



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS  
CURSO DE DIREITO**

**NATÁLIA MARTINS VASCONCELOS**

**A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO  
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER**

**CAMPINA GRANDE – PB  
2016**

NATÁLIA MARTINS VASCONCELOS

**A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO  
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Programa de Graduação em Direito da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Bacharel em Direito  
Área de concentração: Sociologia Jurídica

Orientador: Prof. Dr. Marconi do Ó Catão

**CAMPINA GRANDE  
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

V331r Vasconcelos, Natália Martins.

A relevância das políticas públicas de saúde no enfrentamento da violência sexual contra a mulher [manuscrito] / Natália Martins Vasconcelos. - 2016.

29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2016.

"Orientação: Prof. Dr. Marconi do Ó Catão, Departamento de Direito Público".

1. Violência contra a mulher. 2. Abuso sexual. 3. Políticas de saúde. 4. Legislação. I. Título.

21. ed. CDD 362.83

**NATÁLIA MARTINS VASCONCELOS**

**A RELEVÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO  
DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER**

Artigo apresentado ao Programa de Graduação  
em Direito da Universidade Estadual da  
Paraíba, como requisito parcial à obtenção do  
título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Sociologia Jurídica

Aprovada em: 28.10.2016.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marconi do O Catão (Orientador)

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. Amilton de França

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Ms. José Cavalcante dos Santos/UEPB

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao meu pai e amigo, Aldson Chaves de Vasconcelos Júnior, que sempre me ensinou a caminhar na direção certa da vida, DEDICO.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade que me deu de chegar até aqui, pela sua presença constante em minha vida, sempre me iluminado e guiando os meus passos.

À Dyana e Aldson, meus pais, que me deram o dom da vida e estiveram presentes em todas as etapas dela com um amor incondicional, sempre me ensinando a trilhar no caminho certo.

À minha irmã, Sabrina, que sempre me apoiou, incentivou e nunca me negou qualquer ajuda.

A toda minha família e amigos, que estão sempre presentes na minha vida e contribuem para que eu tenha êxito em todos os caminhos que eu trilhar;

Ao meu orientador e querido amigo, Marconi do Ó Catão, pelo profissionalismo, carinho e dedicação imprescindíveis.

Aos professores que se disponibilizaram a participar da banca de avaliações do presente Trabalho de Conclusão de Curso;

Aos meus queridos chefes do domicílio jurídico do BNB, Dr. Bruno e Dr. Suênio, que me deram a oportunidade de enorme aprendizado, que muito contribuíram para o meu crescimento profissional;

Ao meu atual chefe, Dr. André e sua secretária Edelweiss, por me ajudarem sempre que preciso;

Ao meu parceiro Rodolfo, por ter sido meu companheiro e sempre ter dado forças aos meus estudos.

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Natália Martins Vasconcelos<sup>1</sup>

### RESUMO

O trabalho em tela inicialmente apresenta uma retrospectiva histórica sobre o combate a violência contra a mulher, concentrando-se na violência sexual contra a mulher como questão de saúde pública. O objetivo central deste artigo é analisar como vindo sendo desenvolvidas as políticas públicas de enfrentamento a referida violência; ademais, busca verificar a conexão entre as legislações específicas e as normas técnicas utilizadas no atendimento dos serviços de saúde às vítimas de violência sexual, discutindo os entraves encontrados nos atendimentos, haja vista as influências culturais patriarcalistas ainda presentes em nossa sociedade. Fundamentalmente, na elaboração deste estudo foi utilizada a metodologia descritiva-analítica, a partir de levantamentos bibliográficos, documentais, internet e em legislações relacionadas com a matéria em foco, tendo como técnica a observação textual e reflexão crítica. Concluiu-se que a construção de políticas públicas de saúde específicas e a organização de serviços voltados ao enfrentamento das situações de violência encontram-se fragmentados e pouco estruturados para o atendimento às vítimas de forma integral. Além disso, foi concluído que, apesar dos avanços que vêm ocorrendo no que se refere ao atendimento às vítimas, lamentavelmente não se concretizam na vida das mulheres, na medida em que se materializam por meio das políticas implementadas pelo Estado, que fazem as vítimas que procuram os serviços, muitas vezes, percorrerem diversos caminhos, transformando o que deveria ser um tratamento humanitário de proteção da pessoa, numa verdadeira *via crucis*, num contexto social marcado por preconceitos, contradição de classes e negação de direitos.

**Palavras-Chave:** Políticas de saúde. Violência sexual contra a mulher. Legislações e Normas Técnicas.

### 1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno sócio histórico que acompanha a evolução da humanidade e se revela de variadas formas e circunstâncias, sendo um problema mundial que vem crescendo de forma assustadora e se tornando uma enorme preocupação, motivo pelo qual faz parte dos estudos de autoridades sanitárias e legais, uma vez que tomou proporções

---

<sup>1</sup> Aluna de Graduação em Direito na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.  
Email: nataliaamv\_@hotmail.com

de uma verdadeira epidemia que contamina não só a vida da vítima, como também a de toda a sociedade.

