da qualidade de vida. (PETRY, 2005:49)

Considerando a intenção de Potter na criação do termo Bioética, Jussara Suzi Assis Borges Nasser Ferreira (1998-1999:46) formatou a referida expressão para uma disciplina: a serviço das biociências, desconsiderando a Bioética enquanto uma ciência autônoma; que permite um estudo transdisciplinar da conduta humana; destacando-se, principalmente, nas áreas da saúde e biológicas; assim como fortemente embasadas por valores e princípios morais.

É com esta percepção que a Bioética, inicialmente restrita à prática biomédica, começou a ser também utilizada por outros saberes, como a antropologia, a sociologia, a filosofia e até mesmo o direito, uma vez que a complexidade das situações em que as lentes bioéticas são utilizadas envolvem questionamentos e posicionamentos multiculturais afetos a diversas áreas do conhecimento.

Nesse diapasão, a bioética tem por condão estimular o saber nos limites da ética, instituindo como paradigma a prevenção geral global, o intercâmbio de informações científicas e a difusão e as transferências de tecnologias inovadoras, com vistas a resguardar a humanidade de incidentes desastrosos pela manipulação incerta de invenções e descobertas. (ROCHA, 2011:132)

Diante de tamanha diversidade torna-se cada vez mais difícil a resolução dos dilemas éticos enfrentados pela perspectiva bioética. É nesse contexto que se criou a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, em 1974, a qual concluiu em 1979 o chamado Relatório Belmont, documento no qual se estabeleceu, pela primeira vez, um sistema de princípios para se trabalhar com os dilemas bioéticos: respeito às pessoas, beneficência e justiça. (GOLDIM, 2000:1)

Nesse diapasão, Tom Beauchamp e James Childress levam mais adiante a concepção principialista trazida pelo Relatório Belmont com a publicação, em 1979, de sua obra *Principles of Biomedical Ethics*. Foi a partir de então que os autores desmembraram o princípio da beneficência no da não-maleficência, assim como ajustaram o respeito às pessoas trazido pelo relatório em autonomia. (PETRY, 2005:51)

Somado a esses quatro princípios propostos inserem-se, na perspectiva de Beauchamp e Childress quatro regras essenciais, cuja adesão pressupõe imediatamente uma nítida distinção em relação àqueles princípios redefinidos por eles, são elas: veracidade, fidelidade, confidencialidade e privacidade que possuem respectivamente a sua justificação na moral comum. (MATTOS; RAMOS; VELOSO, 2015:36)

Como se pode apreender, a pretensão dos autores quando da estruturação da teoria principialista fora, por meio de construções abstratas, permitir uma aplicação mais simplificada da bioética aos profissionais, especialmente da saúde, assim como “[...] um manejo e aplicação quase imediatos em situações de conflito moral, por apresentar soluções para qualquer problema a partir de seus princípios abstratos” (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008:180).

Não tardou, porém, para que o avanço das tecnologias e o aumento de demandas aos profissionais da saúde com a implementação do Estado do Bem-Estar Social, especialmente na América Latina, demonstrassem a fragilidade de um modelo pretensamente universalista e deslocado dos casos concretos.

Foi, então, a partir dos anos 1990 que se iniciou um contraponto à teoria principialista, a Bioética Crítica. Calcada por uma gama diversa de segmentos, pode-se compreender esta nova postura do “conhecimento dos conhecimentos”, implementada por CFG Lorenzo, como fortemente influenciada pela Teoria Crítica da Escola de Frankfurt, através da qual se assumiu uma visão questionadora das teorias tradicionais, fortemente demarcadas pela necessidade de expansão do capitalismo e pelo monopólio da produção de conhecimentos e tecnologias. (SALES, 2016:27)

Dentre a gama de correntes que integram a Bioética Crítica tem-se a Bioética Feminista. Conforme leciona Débora Diniz (2008:207-208), a aproximação entre a Bioética e os estudos de gênero deveu-se a dois rumos principais, tanto pela percepção de que o gênero é uma variável de pesquisa para compreensão dos conflitos morais em saúde, quanto pelo diálogo com as teorias de gênero a respeito da vulnerabilidade, sexualidade, corpo e reprodução.

