

Aspectos legais da violência sexual e doméstica

Osmar Ribeiro Colás

MÓDULO ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA



Sumário

Aspectos legais da violência sexual e doméstica	29
Introdução	33
A violência contra as pessoas.....	35
Lei do aborto.....	38
Objecção de consciência.....	39
Crimes contra a dignidade sexual.....	40
Notificação compulsória.....	40
Lei Maria da Penha.....	41
Referências bibliográficas	42

Introdução

Em 1989, no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya, mais conhecido como Hospital do Jabaquara, a diretoria foi procurada pelo movimento feminista e pela Coordenadoria de Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de São Paulo a fim de avaliar a possibilidade da criação de um programa que atendesse às mulheres gestantes vítimas de estupro. A chefia do setor de toco-ginecologia e a diretoria do hospital, sensibilizadas com o projeto, concordaram em assumir essa proposta, sabendo de antemão que muitas dificuldades iriam aparecer. Foi então criada uma Lei Municipal que regulamentava o atendimento ao aborto legal, na Lei Orgânica do Município. Nessa época, eu, ainda plantonista, me interessei pelo Programa de Aborto Legal Previsto em Lei, como se denominou inicialmente.

Engajei-me nessa linha, inaugurando o serviço em agosto de 1989, junto com o Professor Dr. Jorge Andalaft Neto na coordenação, atendendo às pacientes nos procedimentos. Introduzimos no hospital a técnica de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), e o serviço tornou-se referência nacional e sul-americana. Logo ampliamos o atendimento, que inicialmente era destinado somente à realização das interrupções da gestação, para um novo horizonte em que o acompanhamento das profilaxias foi inserido, mudando então o nome para Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei.

Em 1996, fiz meu mestrado na UNIFESP, apresentando os resultados do Programa de Aborto Legal do Hospital Jabaquara, e passamos a fazer parte de um grupo pequeno, mas muito decidido a mudar a filosofia hipócrita que ainda imperava e impunha às mulheres a gestação catastrófica pós-estupro, sem que estas alcançassem o benefício da interrupção da gestação a que tinham direito.

Muitas foram as atividades, entre elas apresentações em congressos, discussões políticas, religiosas etc. Avançamos e criamos o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, no qual oferecíamos as profilaxias de gestação e de doenças sexualmente transmissíveis. Apoiamos e treinamos vários centros, como o Hospital Pérola Bynghton, o Hospital São Paulo, a Maternidade Vila Nova Cachoeirinha, entre outros, todos os serviços de maternidade do Município de São Paulo (projeto municipal), além de serviços no Brasil inteiro, incentivados e sustentados pelo

Dicas

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria no 692, de 26 de abril de 1989. Dispõe sobre a obrigatoriedade à rede hospitalar do município o atendimento médico para o procedimento de abortamento, nos casos de exclusão de antijuridicidade previstos no Código Penal. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, v. 34, n. 76, 26 abr. 1989, p. 12.

Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Hoje somos um modelo de atendimento para a América do Sul.

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), após participar do Primeiro Fórum de Aborto Previsto em Lei (FAÚNDES et al., 1997), capitaneado pelo Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas (CEMICAMP), em que tivemos a participação de juristas, bioeticistas, juízes, promotores, especialistas em medicina legal e forense, professores renomados de Ginecologia e Obstetrícia, organizações feministas etc., teve a iniciativa de criar em 1997 uma Comissão Especializada em Abortamento Previsto em Lei, cuja missão seria divulgar e apoiar tecnicamente todos os serviços que quisessem implantar esse tipo de atendimento, já que havia ainda (e ainda há) muitas barreiras culturais, religiosas e políticas para a sua implementação (SOARES, 2003).

Hoje, passados 22 anos do primeiro programa do Hospital do Jabaquara, à frente da Comissão Nacional de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei da FEBRASGO, tenho o prazer de colher muitos frutos em todo o país, embora reconhecendo que ainda há muito que fazer.

Ainda ponho a “mão na massa”, atendendo às vítimas de violência sexual na Casa de Saúde da Mulher da Escola Paulista de Medicina – EPM/UNIFESP, ensinando alunos e residentes de medicina e enfermagem. Mas ainda temos muito que orientar, incentivar e apoiar, para que nossa luta não tenha sido em vão.