Não existe uma definição consensual de violência, sendo tarefa árdua conceitua-la, em virtude da sua magnitude, transcendência e capacidade de se perpetuar, no tempo e espaço, com novos recortes. Contudo, a Organização Mundial de Saúde define violência como:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

As manifestações da violência podem ser classificadas segundo diferentes variáveis estando relacionadas aos indivíduos que sofrem a violência (mulheres, crianças, idosos); ao motivo (político, racial, emocional) ou espaço onde ocorre (violência urbana, doméstica e institucional). Existem também classificações segundo a forma de violência, podendo ser física, psicológica, moral e sexual. As categorias podem relacionar-se de modo a definir, por exemplo, a violência sexual contra a mulher. Assim, integrada neste contexto, a violência sexual desdobra-se em casos perversos e constitui uma das mais antigas e cruéis expressões da violência de gênero que, infelizmente, acontecem cotidianamente, representando uma inaceitável e brutal violação dos direitos humanos.

Ressalte-se que, caracterizando-se como um fenômeno universal, a violência sexual acomete vítimas de diferentes classes sociais, culturais, étnicas e religiosas, ocorrendo em populações de distintos níveis de desenvolvimento social e econômico.

De maneira que a violência sexual é um fenômeno social recorrente e multifacetado que faz parte do universo da saúde pública por razões bem definidas, pois traz consigo o significado de agravo e ameaça às relações interpessoais, às condições de trabalho, à qualidade de existência e, principalmente, afeta a saúde. Por definição do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, a violência sexual é um problema de saúde pública e deve ser combatido em todo o mundo. Sem dúvidas, o impacto da violência sexual para a saúde vem das consequências dos traumas físicos, das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e da gravidez indesejada. Além disso, acarreta danos psicológicos, os quais produzem efeitos severos e devastadores, muitas vezes irreparáveis para a saúde mental e, até mesmo, para a reinserção social da vítima.

Uma das mais traumáticas consequências da violência sexual é a gravidez, pois descobrir esta situação, após ter sofrido o estupro, é uma circunstância que agrava ainda mais

o acontecimento e, muitas vezes, a vítima acaba sentindo-se, novamente, invadida pelo agressor.

Portanto, devido a gravidade do problema no que tange à violação dos direitos humanos bem como ao impacto físico, psíquico e social, as vítimas de violência sexual recorrem ao aborto.

No Brasil, o aborto é tipificado como crime contra a vida pelo Código Penal. No entanto, existem exceções, sendo isento de pena o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro, sendo essa conduta precedida de consentimento da gestante, conforme estabelece o artigo 128, II.

Não obstante ser o direito de realizar a interrupção da gestação no caso de aborto, reconhecido pela legislação, as vítimas de estupro, ao buscar o abortamento mediante solicitação respaldada em gravidez originada por atos de violência, em geral, o profissional de saúde questiona-se sobre sua responsabilidade legal e as consequências de sua ação e, em razão disso, muitas vezes, acabam inquirindo as vítimas ou mesmo se recusando a atendê-las.

O Ministério da Saúde, atento a essa questão, editou a seguinte norma técnica: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes”, que estimula e normatiza as estruturas dos serviços de atendimento, incluindo os procedimentos recomendados para o abortamento seguro, servindo como uma orientação para auxiliar os profissionais na organização e desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada, bem como para garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres. Atualizada em 2011, a norma dispensa a mulher de apresentar Boletim de Ocorrência (BO) ou laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML) para interromper a gravidez.

Assim, apesar do único documento necessário para a interrupção da gravidez decorrente de estupro ser o consentimento da vítima, as mulheres vivenciam muitas dificuldades para o acesso aos serviços de saúde que realizam o aborto legal, uma vez que a veracidade do relato feito por elas é constantemente contestada, não sendo sua palavra meio suficiente para interromper a gravidez.

Os profissionais de saúde que possuem a missão de atender mulheres em situação de intensa vulnerabilidade nem sempre estão preparados para prestar a assistência devida, tendo em vista que não possuem um olhar diferenciado, embasado em solidariedade e gestos humanitários, com domínio de métodos que minimizem os agravos decorrentes da situação de violência, acarretando, na maioria das vezes, em uma revitimização, ou seja, o sofrimento continuado ou repetido da vítima de um ato violento, após o encerramento deste.

Desse modo, observa-se que não há nos serviços de saúde o efetivo cumprimento dos procedimentos padrões estabelecidos na legislação brasileira e nas demais normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, seja devido ao receio por parte dos profissionais da área de saúde em serem processados, seja por objeção de consciência moral e religiosa, enfim, tais profissionais criam barreiras que dificultam às mulheres o acesso integral e imediato ao abortamento legal.

Nesse contexto, salienta-se que os profissionais de saúde, especificamente aqueles que estão em posição estratégica para a atuação no problema da violência sexual contra a mulher, são os principais responsáveis pelo estabelecimento de vínculos de confiança entre usuários e os serviços, porém, muitas vezes, acabam prestando uma assistência ineficaz, visto que no lugar de realizarem os procedimentos médicos de sua competência atuam como verdadeiros agentes policiais, confundindo o setor da saúde com o setor inquisitorial administrativo.

Enfim, para que a saúde e a honra das vítimas de violência sexual não sejam colocadas em risco, é necessário que exista uma abordagem multiprofissional e eficaz no atendimento, uma vez que as mulheres esperam bem mais do que as formalidades protocolares, necessitando o recebimento do devido tratamento humanizado, digno e efetivo para que assim as protejam de possíveis revitimizações.