Formalmente, a bioética de inspiração feminista surgiu no início dos anos 90, quando começaram a ser publicadas as primeiras pesquisas e ensaios sobre o tema, muito embora as reflexões sobre ética feminina e feminista existam desde os anos 60. A proposta inicial da bioética feminista não se restringia à entrada dos estudos feministas no campo da ética aplicada, ou seja, não visava apenas a incorporação do feminismo às idéias bioéticas imperantes. Na verdade, a força da bioética de inspiração feminista concentrou-se na perspectiva crítica do feminismo – qual seja, o olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial a assimetria de gênero – como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da bioética principialista. Por isso, paralela à entrada dos estudos de gênero e do feminismo na bioética, outras teorias com forte apelo crítico – que aqui denominaremos por teorias críticas da bioética ou apenas bioética crítica – tais como as anti-racistas, de estudos culturais ou de sociologia de classe, aportaram seus pressupostos na pauta teórica da bioética. (DINIZ; GUILLHEM, 2000:1)

Propõe-se, portanto, com o uso da Bioética Feminista uma percepção voltada às especificidades das relações de gênero, em especial à vulnerabilidade social da mulher latino-americana, quando das discussões éticas no desenvolvimento das práticas científicas. Ressalte-se, ainda, a importância da bioética não apenas como um mecanismo acadêmico, mas como um discurso político de intervenção dos conflitos morais em saúde, cuja postura crítica feminista tende, portanto, a contribuir para uma prática interventiva que dê mais isonomia às relações sociais. (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008:180)

Violência doméstica e notificação compulsória

A Organização Mundial da Saúde – OMS define a violência como o uso da “[...] força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.” (DAHLBERG; KRUG, 2007:1.165)

Perceba-se que o uso da expressão “poder” na definição da OMS é revelador quanto à potencialidade da violência em relações de assimetria social, quando uma das partes se vê vulnerabilizada, tal qual ocorre nos casos de violência pautados em questões relativas ao gênero.

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa,

pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. (MINAYO, 2005:13)

É nesse sentido que se pode afirmar haver modalidades de violência construídas historicamente, que perduram nas sociedades, encontrando-se naturalizadas, posto que os sujeitos que as cometem acreditam estar exibindo um comportamento absolutamente normal, logo, tolerável, aceitável, defensável, invisibilizado para si e para a própria vítima, logo, passível de ser minimizável inclusive institucionalmente, quer no sistema de justiça, quer no sistema de saúde. A violência pautada no gênero amolda-se a esta categoria (MINAYO, 2010:23), sendo a violência doméstica e familiar uma de suas expressões mais perversas e com maior poder de danos, consequente de múltiplas ordens e de diversas possibilidades de intensidade, uma vez que sua principal causa, o machismo, está introjetada nas mais diversas culturas e individualmente nos integrantes dos mais diversos grupos sociais, quer em vítimas, quer em agressores ou ainda nos profissionais que deveriam reconhecer suas peculiaridades para que de fato se pudesse atuar para combater e prevenir, o que a Organização das Nações Unidas considera ser a maior pandemia e o maior desafio de saúde pública do século XXI, constituindo-se em dano democrático, pois atinge mulheres de todas as culturas, classes sociais, idades, etnias, ou orientação sexual, cis ou trans.

Como se trata de relações regidas pela gramática sexual, podem ser compreendidas pela violência de *gênero*. Mais do que isto, tais violências podem caracterizar-se como *violência doméstica*, dependendo das circunstâncias. Fica, assim, patenteado que a *violência de gênero* pode ser perpetrada por um homem contra outro, por uma mulher contra outra. Todavia, o vetor mais amplamente difundido da *violência de gênero* caminha no sentido homem contra mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura. Não há maiores dificuldades em se compreender a violência familiar, ou seja, a que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consaguineidade e a afinidade. Compreendida na *violência de gênero*, a *violência familiar* pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. (grifo da autora) (SAFFIOTI, 2004:71)

É, portanto, diante da alocação de subjetividades entre o masculino e o feminino, assim também das expectativas sociais trazidas por este binarismo que se insere a violência de gênero enquanto expressão da busca por afirmação dos sujeitos dominadores através do poder e do uso da força. (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005:118)

Nesse sentido, o Programa para Tecnologia Apropriada em Saúde (PATH, 2002:1) define a violência contra a mulher como:

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças, coerções ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada. (PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE, 2002:1).

No Brasil, o principal marco para o enfrentamento da violência de gênero em ambiente doméstico e familiar é a criação da Lei Maria da Penha, nº 11.340/2006. É, pois, a partir da redemocratização do país que as mobilizações mais contundentes dos movimentos organizados da sociedade civil, por meio de seminários e reuniões, incitaram o Poder Legislativo à feitura de uma legislação que protegesse as mulheres em situação de vulnerabilidade no ambiente familiar. Desde a Lei nº 8.930/94, que incluiu o estupro no rol de crimes hediondos, ou mesmo a Lei nº 10.224/2001, a qual incluiu o assédio sexual no Código Penal, tem-se uma intensa discussão de projetos de lei a fim de que fosse proposto um diploma legal que incluísse as pautas reivindicadas ao longo das décadas anteriores no que tange à violência doméstica. (CALAZANS; CORTE, 2011:40).