A violência contra as pessoas

Na sociedade moderna, a violência contra a pessoa é indiscutivelmente o evento bioético da maior relevância não somente pelos danos físicos, psicológicos e sociais que causa, como também pelo número de ações e gastos públicos necessários ao seu tratamento. A Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo (1994), e posteriormente a da Mulher, em Pequim (1995), lançaram luzes sobre a questão da violência sexual, considerando-a uma importante cesura dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e adolescentes. O Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, por sua vez, classificou a violência sexual como “um problema de saúde pública” a ser combatido em todo o mundo e por todos os governos, sugerindo a questão em sua plataforma de ações.



O Brasil, além de participar desses compromissos internacionais, foi signatário dos tratados que asseguram direitos às mulheres e crianças vítimas de violência doméstica e sexual. Como consequência, apresentou considerável avanço no que se refere ao acesso das mulheres vítimas aos serviços de saúde e à assistência imediata pós-estupro. Foi fundamental, nesse momento, o papel dos movimentos feministas no encaminhamento desta e de outras ações em prol das mulheres, especialmente as mais carentes, ampliando o acesso aos hospitais, principalmente públicos, que passaram a realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

Em 1994, o Brasil sediou e participou ativamente da chamada “Convenção de Belém do Pará”, cujo nome oficial foi “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar Todas as Formas de Violência Contra a Mulher”. Essa convenção foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em 6 de junho de 1994, e ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995. Várias foram as conclusões retiradas desse importante evento, entre elas o fato de que...

“... a violência contra a mulher transcende todos os setores da sociedade, independentemente de sua classe, raça ou grupo étnico, níveis de salário, cultura, nível educacional, idade ou religião, e afeta negativamente suas próprias bases”.

Com isso, foi redigido um documento de ações a serem desenvolvidas pelos signatários, sendo este considerado um marco importante em direção ao desenvolvimento de estratégias para o cumprimento desse acordo assumido pelo nosso país.

Entre os dias 1º e 7 de julho de 2003, o governo brasileiro, representado por delegação chefiada pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, compareceu à 29ª Sessão do Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) para apresentar o Relatório Nacional Brasileiro à Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Esse relatório abrangeu um período de 17 anos, de 1985 a 2002 (correspondendo ao relatório inicial e aos relatórios periódicos segundo, terceiro, quarto e quinto combinados – CEDAW/C/BRA/1-5), tendo sido elaborado com a contribuição de entidades da sociedade civil e de pesquisadoras, que nele sintetizaram os avanços e obstáculos para que as mulheres brasileiras desfrutassem de uma cidadania plena.

Em 2005, o Brasil volta ao Comitê para apresentar o sexto relatório periódico, abrangendo o período 2001-2005. Para a sua elaboração, foi constituído um grupo de trabalho, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e pelo Ministério de Relações Exteriores/ Departamento de Direitos Humanos e Temas Sociais.

**SAIBA MAIS...**

O grupo contou com a participação dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, da Educação, da Justiça, do Planejamento, Orçamento e Gestão/IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), além da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Secretaria de Estado da Administração e da Previdência e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), representado pela Articulação de Mulheres Brasileiras e pela Secretaria Nacional de Mulheres da Central Única dos Trabalhadores.

São apresentadas informações sobre as políticas que vêm sendo desenvolvidas no cumprimento dos artigos da Convenção e das 21 recomendações do Comitê CEDAW ao Brasil, quando da análise do relatório anterior.

Entre os temas discutidos nesse relatório, encontramos vários aspectos relacionados à violência contra mulheres, crianças, adolescentes, idosos, homossexuais, mulheres em prisões etc. Tratou-se de um trabalho titânico realizado pelo grupo colaborativo, composto de várias entidades públicas, consultores, órgãos públicos, sociedade civil organizada etc.

Dessa maneira, podemos observar que as quatro décadas do final do século passado foram importantíssimas para o desenvolvimento de políticas tanto de saúde como de eliminação da violência em prol não só das mulheres, como também das pessoas em situação de vulnerabilidade.

No entanto, apesar de esses programas existirem, a violência continua a ser infligida em várias situações da vida de todos os cidadãos e, obviamente, a população mais vulnerável é a que mais sofre, uma vez que o acesso aos seus direitos muitas vezes é dificultoso, desconhecido ou negado.

Por isso é importante comentar algumas das leis que vieram proteger as mulheres em situações de violência doméstica e sexual, facilitando e norteando os serviços de saúde em sua atuação preventiva e terapêutica não só na área médica, mas também nos âmbitos social, psíquico e de exercício de cidadania.