## **2 BREVE HISTÓRICO SOBRE O COMBATE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Desde o início dos anos 80, a violência contra a mulher tornou-se uma questão frequentemente debatida pelo movimento social feminista que, desde então, luta para chamar atenção da sociedade para gravidade desse fenômeno. O objetivo fundamental desse movimento social é promover os direitos humanos das mulheres como parte inalienável dos direitos humanos universais. A partir desse cenário, a situação das mulheres vítimas de violência tem recebido crescente atenção e mobilização, sendo objeto de políticas e ações por parte do Estado e de outras instituições sociais.

Se hoje vemos a violência contra a mulher como um problema público baseado na caracterização de poderes diferenciados entre os homens e as mulheres, devemos toda esta visibilidade à luta dos movimentos sociais organizados de mulheres e feministas de todo o país, que construíram uma rede com as diversas instâncias, nacionais e internacionais, sempre

preocupadas com as relações de gênero e com a dignidade da pessoa humana<sup>2</sup>. De maneira que foram sendo discutidas e elaboradas as temáticas que resultaram em legislações protetivas para aquelas pessoas vítimas de violência.

Há várias décadas, a militância dos movimentos feministas e de mulheres encontrou inicialmente o seu referencial empírico na denúncia da violência sexual contra a mulher. Com isso, tornou-se visível, nos planos social e político, que eram as mulheres as principais vítimas, não apenas desse tipo de violência, mas também de outras modalidades de agressão, seja nos lares, no trabalho ou em outros espaços sociais.

A atuação da militância feminista, acrescida pelas reivindicações dos movimentos sociais, criaram condições históricas, políticas e culturais, cujas consequências e resultados foram imediatos. De início, destaca-se a criação de Grupos de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência, tendo como pioneiros o “SOS Corpo de Recife” (1978) e o “SOS Mulher de São Paulo” (1980), ambos se caracterizando por um novo agir político diante das instâncias e das instituições públicas.

Com a redemocratização do país, a partir de 1980, o movimento feminista e de mulheres passou a influenciar decisivamente a atuação governamental, pois, por um lado, contribuiu para a politização da violência sexual contra a mulher; e, por outro lado, conferiu novos contornos à elaboração de políticas públicas específicas. Nesse cenário, o governo respondeu com a criação das “Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAMs)”, com a instalação da primeira delegacia na cidade de São Paulo, no ano de 1985, existindo hoje inúmeras espalhadas por todo o território nacional. Sem dúvida, o impacto real e simbólico causado pela criação das DEAMs é indiscutível, não apenas pela importância para mulheres excluídas social e economicamente, principais vítimas de denúncias das várias formas de violência, mas também pelo ganho político de conscientização das mulheres em torno da busca de cidadania<sup>3</sup>.

Outro importante avanço nessa discussão foi a constituição de um novo campo de estudo temático – violência de gênero – no domínio das Ciências Sociais. Neste sentido, houve a criação de disciplinas, cursos, assim como a instalação de núcleos de estudos e

---

<sup>2</sup>Sobre o conceito de “movimentos sociais” presentes na sociedade civil, utilizamos a perspectiva *habermasiana*, ou seja, os movimentos sociais presentes na sociedade civil tem seu núcleo formado por associações e organizações livres, não estatais e não econômicas, as quais ancoram as estruturas de comunicação das esferas pública nos componentes sociais do mundo da vida. Assim, a sociedade civil compõe-se de movimentos organizações e associações, os quais captam os ecos dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas, condensam-nos e os transmitem, a seguir, para a esfera pública política. HABERMAS, Jünger. **Direito e Democracia**: entre a facticidade e validade II. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. p. 92 e 99. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário)

<sup>3</sup> Cf. VITA, Fernando Gil. **La exclusión social**. Barcelona: Ariel, 2002. P.36.

pesquisas nas universidades. Então, o pensamento acadêmico na ótica feminista, ao tentar explicar a violência sexual contra a mulher, se defrontou com uma imensa diversidade de explicações conceituais, que podem ser resumidas em algumas linhas de indagações: a) a hegemonia do poder masculino que permeia as relações entre homens e mulheres; b) a condição de subalternidade feminina baseada na hierarquia de gênero; c) a reprodução das imagens de homem e de mulher e dos papéis a eles atribuídos por meio da construção social da violência; e, d) a existência disseminada e, ao mesmo tempo, invisibilizada das violências nas relações cotidianas. Em suma, em quaisquer dessas noções conceituais, a violência sexual não deixa de se constituir em uma manifestação de abuso de poder entre os gêneros.<sup>4</sup>

Assim, com o efetivo surgimento do campo dos estudos sobre “a violência contra a mulher” e, posteriormente, dos estudos de gênero, passam a ser desnaturalizadas as condições de ser mulher e de ser homem. Na mesma direção, a busca pela condição de equidade de gênero implicou numa série de mudanças paradigmáticas que envolvem as relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos, contribuindo, desse modo, para ampliar a discussão de categorias tais como, sexualidade, sexo, dominação, entre outras.