Diante desse panorama jurídico, a Deputada Jandira Fhegali chegou a propor o Projeto de Lei nº 2.372/2000, de modo a intentar ampliar o campo de defesa das mulheres, sendo, contudo, vetado pelo Presidente da República. Nesse contexto, a ONG feminista Cepia – Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação trouxe ao seminário que promovia, no período do veto presidencial, o estudo “Situação dos Projetos de Lei sobre Violência Familiar, em tramitação no Congresso Nacional, acompanhados pelo CFEMEA”. De uma heterogeneidade de pautas, as propostas dos deputados iam desde o afastamento cautelar do agressor do ambiente de convívio com a vítima até um procedimento de coação da mulher a aceitar a conciliação com seu agressor em prol da pacificação familiar. (BARSTED, 2011: 40-41)

Impulsionado pelo constrangimento do Estado brasileiro no caso Maria da Penha Maia Fernandes pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos, por descumprimento do artigo 7º da Convenção de Belém do Pará, assim como dos artigos 1º, 8º e 25 da Convenção Americana de Direitos Humanos (CALAZANS; CORTE, 2011:56), que o Projeto de Lei nº 4.559/2004, sancionado em 2006, recebeu a denominação de Lei Maria da Penha em virtude da condenação à reparação simbólica recebida pelo Brasil à autora da denúncia (OLIVEIRA, 2013:2).

O conceito de violência doméstica trazido no texto da Lei Maria da Penha em seu artigo 5º amolda-se àquele da Organização Mundial da Saúde, uma vez que, segundo o texto da lei, a violência doméstica e familiar pode ser encarada como aquela cometida contra a mulher, por meio de ação ou omissão, que seja baseada em seu gênero, causando-lhe morte, lesão, sofrimento físico,

sexual, psicológico, dano moral ou patrimonial, tanto na unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto quando houver ou tenha havido convivência, independentemente da coabitação.

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

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

Apesar dos avanços trazidos pelo texto legal, os dados ainda revelam constância nos valores de violência doméstica no país. Segundo dados de 2010 (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC, 2010:2), a cada dois minutos, cinco mulheres ainda são espancadas no Brasil, sendo mais de 80% dos agressores companheiros, namorados, cônjuges ou homens com quem as vítimas já se relacionaram afetivamente (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC, 2010:2).

Conforme os dados do Mapa da Violência de 2015 – Homicídios de Mulheres no Brasil (WAISELFISZ, 2015:12), as taxas de mulheres assassinadas no país, que haviam regredido até 2003 (4,4% a cada 100 mil habitantes), voltaram a subir após a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006, chegando a 4,8% a cada 100 mil habitantes em 2013. De modo a corroborar tal crescimento, em 2015, por exemplo, 63% da população brasileira acreditava ter aumentado a violência contra a mulher (DATASENADO, 2013:4).

É diante da permanência dos quadros de violência doméstica e familiar contra a mulher no país e da necessidade de todo um aparato de políticas públicas para prevenir a violência, proteger a

mulher vulnerabilizada e punir os agressores que fora promulgada a Lei nº 10.778/2003, na qual obrigam-se os profissionais de saúde, públicos ou privados, a notificarem os casos de violência doméstica contra a mulher.

De acordo com esse documento, estão obrigadas a notificar, todas as pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). (DOSSI, 2006:26)

Do mesmo modo, seguindo a pretensão do legislador quando da promulgação da legislação supramencionada, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 104 de 2011, na qual se inclui ao rol de eventos propulsores de notificação compulsória às secretarias municipais e estaduais de saúde a violência doméstica, sexual e de outras formas, em seu anexo I, ponto 45.

Observa-se, contudo, que a legislação referente à notificação compulsória pela equipe de saúde de atendimentos de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar restringe-se às autoridades sanitárias, como pode ser apreendido do artigo 2º da Lei nº 10.778/2003.