Algumas leis, apesar de já existirem há muitos anos, continuam sendo “esquecidas” ou mal interpretadas, insistindo dessa maneira em negar os devidos direitos às mulheres. Entre os aspectos bioéticos que trazem dúvidas aos profissionais de saúde, temos os relacionados às situações de aborto previsto em lei, à obrigação dos serviços de saúde em oferecer os serviços de direito às mulheres, ao compromisso dos órgãos de saúde em desenvolver esses serviços, aos limites da objeção de consciência alegadas pelos profissionais de saúde, às obrigações e limites de denúncias e notificações compulsórias, aos consentimentos esclarecidos e informados e a algumas leis que devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para os devidos encaminhamentos, esclarecimentos e até aconselhamentos às vítimas de violência num sentido amplo, particularmente às mulheres.

Lei do aborto

Iniciaremos com a Lei nº 2.848 do Código Penal Brasileiro, datada de 1940, que no seu artigo 128 diz:

“Não se pune o aborto praticado por médico:

I – Se não há outra maneira de salvar a vida da gestante;

II – Se a gravidez é resultado de estupro e o aborto é autorizado pela gestante ou seu representante legal.”

Essa lei ainda não é oferecida universalmente às pacientes que dela necessitam. Na realidade, foi no final dos anos 1980 quando surgiram as primeiras leis regulamentando, no Rio de Janeiro e em São Paulo, a obrigação de os hospitais municipais oferecerem a interrupção da gestação nas situações de “antijuricidade” existentes no Código Penal Brasileiro. Apesar disso, já são 22 anos de luta e ainda não temos esse serviço universalizado, como é proposta do nosso Sistema Único de Saúde. Nos últimos anos, temos também lutado para a inserção nesse artigo 128 de um terceiro item que é a permissão para a interrupção da gestação em fetos anencéfalos. Há sete anos as discussões perduram, sendo que os grupos conservadores e religiosos insistem em impedir às mulheres o direito de decisão sobre a evolução dessa gestação que não irá resultar em um feto viável, além de impor maiores riscos às gestantes.

Complicações como pré-eclampsia grave e eclampsia, gestação prolongada, polidrâmnio, descolamento de placenta, rotura uterina, embolia âmnio-caseosa, insuficiência respiratória, atonia uterina, anemias graves e necessidades de transfusões sanguíneas, infecções puerperais e muitas outras intercorrências podem se apresentar diante dessa gestação, impondo um risco gestacional muito maior do que em uma gravidez normal. Por outro lado, esses fetos obituam em 50% das vezes dentro do útero, e os que nascem vivos obituam em até 48 horas após o nascimento. O diagnóstico de anencefalia é dado com certeza pelo ultrassom, ainda no primeiro trimestre da gestação, não justificando a espera para a resolução muito além do primeiro trimestre (BECKER, 2007).

Vale lembrar que essas dificuldades de acesso aos seus direitos legais, seja nos casos de estupro ou de anencefalias, levam essas mulheres a procurar situações de risco para realizar seus abortos, resultando numa enorme perda de vidas desnecessárias.

Objeção de consciência

O Novo Código de Ética Médica <www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>, aprovado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 1.931/2009 em 17 de setembro de 2009 e publicado no Diário Oficial da União (DOU) em 24 de setembro de 2009, no Capítulo II, relativo aos “Direitos dos Médicos”, diz que “é direito do médico [...] recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência (artigo IX)”. Esse artigo permite aos médicos eximirem-se de determinados atos desde que sejam contra seus princípios morais e religiosos, embora amparados pela lei. Dessa maneira, pode um médico deixar de realizar um aborto, mesmo que seja legal, se tal ato for contra seus princípios. No entanto, deve esse médico, obrigatoriamente, orientar e encaminhar a paciente a outro que lhe ofereça o atendimento de direito, facilitando seu acesso em tempo hábil e oportuno para a realização do procedimento. Tem sido comum alguns colegas eximirem-se de atender e orientar essas mulheres, alegando que não concordam com suas opções. Outro aspecto é que, nos casos de risco de vida à gestante, não é reconhecido o direito de objeção de consciência, se não houver outro profissional treinado para a realização do procedimento em questão.

No que se refere à contracepção de emergência, o Novo Código de Ética Médica é bem claro quando não aceita justificativa para objeção de consciência, uma vez que essa medicação não é abortiva.