Portanto, a luta pela erradicação da “violência contra a mulher”, como uma das expressões da extinção das assimetrias de gênero, incorporou múltiplos atores sociais, ampliando o debate em âmbito nacional, que passou a ser legitimado pelo estabelecimento de Convenções e Acordos Internacionais resultantes dos grandes fóruns<sup>5</sup> promovidos pela Organização das Nações Unidas durante a década de 1990. A “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher” - mais conhecida como “Convenção de Belém do Pará (1994)” – é um exemplo.

Em síntese, reiteramos que no Brasil vem ocorrendo vários avanços nos campos legal e social relacionados com a temática em análise, exteriorizando-se com a criação de organismos em defesa das mulheres vítimas de violência, dentre eles: as Delegacias Especializadas de Atendimento a Mulher, Centros de Atendimento especializados, Casas Abrigos, Centrais de Atendimento Telefônicos de Emergência, entre outros mecanismos de apoio.

---

<sup>4</sup>BANDEIRA, Lourdes. Texto de Apresentação. In: DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia Soares; NASCIMENTO, Elise (Ed. e Orgs.). **Bibliografia de estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003**. Brasília: LetrasLivres: UnB, 2004. p. 9.

<sup>5</sup>Sobre essa discussão, já em 1967, no dia 07 de novembro, as Nações Unidas aprovou, por unanimidade, uma Declaração que versava sobre a eliminação da discriminação contra a mulher. Cf. MOSCA, Juan José; AGUIRRE, Luis Pérez. **Derechos Humanos: pautas para una educación liberadora**. 2.ed. Montevideo: Trilce, 1986. p.125-132.

Outrossim, nos dias atuais, a problemática da violência contra mulher é também considerada uma questão de saúde pública, tendo em vista que a mesma afeta não só a vítima, mas a sociedade de um modo geral, independente de níveis cultural, escolaridade e socioeconômico, pois todos os membros participantes dos vários grupos sociais se encontram suscetíveis a serem vítimas de violência. De forma que as mulheres que vivenciam a violência sofrem uma série de problemas de saúde, com a conseqüente diminuição de sua capacidade de participar da vida pública. Com efeito, a violência contra as mulheres prejudica famílias e comunidades de todas as gerações e reforçando assim outros tipos de atrocidades presentes na sociedade brasileira.

Na sociedade contemporânea, como já destacado, a violência contra a mulher ainda é recorrente, notadamente no cenário nacional brasileiro. Diante disso, vem sendo observado um forte interesse social sobre essa problemática, especialmente a partir da pressão exercidas pelos movimentos sociais organizados, notadamente o feminista, com o objetivo de mobilizar o governo, bem como os organismos internacionais, no sentido de buscar formas para o enfrentamento de tal situação, tomando como exemplos a criação de Delegacias de Defesa da Mulher e das Casas Abrigo, de Comissões específicas sobre questões de gênero, de implantação de políticas públicas contra discriminação etc.

Hodiernamente, no âmbito internacional, a “Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos” (Viena, 1993) reconheceu formalmente a violência contra as mulheres como uma violação aos direitos humanos. Desde então, os governos dos países-membros da ONU e as organizações da sociedade civil têm trabalhado para a eliminação desse tipo de atrocidade, que já é reconhecido também como um grave problema de saúde pública.

A “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher” (Convenção de Belém do Pará- 1994) em seus arts. 1º e 2º conceitua a violência contra a mulher como sendo:

Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no âmbito privado.

Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica: que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual; que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais,

estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar e que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

Assim, a violência contra mulher, especificamente a violência sexual, é revelada como um problema social e de saúde pública, consistindo em um fenômeno mundial que não respeita fronteiras, incluindo classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade.

No Brasil, a violência sexual é apontada como uma das principais causas de morbimortalidade, despertando no setor de saúde pública uma grande preocupação que, progressivamente, deixa de ser considerada como um problema exclusivo da área social e jurídica para ser também inserida no universo social da saúde. Logo, como saúde pública, esse tipo de violência somente passa ter alguma importância em nosso país na década de 80, do século passado, com a implantação do “Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher” (PAISM), que incorporou a violência doméstica e sexual como parte das necessidades a serem supridas. Todavia, esta iniciativa não vem revelando mudanças expressivas na atenção à mulher em situação de violência.

Feitas essas considerações, pode-se deduzir que qualquer forma de discriminação por questão de gênero é a própria negação de direitos consagrados constitucionalmente, em um Estado que se diz Democrático de Direito, ferindo-se frontalmente os princípios da liberdade, igualdade e da não discriminação, contidos na Carta Magna de 1988, visto que é objetivo fundamental do Estado Brasileiro a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, cor, *sexo*, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Nesse contexto, torna-se extremamente pertinente registrar a vigorosa teoria contratualista contemporânea, nos campos da filosofia ética e do direito político, construída por John Rawls<sup>6</sup> que a partir da sua elaboração da “justiça como equidade”, contempla as noções de direito à liberdade e direito à igualdade, onde as sociedades devem ser estruturadas por intermédio de um sistema equitativo, sendo então possível a justa distribuição de concepções culturais, opções sociais etc., entre cidadãos livres e iguais, expressando assim um modelo típico das sociedades onde predomina o ideal de Estado Democrático de Direito.