Ainda nessa esteira, o artigo 3º do mencionado diploma legal dá caráter sigiloso à notificação, uma vez que o que se busca é a quantificação da violência doméstica, de modo a possibilitar, por meio da estruturação de um panorama da violência pautada no gênero, a construção de políticas públicas de enfrentamento desta.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Perceba-se que a lei dá caráter excepcional quanto à notificação da violência sofrida pela paciente a outras instituições para além do sistema de saúde, permitindo-se a remota possibilidade aos casos de risco à comunidade ou à vítima – mesmo havendo na unanimidade de casos de violência doméstica a obviedade de possibilidade de reiteração do crime, logo de risco à sua vida, uma vez que seja impossível prever o tipo de violência que ocorrerá a seguir –, desde que a juízo da autoridade sanitária e com o prévio conhecimento da vítima ou de seu responsável.

Buscar a autorização da instituição sanitária a qual o caso fora notificado, sabidamente, demanda uma burocracia e um lapso temporal que muitas vezes a mulher vítima de violência doméstica não possui, uma vez que, devido às imbricações psicológicas da relação agressor-agredida e mesmo da própria vergonha em buscar a ajuda de terceiros, esta geralmente buscará os profissionais da saúde quando o ciclo de violência já esteja inserido em nível de insuportabilidade, mas ainda podendo estar mantida a tentativa de suporte do mesmo, quer por culpa, por vinculação dependente afeto-sexual, quer por ameaça, por medo, por crença de que deva sujeitar-se e ou por desaprovação social, de amigos ou familiares, de separação do agressor.

Do mesmo modo, há que se considerar as hipóteses em que a mulher agredida venha a não autorizar o profissional de saúde a denunciar a violência sofrida. Para além da afetação psicológica da mulher inserida em um ciclo de violência e da consequente relação entre essa e seu agressor, a exemplo da Síndrome da Mulher Agredida (SILVA; ALVES, 2016:92-93), há casos fáticos em que a vítima teme o encarceramento daquele que a violentou, não apenas pelos laços afetivos existentes entre ambos, mas pela pressão social de continuidade da família, especialmente quando há filhos entre as partes, assim também como da possibilidade de dependência financeira da vítima.

É nesse diapasão que, tomando-se por base o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 4.424, na qual o STF decidiu que a ação penal de crimes de lesão corporal albergados pela Lei Maria da Penha possui natureza pública incondicionada, ou seja, independe da representação da vítima para ser denunciada pelo Ministério Público, que se busca investigar se a regra da confidencialidade na relação médico-paciente deve prevalecer sobre o bem-estar e segurança da mulher violentada, uma vez que a referida regra busca assegurar o melhor interesse da própria paciente.

Entre a regra da confidencialidade e a proteção integral e efetiva da mulher agredida

A regra da confidencialidade fora exposta dentre aquelas quatro estruturantes da bioética principialista de Beauchamp e Childress. Ao passo que os princípios representam orientações mais abstratas, as regras, para os autores, são consideradas como normas de conduta, que se adequarão a situações mais específicas (MATTOS; RAMOS; VELOSO, 2015:36). Percebe-se, porém, que, diante da aplicação concreta das referidas regras, sua proposta não deixa de fugir da pretensão

abstrata e universalizante da teoria principialista, referindo-se, apenas, a situações-chave, a exemplo de situações de morte do paciente ou sua debilidade.

Consta do Juramento de Hipócrates que “qualquer coisa que eu veja ou ouça, profissional ou privadamente, que deva não ser divulgada, eu mantereí em segredo e contarei a ninguém”. Tal posicionamento, que remonta do século V a.C., estendeu-se à prática biomédica até os tempos atuais, quando passa a se transformar não só em uma obrigação moral do profissional da saúde (LOCH, 2003:51), como também transmuta a confidencialidade a um dos pilares de uma relação produtiva e de confiança entre aquele e seu paciente. (FRANCISCONE; GOLDIM, 1998:269)

Destarte, é possível afirmar que o relacionamento entre o médico e seu paciente se constrói com base na compreensão mútua e na verdade, por meio da relação de confidencialidade em que o médico conta com o compromisso do paciente para revelar as informações necessárias, e o paciente espera do médico o seu compromisso com o sigilo, o que faz da confiança um elemento essencial nessa relação. Essa posição especial que o médico ocupa na vida das pessoas faz com que exista uma forte expectativa, tanto nos pacientes quanto na própria sociedade, acerca da natureza confidencial das informações a que o médico tem acesso, porquanto esse profissional é portador de uma grande responsabilidade, que é a de cuidar do paciente e, ao mesmo tempo, resguardar ao máximo a sua intimidade. (SANTOS *et al*, 2012:3)