Crimes contra a dignidade sexual

No final de 2009, houve uma importante mudança nas leis que definem os crimes sexuais. A Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, alterou o Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 e dispõe sobre os crimes hediondos nos termos do inciso XLIII do artigo 5º da Constituição Federal, revogando a Lei nº 2.252 de 1º de julho de 1954, que tratava de corrupção de menores.

O Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm#titulovi>, passa a vigorar com as seguintes alterações:

Na prática, esta lei muda a **definição de estupro** conforme o Artigo 213 : “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Essa definição então suprime a figura do atentado violento ao pudor, considerando qualquer forma de agressão sexual como estupro (coito vaginal, anal, oral, interfêmures, manipulações etc.). Também define **estupro de vulnerável** quando essa forma de violência é aplicada a incapazes e menores de 18 e maiores de 14 anos. Nas situações abaixo de 14 anos, mesmo que consentida, a relação sexual é considerada **estupro presumido de vulnerável**, não necessitando haver violência nem constrangimento para esse ato. Existe um mecanismo de acumulação de penas para essas situações.

Outro aspecto importante desta lei é que, embora respeite o direito à representação da ação judicial contra o agressor em maiores de 18 anos, em situações de estupro de vulnerável, a representação é incondicionada, ou seja, é aberta automaticamente mesmo que contra a vontade dos responsáveis legais.

Outras situações são consideradas nesta lei, como violação sexual mediante fraude, assédio sexual, exploração sexual, tráfico internacional de pessoas, rufianismo (exploração sexual por terceiros), exploração de menores, entre outras. Também aqui houve um processo cumulativo de penas, conforme as situações vão se configurando. Trata-se, pois, de um avanço considerável na lei que protege os direitos sexuais e reprodutivos das pessoas, particularmente das mulheres.

Notificação compulsória

Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação é obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o Artigo 13 da Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha (anexo IV)

atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, o qual regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o Artigo 19 da Lei nº 10.741/2003, que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Todo o parágrafo acima faz parte do cabeçalho da ficha de notificação compulsória, que de acordo com as leis mencionadas, devem ser realizadas quando qualquer serviço de saúde atende um(a) paciente em situação de vulnerabilidade. É importante notar que, nas situações contra crianças e adolescentes, além da notificação compulsória, deve o serviço comunicar oficialmente o Conselho Tutelar e/ou a Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente. No caso de violência contra o idoso, sugere-se que o Ministério Público seja acionado, uma vez que não existe um órgão oficial prevendo essa proteção aos idosos na maioria dos municípios (anexo II).

Lei Maria da Penha

Em 7 de agosto de 2006, o presidente do Brasil sancionou a Lei nº 11.340, conhecida como “Lei Maria da Penha”. Entre as várias mudanças promovidas por essa lei, está o aumento no rigor das punições das agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar. Essa lei foi criada para proteger os direitos da mulher. A lei alterou o Código Penal Brasileiro e possibilitou que agressores de mulheres no âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. Outro aspecto importante é que esses agressores também não poderão mais ser punidos com penas alternativas, como pagamento de cestas básicas. A legislação também aumenta o tempo máximo de detenção, em caso de agressão, de um para três anos e ainda prevê medidas que vão desde a saída do agressor do domicílio à proibição de sua aproximação da mulher agredida.

Referências bibliográficas

BECKER, M. A. Anencefalia e a possibilidade de interrupção da gravidez. **Revista da AMRIGS**, v. 51, n. 3, p. 220-221, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 2004.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 14 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

COLÁS, O. R.; MATTAR, R. Legal Abortion of raped women – The first public program in Brazil. **Acta Obstétrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 76, n. 167, p. 79, 1997.

_____ et al. Aborto legal por estupro: primeiro programa público do país. **Bioética**, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1994.

DELMANTO, C. **Código penal anotado**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1991.

FAÚNDES, Anibal et al. I Fórum Interprofissional para Implantação do Atendimento ao Aborto Previsto na Lei: relatório final. **Femina**, v. 25, n. 1, p. 69-71, 74-76, 78, jan.-fev. 1997.

O Brasil e o cumprimento da CEDAW: contrainforme da sociedade civil ao VI relatório nacional brasileiro à convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Disponível em: <http://www.agende.org.br/convencoes/cedaw/rela_alt_2005.html>. Acesso em: 14 set. 2010.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad Saúde Pública**, v. 19, Supl. 2, p. 399-406, 2003.