Diante de todo esse cenário, em agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.340, intitulada de “Lei Maria da Penha”, a fim de atender milhares de mulheres que sofrem algum tipo de violência, inclusive a sexual, criando instrumentos para coibi-la, corroborando nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal de 1988. De início; essa legislação causou um impacto na sociedade, por meio de acaloradas discussões do movimento de mulheres.

---

<sup>6</sup>RAWLS, John. **Uma teoria de justiça**. Tradução por Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Mas, essa lei trouxe significativas mudanças ao Poder Judiciário Brasileiro. Portanto, essa nova legislação é resultado de um longo processo histórico de construção social do problema da violência contra as mulheres em nosso país, trazendo em seu texto várias marcas reveladoras dos embates dos movimentos feministas.

Em seu artigo 7º, III, a Lei 11.340/06, define violência sexual como:

[...] formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: 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

Por sua vez, no Código Penal, a partir da sanção da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009<sup>7</sup>, o estupro passou a ser um crime contra a dignidade e liberdade sexual. De modo que, apenas recentemente o legislador reconheceu a dignidade e liberdade sexual como um bem jurídico legalmente protegido, como toda pessoa tendo o direito de exigir respeito em relação à sua vida sexual.

Ressalta-se que a violência sexual contra a mulher também está intimamente ligada ao princípio da dignidade da pessoa humana, previsto na nossa Constituição Federal. Em suma, a dignidade é uma condição que veda a submissão do ser humano a tratamentos degradantes e desumanos. Indiscutivelmente, a problemática dos alarmantes índices de violência sexual praticada contra a mulher no país indicam para a urgente necessidade de se propor medidas eficazes no seu enfrentamento. De maneira que a omissão de determinadas instituições e da sociedade de um modo geral, contribuem, mesmo que involuntariamente, para o crescimento das estatísticas de criminalidade violenta e para a implantação de uma cultura do medo entre as mulheres violentadas.

Desse modo, inquestionavelmente, a violência é um fenômeno causal, ou seja, a sua ocorrência e as suas origens não podem ser explicadas ou compreendidas por meio de um fato isolado. No máximo, é possível afirmar que alguns aspectos podem ser designados como facilitadores do comportamento violento, podendo, dentre eles, ser citados o alcoolismo, a

---

<sup>7</sup>No vigente Código Penal Brasileiro, o Estupro é definido como um crime de ação pública, que consiste no ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (CP, art. 213). Tal tipificação passou a vigorar no Título VI, que trata de crimes contra a dignidade sexual, conforme disposto na Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, alterando a redação anterior que previa os crimes contra os costumes, cuja ação penal era privada.

pobreza, o desemprego, instabilidade emocional, entre outros.

### **3 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA**

A Saúde Pública tem por objetivo promover a melhoria e bem estar da saúde dos cidadãos, prevenindo doenças e prolongando a vida por meio de esforços organizados e escolhas informadas da sociedade, das organizações públicas e privadas, das comunidades e dos indivíduos em geral. Segundo o art. 2º da Lei 8.080/90, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Apenas recentemente a violência sexual passou a receber ênfase e visibilidade por parte de órgãos governamentais e não governamentais e entidades civis. Nessa perspectiva, foi somente no ano de 2002 que a OMS definiu a violência sexual como “todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção ou tentativa de obter ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis, ou tráfico ou qualquer outra forma, contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção”. Neste sentido, a violência sexual vem sendo crescentemente abordada na área da saúde, considerando os agravos ao bem estar da mulher<sup>8</sup>.

Na medida em que houve a inserção da ideia de gênero, da grave violação dos direitos humanos e do problema como questão de saúde pública, a inclusão da violência sexual no âmbito da saúde obteve respostas significativas, tendo em vista que o assunto “Saúde da Mulher” despertou interesse em diversos setores institucionais, especialmente nos espaços acadêmicos e na maioria dos movimentos sociais organizados.

Felizmente, no processo de abertura política, iniciou-se no Brasil uma mobilização envolvendo feministas e profissionais da saúde, que iniciaram parcerias com o Ministério da Saúde para a criação de propostas que garantissem, no atendimento à mulher, o respeito a seus direitos e liberdades, reconhecendo-as como cidadãs, resultando em propostas concretas do Estado como resposta às reivindicações. Por conseguinte, houve a formulação do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher” (PAISM), definido pelo Ministério da Saúde em 1983, onde enfatizava-se a integralidade no cuidado das mulheres. O PAISM, enquanto política de saúde demarca um novo campo de visão e ação da saúde da mulher, surgindo como resposta às necessidades da população feminina. Nas diretrizes deste programa foram

---

<sup>8</sup>SOUZA, Cecília de Mello, Adesse, Leila. Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios. **Ipas-Brasil e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres**, Brasília, 2005, p.13.

incluídas propostas educativas e preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação numa meta final de assistência a saúde, destacando a integralidade de atendimento como principal estratégia.

No final da década de 90, surge a implantação da “Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, vinculada ao Ministério da Saúde, hoje em sua 3ª edição, tratando das normas de atendimento e de apoio psicossocial, bem como os procedimentos profiláticos a serem adotados na rede pública de saúde quando da identificação de casos de violência sexual. Em resumo, tal norma tem o escopo de auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços, com o propósito de desenvolver uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como de garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime<sup>9</sup>.