“Confidencialidade, desta forma, é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada.” (FRANCISCONE; GOLDIM, 1998:271). Registre-se, portanto, que a confidencialidade distingue-se da privacidade, vez que esta última não se pauta na relação de confiança estabelecida entre paciente e o profissional de saúde que o atende, mas sim como uma espécie de eleição sobre os fatos que o indivíduo deseja ou não revelar, como conceitua Jussara de Azambuja Loch (2003:51-52):

Nos textos especializados, o conceito de privacidade é visto sob dois enfoques distintos: o primeiro centra-se no controle que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio; o segundo, define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade. A maioria das definições encontradas segue a primeira linha conceitual, fundamentada em direitos e poderes de controlar a intimidade - e algumas serão citadas a seguir. (LOCH, 2003:51-52)

É nesse sentido que os dois termos guardam uma conexão sem, no entanto, serem iguais. Enquanto a privacidade representa um direito à intimidade, a confidencialidade representa um sigilo de determinada informação do paciente (LOCH, 2003:53). Sendo tal sigilo essencial para a relação médico-paciente, cria-se todo um aparato normativo para protegê-lo.

O Código Penal prevê, em seu artigo 154, pena de detenção de três meses a um ano ou multa àquele que incorra no crime de violação de segredo profissional, consubstanciado em revelar a alguém, sem justa causa, segredo que tenha tido conhecimento em função, por exemplo, de sua profissão. De modo aparentemente antagônico, a Lei das Contravenções Penais, nº 3.688/1941, prevê pena de multa àquele que, no exercício da medicina, não informe à autoridade competente crime de ação pública que tenha tido conhecimento.

Art. 66 - Deixar de comunicar à autoridade competente:

[...]

II - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal. Pena - multa de trezentos a três mil cruzeiros.

Perceba-se que esta hipótese amolda-se, perfeitamente, aos casos de violência doméstica ou familiar, uma vez que, diante da decisão do STF no julgamento da ADI nº 4.424, as ações penais de lesão corporal sob o manto da Lei Maria da Penha revestem-se de natureza de ação penal pública incondicionada – sem a necessidade de representação da vítima. Assim também, a suposta antagonia entre ambas as disposições se vê enfraquecida quando analisada a vulnerabilidade da mulher agredida e a obviedade da existência de justa causa na denúncia.

O Código de Ética Médica segue o mesmo caminho ao delinear em seu artigo 73 as exceções à quebra do sigilo médico: justo motivo, dever legal ou consentimento por escrito do paciente. Outrossim, a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 999/80 resolve:

A revelação do segredo médico é permitida nos casos de abuso e/ou sevícia sexual para apurar responsabilidades; nas doenças de notificação compulsória; nos defeitos físicos ou doenças que ensejem erro essencial quanto a pessoa e levem à nulidade de casamento; nos crimes que não impliquem em processo do paciente; na cobrança judicial de honorários; ao testemunhar o médico para evitar injustiça; nas perícias médicas; nos exames biométricos admissionais e previdenciários e nos exames de sanidade mental para seguradoras.

Incluída a violência doméstica como uma das situações de notificação compulsória pela Lei nº 10.778/2003, é inegável a importância máxima da flexibilização quanto à revelação do segredo médico nas situações em que essa modalidade de violência seja encontrada. Referida quebra de confidencialidade tem por base, geralmente, o princípio da beneficência (FRANCISCONE;

GOLDIM, 1998:275), compreendida como uma obrigação do profissional em promover o bem-estar de seu paciente (CAMARGO, 2001:170).

Mais ainda, a relativização da regra da confidencialidade nos casos em questão também se vê inscrita em casos análogos ao da violência de gênero, embasando-se na vulnerabilidade social dos indivíduos tutelados, tal qual se apresenta a situação da mulher alocada a posições sociais de submissão à dominação masculina. Exemplo disso é o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, que comina multa de três a vinte salários de referência ao médico que não denunciar suspeita ou confirmação de maus tratos.

As situações de abuso ou maus-tratos devem ser avaliadas com cautela. No Brasil, existe a obrigação legal de comunicar essas ocorrências quando constatadas em crianças ou adolescentes. As demais situações de abuso de cônjuge ou idoso da família não estão previstas em lei, mas podem ser equiparadas, desde o ponto de vista moral, às verificadas em menores. Nestes casos é bom contatar um Comitê de Bioética ou alguma outra estrutura de defesa dos direitos dos pacientes porventura existente na própria instituição. No caso de trabalho em consultório privado a situação fica mais delicada, pois as decisões são mais solitárias. Nessa circunstância pode ser solicitada uma consultoria ou supervisão formal a algum colega com experiência nesta área ou ao Conselho Regional de Medicina do estado. (FRANCISCONE; GOLDIM, 1998:274)

Ocorre que, mesmo diante dessa possibilidade, a quebra da confidencialidade esbarra em outro parâmetro da prática biomédica: a autonomia da paciente. Considerada como uma expressão da liberdade jurídica individual, a autonomia da vontade expressa um agir em conformidade com a racionalidade do sujeito (ALVES, M.S.P., 2007:22-23).