Em síntese, em 2003, foi criado o Programa Nacional de Prevenção e Combate à Violência Contra a Mulher, que atua em rede, articulando os serviços para a prevenção e atendimento por meio de parcerias com áreas do governo, sociedade civil e movimentos sociais. Já em 2004, teve início a implantação da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher” (PNAISM), que incorpora um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção à saúde. Por sua vez, a “Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento”, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde, com revisão de normas gerais de acolhimento, orientação e atenção clínica, reconhece que o aborto realizado em condições inseguras é uma das principais causas de morte materna.

Indiscutivelmente, os serviços de saúde estão em posição estratégica no que diz respeito ao diagnóstico e à assistência integral necessária na atuação do problema da violência sexual, incluindo as ações de prevenção, uma vez que estão comprovadas as repercussões da violência sobre a saúde física, desde o risco de contaminação por DST's, entre elas, o HIV, até gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático, bem como outras intercorrências, tais como hemorragias, lesões e infecções ginecológicas, incluindo também as repercussões sobre a saúde mental da mulher, como quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade, podendo chegar ao extremo, em casos de suicídio.

Enfim, apesar da existência de toda essa realidade, a atenção às vítimas de violência

---

<sup>9</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

sexual ainda se dá de maneira fragmentada, existindo na atualidade uma desarmonia entre as necessidades em saúde das mulheres, as políticas públicas existentes e o acesso aos serviços de saúde. De fato, o setor de saúde ainda não se encontra adequadamente estruturado no país, com o propósito de atuar como referência no atendimento às mulheres, vez que esta parece não ser ainda uma prática corrente entre os profissionais de saúde na atenção básica, pois encontram-se ainda pouco preparadas e encontrando dificuldades para o atendimento envolvendo as demandas de violência sexual contra as mulheres.

Segundo o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, a garantia no atendimento às vítimas é apenas uma das medidas que necessitam ser assumidas com vistas à redução das consequências decorrentes da violência. Logo, é necessário que os serviços de saúde assumam seu papel na abordagem da violência, estando eles adequadamente estruturados para atender a mulher violentada, oferecendo tratamento eficiente, gerando informações de qualidade e observando as providências imediatas a se tomar em cada etapa do atendimento, a fim de minimizar os danos sofridos por essas vítimas. Portanto, os vínculos das mulheres com os serviços dependem da garantia de acesso, de um bom acolhimento, de uma atenção integral e de políticas públicas sustentáveis.

Então, é preciso entender que, para quem sofreu a violência sexual, o simples fato de ter que procurar o sistema de saúde já é um agravo resultante dessa hostilidade que proporciona às vítimas reviver o trauma sofrido. Desse modo, é necessária uma abordagem interdisciplinar nos setores envolvidos, incluindo todos os profissionais, especialmente os da área da saúde, no sentido de que sejam instrumentalizados e capacitados a atenderem as mulheres vítimas de violência sexual que procuram os serviços de saúde.

#### **4 A CONEXÃO ENTRE AS LEGISLAÇÕES ESPECÍFICAS E AS NORMATIVAS TÉCNICAS COM O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

A violência sexual impulsiona um significativo contingente de mulheres aos hospitais, em decorrência das lesões físicas e psicológicas sofridas, uma vez que, muitas vezes, é necessária a realização de contracepções de emergência, profilaxia para as DST's virais e não virais ou mesmo a interrupção da gravidez decorrente de estupro. Logo, em consequência às altas taxas de violência, bem como no intuito de traçar diretrizes à atuação dos profissionais envolvidos nestes casos, vem sendo implantadas, legislações, normativos e portarias específicas, buscando estabelecer programas e procedimentos de prevenção,

atendimento e enfrentamento da violência contra a mulher.

De início, destaca-se a criação da Lei Federal 10.778/03, que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher, seja ela atendida em serviços de saúde públicos ou privados, como solução para a subnotificação dos casos, haja vista a falta de articulação do setor saúde, segurança e judiciário, além da estigmatização sofrida pela mulher vítima da violência sexual e do medo de denunciar. Então, o cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção de tal problema.

Além disso, foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde a Norma Técnica, cujo objetivo é trazer roteiros e protocolos no aspecto assistencial quanto à prevenção de gravidez, profilaxias de DST's virais e não virais, e os aspectos técnicos, éticos e legais da interrupção da gestação decorrente de estupro. Tal documento foi revisto e foram incorporados avanços humanitários, a exemplo da ratificação da não obrigação de a mulher vítima de estupro apresentar um BO para dispor do direito de atendimento na rede de saúde, a partir do entendimento que este não é um procedimento diretamente relacionado a saúde da mulher.

A partir dessas reflexões, compreendemos que os profissionais e os respectivos serviços de saúde tem um papel crucial para lidar com a violência sexual, sendo necessário que eles estejam estruturados de forma adequada para atender a mulher violentada, observando as condições e providências imediatas a se tomar em cada situação específica. Porém, é fato que existe uma rede complexa de aspectos profissionais, culturais, pessoais e institucionais que interferem na habilidade e vontade dos profissionais de saúde no enfrentamento da violência sexual, tendo em vista que não é todo profissional que tem condições emocionais e sensibilidade para prestar um adequado atendimento a essas vítimas.