[...] ser autônomo não é o mesmo que ser respeitado como “sujeito autônomo”. Enquanto as “pessoas autônomas” são reconhecidas pela capacidade que têm de se autodeterminarem, de compreenderem, deliberarem, efetuarem escolhas independentes, o respeito pela autonomia provém do reconhecimento do valor da pessoa enquanto sujeito que tem o direito de escolha e não o dever ou obrigatoriedade de escolher. (MATOS; RAMOS; VELOSO, 2015:49)

A notificação às autoridades do Sistema de Justiça de casos de violência doméstica ou familiar sem o consentimento da paciente pode ser passível de se definir que se está desconderando o respeito pela autonomia dessas mulheres. Mas não se deve olvidar, em casos tais, que as complexidades, especialmente psicológicas, advindas do ciclo de violência maculam o referido agir autônomo das mulheres vitimadas, uma vez que reconhecer plena autonomia a pessoas

em situação de extrema vulnerabilidade social, psicológica ou econômica tende a reforçar mecanismos de opressão. (DINIZ, 2008:2012).

É a partir dessa perspectiva que se propõe a análise da situação ora estudada sob as lentes de uma bioética crítica, mais especificamente, da bioética feminista. O agir do profissional da saúde no enfrentamento da violência doméstica ou familiar tem-se dado de modo mais frequente sob a tutela de toda a tradição normativa e de sua formação acadêmica em se evidenciar a confidencialidade, uma vez que até os diplomas que permitem uma atuação mais interventiva na realidade social – a exemplo da analogia com o ECA ou mesmo a possibilidade de denúncia sob a justificativa da justa causa – exigem, para além de uma interpretação mais ousada e comprometida com a situação de opressão vivenciada pela mulher, uma prática biomédica que construa novos paradigmas.

Assim sendo, a tarefa fundamental da bioética não seria mais a apresentação do mapa ético de como a humanidade deveria ser – se regida pela beneficência, não-maleficência, justiça ou autonomia –, mas sim a procura por mecanismos de reparação social da vulnerabilidade moral que tornem esses princípios eficazes. De princípios éticos universais passaríamos, portanto, para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social. (DINIZ; GUILLHEM, 2002: 2)

Tomando-se a bioética feminista como a análise das antigas questões bioéticas sob um enfoque da diferenciação social dos gêneros (BANDEIRA; ALMEIDA, 2008:181), o profissional da saúde não há que ignorar a existência de intensa vulnerabilidade psicológica e social daquela mulher vítima de violência doméstica. Para além da mera notificação compulsória aos órgãos sanitários – a fim de se estabelecerem políticas públicas – entende-se que deve ser dever do profissional, que se vê protegido por todo o aparato normativo supramencionado, denunciar a situação de violência doméstica aos órgãos do Sistema de Justiça.

Tal medida intenta a real melhoria da saúde e bem-estar da paciente a curto e longo prazo, assegurando-lhe não apenas a integridade física – aqui incluída a psicológica –, como também a sua própria segurança e vida. Compreender as imbricações da relação agressor-agredida permite aos agentes de saúde perceber, também, quão comprometida está a autonomia dessa mulher vulnerabilizada, de modo que sua atuação não vise princípios abstratos, mas possa aplicá-los na medida do possível a fim de diminuir a situação de risco perverso em que a vítima se vê inserida.

Considerações Finais

A Bioética surge com a intenção de regular as condutas e compreender os dilemas éticos presentes em situações advindas da prática biomédica. Tendo como ápice as barbáries cometidas pelo regime nazista nas experiências com seres humanos, a preocupação com os limites das condutas médicas tem como documento inaugural o Código de Nuremberg de 1946-1947 a elevar o respeito pela vontade e consentimento do paciente.

Em 1970, Van Reasselear Potter criou o neologismo Bioética, compreendido como um conhecimento do conhecimento, que agregava os saberes biológicos, sociais e de ciências humanas a fim de proporcionar um debate ético no exercício da atividade médica. Seguindo essa linha de raciocínio, Beauchamp e Childress estabeleceram um sistema de regras e princípios que embasariam a resolução de qualquer problemática no campo da ética, de modo universalista e abstrato.

A partir das construções da Teoria Crítica advindas da Escola de Frankfurt, inaugurou-se um contraponto à bioética principialista, a chamada bioética crítica. Formada por uma diversidade de ramos ideológicos, tomou-se como base para o presente estudo a bioética crítica de inspiração feminista, na qual se propõe uma análise dos antigos dilemas bioéticos considerando-se as especificidades das relações de gênero, e considerando-se ainda as vulnerabilidades psicológicas e sociais específicas da mulher agredida, em especial doméstica ou familiarmente.

Diante disso, partiu-se para uma interpretação das normas que preveem a notificação compulsória dos profissionais de saúde às autoridades sanitárias quando se defrontarem com casos de violência doméstica – Lei 10.778/2003 e Portaria nº 104/2011 do Ministério da Saúde – assim como da decisão do STF no julgamento da ADI nº 4.424. Nesta última, o tribunal superior concebeu que qualquer lesão corporal à mulher advinda de violência em ambiente doméstico e familiar possui natureza de ação penal pública incondicionada e, portanto, independente da vontade da vítima para sua instauração.

Foi, então, a partir da análise supramencionada que se passou a investigar a possibilidade da referida notificação compulsória, dos casos albergados pela Lei Maria da Penha, também às autoridades do Sistema de Justiça, de modo independente da vontade da vítima em denunciar seu agressor.

Apesar da regra de confidencialidade permitir uma relação de confiança entre médico e paciente, percebeu-se a importância de existência de relativização deste ditame em uma diversidade de normas referentes ao sigilo profissional – a exemplo do artigo 66 da Lei de Contravenções Penais e do artigo 245 do ECA. Ou seja, é possível concluir que a consideração do caso concreto,

com a devida percepção dos riscos que a paciente corre, assim como a consideração de existência de justa causa, podem assegurar a quebra do sigilo em casos específicos de violência de gênero, a fim de que se possa efetivamente resguardar a segurança, a integridade da saúde e a vida da paciente.

Nesse sentido, deve-se aplicar a relativização da confiabilidade nas situações de violência doméstica mesmo sem o consentimento da vítima, uma vez que o profissional de saúde não apenas se vê protegido pelos diplomas legais e pelas normativas laborais, como, pautado por justa causa e pelo princípio da beneficência poderá dar maior segurança, visando inclusive resguardar a vida de sua paciente.

Do mesmo modo, não há que se falar em desrespeito à autonomia em casos tais, uma vez que a posição de vulnerabilidade psicológica e social a que a mulher vítima de violência doméstica encontra-se, para além das múltiplas especificidades provenientes do ciclo de violência ao qual está submetida por um agressor a ela vinculado afetiva ou sexualmente, que de forma pretérita, quer presente, são suficientes para demonstrar quão comprometida está sua autonomia.

Propõe-se adicionalmente que uma prática biomédica inspirada por uma bioética feminista intente inicialmente o diálogo com a mulher vítima, a fim de que esta possa compreender os riscos da continuidade do ciclo de violência e reconhecer seu grau de vulnerabilidade, de modo a se favorecer seu empoderamento e conseqüente transmutação da posição de sujeito passivo para de um sujeito ativo de sua própria saúde e bem-estar.

Referências bibliográficas

ALVES, Mariza Santos Pereira. *A proteção constitucional do princípio da autonomia da vontade*. Monografia para aprovação no Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Direito Privado do Instituto Brasiliense de Direito Público – IDP. Brasília, 2007.

BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Bioética e feminismo: um diálogo em construção. *Revista bioética*, vol. 16, n. 2, 2008, p. 173-189.

BARSTED, Leila Linhares. Lei Maria da Penha: uma experiência bem sucedida de *advocacy* feminista. In: CAMPOS, Carmen Hein de. *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 13-39.

CALAZANS, Myllena; CORTES, Íaris. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. In: CAMPOS, Carmen Hein de. *Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 39-64.

CAMARGO, Juliana Frozel de. Introdução à Bioética. *Revista de Direito da Unimep*, Piracicaba, vol. 1, n.1, 2001, p. 161-172

DALHBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, ano 11, 2007, p. 1163-1178.

DATASENADO. *Violência doméstica e familiar contra a mulher*, 2013.

DINIZ, Débora. Bioética e gênero. *Revista Bioética*, vol. 16, n. 2, 2008, p. 207-216.