Entre entraves mais resistentes à adoção de respostas eficazes a essa problemática estão a falta de competência técnica, estereótipos culturais e atitudes sociais negativas dos próprios profissionais e auxiliares de saúde, além das restrições institucionais e a ausência de recursos. Em síntese, o que se vê, na realidade, é uma enorme lacuna envolvendo esses profissionais, que muitas vezes não estão competentemente preparados para prestar ajuda e, quando conhecem os procedimentos necessários, atuam como verdadeiros investigadores em busca da verdade real da comprovação do estupro.

Nesse viés, o Ministério da Saúde, considerando a magnitude do problema da violência sexual, as implicações da violência na saúde das mulheres e a importância de sensibilizar gestores e profissionais para a organização de serviços de assistência integral, em

2006, propôs a Matriz Pedagógica para Formação de Profissionais em Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, numa visão ampliada e inclusiva, objetivando fortalecer a atenção à mulher em situação de violência doméstica e sexual. Tal documento apresenta um conjunto de informações que dão subsídios teóricos aos profissionais de saúde, no intuito de aprimorar as técnicas e a qualificação do profissional para as questões da atenção integral dada às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Dada a grandeza do problema, em 2013 foi sancionada a Lei nº 12.845 que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral, no SUS (Sistema Único de Saúde) às pessoas em situação de violência sexual, que dispõe em seu art. 1º:

Os hospitais devem oferecer às vítimas de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, visando ao controle e ao tratamento dos agravos físicos e psíquicos decorrentes de violência sexual, e encaminhamento, se for o caso, aos serviços de assistência social.

Na sequência, foi criado o Decreto nº 8086/13, que instituiu o “Programa Mulher: Viver sem Violência” com o objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, mediante a articulação dos atendimentos especializados no âmbito da saúde, da justiça, da segurança pública, da rede sócio-assistencial e da promoção da autonomia financeira.

Buscando aprimorar o atendimento dos casos de violência sexual, em 2014 foram criadas as Portarias nº 485/GM/MS e nº 618/SAS/MS, que definem o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS. De acordo com essas normativas, o Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde, conforme as especificidades e atribuições de cada setor estrutural. Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.415, que cria o procedimento “Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual”, o qual representa um grande avanço para o SUS, ao possibilitar um conjunto de ações realizadas nos serviços de saúde de referência para a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.

Ademais, inúmeras pesquisas sobre as práticas dos profissionais de saúde voltadas para as mulheres vítimas de violência sexual indicam para a necessidade de se discutir a questão da violência sexual na cotidianidade dos serviços de saúde, com propósito de capacitar os profissionais e estabelecer parcerias com outros setores, exigindo assim uma

organização complexa e contínua desses serviços.

Nesse âmbito, em março de 2015 foi editada, conjuntamente, pela Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça, a Portaria Interministerial nº 288, que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do SUS, com ênfase ao processo de humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. De modo geral, procurando aperfeiçoar os serviços e os profissionais que se utilizam deles, foi publicada a Portaria nº 1.662 do Ministério da Saúde, em outubro de 2015, que definiu critérios de habilitação de serviços da rede pública de saúde para suporte a vítimas de violência sexual, entre tais procedimentos estão a realização de exames em estabelecimentos hospitalares e a coleta de vestígios.

Sem dúvidas, é perceptível que Hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) estão sendo qualificados para o atendimento das vítimas e que os procedimentos previstos visam não apenas aprimorar e agilizar o atendimento, mas também diminuir a exposição das pessoas que sofreram violências sexuais. De forma que os protocolos de assistência às mulheres em situação de violência sexual implantados no Brasil parecem ser exemplares. No entanto, a efetivação das ações, ao longo de décadas, tem encontrado entraves de caráter técnico, institucional e de formação profissional. De fato, muitas vezes, as capacitações e a exigência de atuação técnica frente às normas e protocolos não são suficientes, pois em muitos locais persistem antigos problemas, como os ligados ao acolhimento, a condução do caso e ao estranhamento quanto às características dos danos. Assim, muito embora existam leis, decretos e manuais que regulamentam e instruem as ações legais voltadas para a saúde, a efetividade da atenção ainda está longe de ser um fato.

Em geral, os profissionais de saúde compartilham os mesmos valores culturais e atitudes sociais com relação aos abusos que predominam na sociedade como um todo. Lamentavelmente, alguns deles até acham que as mulheres merecem o tratamento abusivo, acabando por culpabilizar as vítimas. Por conseguinte, tais atitudes impedem o tratamento compassivo e atencioso que as mulheres necessitam após sofrerem a violência. Então, a partir dessa lógica é possível pensar sobre a fragilidade do acolhimento às mulheres nos serviços emergenciais de saúde, devido a uma grande dificuldade em lidar com essa problemática e como consequência disso às vítimas acabam encontrando ausência de disponibilidades e receptividades dos profissionais que lhes atende.