_____; GUILLHEM, Dirce. *Revista Bioética*, vol. 7, n. 2, 2000, p. 1-5.

DOSSI, Ana Paula. *Violência Doméstica: o que se espera do profissional de saúde?*. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP, Araçatuba, 2006.

FERREIRA, Juçara Suzi Assis Borges Nasser. Bioética e Biodireito. *Revista Scientia Iuris*, Universidade Estadual de Londrina – UEL, vol. 2/3, 1998/1999, p. 41-63

FRANCISCONE, Carlos Fernando; GOLDIM, José Roberto. Aspectos bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. In: COSTA, Sérgio Ibiapina; GARRAFA, Volnei; OSELKA, Gabriel. (Orgs). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p. 269-284.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO/SESC. *Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <
<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/pesquisas/pesquisa-mulheres-brasileiras-nos-espacos-publico-e-privado-fundacao-perseu-abramosesec-2010/>>. Acesso em: 20 de out. de 2015.

GOLDIM, José Roberto. *Diretrizes, Normas e Leis em Pesquisa em saúde*. Núcleo Interinstitucional de Bioética - UFRGS, 2000. Disponível em: <
<https://www.ufrgs.br/bioetica/belmont.htm>>. Acesso em: 3 de jul. de 2017.

GÓMEZ-LOBO, Alfonso. Fundamentaciones de la Bioética. *Acta bioeth*, vol.15, n.1, Santiago, 2009, p. 42-45.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cláudio Felipe Ribeiro da. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*, Brasília, 2005, p. 117-140.

LOCH, Jussara de Azambuja. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética*, n. 11, 2013, p. 51-63.

MATTOS, Delmo; RAMOS, Edith; VELOSO, Roberto. Entre a autonomia da vontade kantiana e o princípio da autonomia de Beauchamp e Childress: uma discussão acerca da autonomia e da dignidade humana na bioética e no direito. *Revista Perspectiva Filosófica*, vol. 42, n. 1, 2015, p. 35-53.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia (org.). *Impactos da Violência na Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*, Brasília, 2005, p. 9-42.

OLIVEIRA, Leidiane Souza de. A Lei Maria da Penha (11.340/2006) como estratégia de garantia dos direitos das mulheres vítimas de violência no Brasil. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 6, São Luís-MA, 2013. *Neoliberalismo e Lutas Sociais: perspectivas para as políticas públicas*. São Luís, 2013.

PETRY, Franciele Bete. Princípios ou virtudes na bioética? *Controvérsia*, vol. 1, ano 1, jan./jun. 2015, p. 49-65.

PROGRAMA PARA TECNOLOGIA APROPRIADA EM SAÚDE (PATH). *OutLook*, v.20, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.benfam.org.br>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

PIRES, Amom Albernaz. A opção legislativa pela Política Criminal Extrapenal e a Natureza Jurídica das Medidas Protetivas da Lei Maria da Penha. *Revista Ministério Público Distrito Federal e Território*, Brasília, v.1, n.5, 2011, p. 121-168.

ROCHA, Maria Elizabeth Guimarães Teixeira. A bioética em face da legislação brasileira e do Mercosul. In: BARBOSA, Swedenberger do Nascimento (org.). *Bioética em debate aqui e lá fora*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea, 2011, p. 131-146.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, Patriarcado, violência*. Editora Fundação Perseu Abramo: São Paulo, 2004.

SALES, Jannayna Martins. *Bioética e violência de gênero nos povos indígenas: diagnóstico de uma negligência*. Dissertação de Mestrado em Bioética – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos *et al.* Limites do segredo médico: uma questão ética. *Faculdade de Medicina e Enfermagem Nova Esperança*, 2012. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/Limites-do-segredom%E2%94%BC%C2%A2dico_com-altera%E2%94%9C%C2%BA%E2%94%9C%C3%BAo-dos-autores_30.11.12-PRONTO.pdf>. Acesso em: 20 de jun. de 2017.

SILVA, Artenira da Silva; ALVES, José Márcio Maia. A tipificação da “lesão à saúde psicológica”: revisitando o artigo 129, do Código Penal à luz da Lei Maria da Penha. *XXV Encontro Nacional do Conpedi*, Brasília, 2016, p. 77-96.

WASELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2015 – Homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília, 2015.

ZUBEN, Newton Aquiles von. As investigações científicas e a experimentação humana: aspectos bioéticos. *Bioethikos* – Centro Universitário São Camilo, 2007, ano 1, vol. 1, p.12-23.