## **5 A REALIDADE DO ATUAL ATENDIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA MULHERES EM BUSCA DA REALIZAÇÃO DO ABORTAMENTO DECORRENTE DA VIOLÊNCIA SEXUAL**

Entre as consequências da violência sexual contra a mulher está a gravidez, que se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e biológicas. Assim, como resultado da gestação indesejada, surge o desejo de praticar o aborto, tendo em vista que para muitas mulheres a gravidez é um prolongamento da agressão sofrida.

Portanto, discutir os aspectos que envolvem a questão da violência sexual em busca de uma resposta do setor saúde significa atualizar a discussão sobre o compromisso das políticas públicas ligada aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, especialmente o direito ao aborto, sendo este considerado na época atual como uma questão de saúde pública que implica em medidas efetivas de políticas de saúde.

Como já ressaltado anteriormente, no vigente Código Penal Brasileiro, o aborto é tipificado como crime contra a vida, quando a gestante pratica a conduta ou quando consente validamente para que terceiro a pratique. Contudo, o Código Penal reconhece exceções em que o aborto não deve ser punido, como na hipótese de gestação decorrente de violência sexual, conforme o art. 128, II, necessitando apenas do consentimento da vítima para que a conduta seja realizada.

Nessa ocasião, reiteramos que no Brasil existem documentos do Ministério da Saúde que orientam e normatizam os procedimentos e serviços para o atendimento ao abortamento legal no país, como as Normas Técnicas: “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres Adolescentes” e “Atenção Humanizada ao Abortamento”, com principal objetivo de oferecer as mulheres cuidados imediatos em situação de abortamento. Além disso, a Portaria MS/GM nº 1.508, do Ministério da Saúde, estabelece os procedimentos de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos no SUS.

A já citada norma técnica sobre “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” trouxe novo entendimento jurídico de forma a beneficiar as mulheres, uma vez que reafirma os direitos sexuais e reprodutivos que são caracterizados como direitos humanos e fundamentais, garantindo as mulheres o acesso ao aborto seguro nos casos previstos em lei.

Além disso, da leitura da norma técnica extrai-se o entendimento do Código Penal acerca da não exigência de qualquer documento para a prática do aborto, pois a lei não faz

essa ressalva expressamente. No capítulo em que trata da gravidez decorrente de violência sexual, a norma técnica sobre “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescente, estabelece que:

O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesse caso, a não ser o consentimento da mulher. Assim, a mulher que sofre violência sexual não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento<sup>10</sup>.

Dessa maneira, não é necessário que a vítima noticie o fato à polícia ou que seja exigido um BO, ação judicial ou Exame de Corpo de Delito, com laudo do IML, para que o aborto seja praticado. Ademais, não cabe ao médico o julgamento sobre a narrativa do estupro apresentado pela vítima, bem como o testemunho da mulher não deveria ser submetido à investigação policial ou judicial para que fosse reconhecido como legítimo para o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, afirma Débora Diniz:

[...] ao menos para os textos das políticas públicas, a narrativa da mulher deve ser suficiente para a história do estupro e o acesso ao aborto legal nos serviços de saúde<sup>11</sup>.

Essa sistemática tem o objetivo de trazer prioritariamente a mulher vítima de violência sexual para o ambiente de saúde, sem encaminhá-la em primeiro lugar a um órgão policial. Contudo, ocorre que, apesar do avanço obtido com a estruturação dos serviços no país, as mulheres ainda vivenciam inúmeras dificuldades para o acesso ao serviço de aborto, uma vez que as unidades de saúde não realizam o atendimento conforme a previsão da legislação. De fato, as mulheres encontram entraves e são, muitas vezes, impedidas de ter acesso aos procedimentos, tendo em vista que alguns profissionais de saúde ainda acreditam ser preciso o BO ou autorização judicial para que a mulher tenha acesso ao aborto legal, isso em decorrência, principalmente, da forte carga de preconceito e ideologia patriarcal ainda presente na sociedade.

Desse modo, na realidade prática atual são os profissionais de saúde que estão construindo a “verdade” sobre o estupro para que a mulher tenha o efetivo acesso ao aborto.

---

<sup>10</sup>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, p. 69.

<sup>11</sup>DINIZ, Débora; et al. **A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil**. *Revista Bioética*. Vol 22, n2, mai/ago., Brasília, p 291-298, 2014.

Em outros termos, os procedimentos médicos vêm sendo frequentemente confundidos com aqueles reservados à polícia, levando assim a certo descrédito da palavra da mulher que afirma ter sofrido violência sexual, tendo em vista que seus relatos são comumente contestados, não sendo recebidos como uma presunção de veracidade, acabando por acarretar em um verdadeiro inquérito – prática judiciária de produção da verdade - por parte dos profissionais de saúde, que temem as consequências legais e sociais negativas relacionadas ao estigma do aborto.

Um dos fatores que ocasionam a indisponibilidade por parte dos profissionais de saúde de realizarem o aborto diz respeito ao receio que tem de serem processados e incriminados. No entanto, após o aborto, no caso de se comprovar que a gravidez não decorreu de violência sexual, a norma afirma que o médico não deve ser responsabilizado, pois recairia na hipótese do art. 20, §1º, do CP, segundo o qual “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima”.

Muito embora a previsão da norma técnica seja muito criticada e haja certa dificuldade no seu cumprimento, o procedimento do aborto legal no país foi reafirmado com a edição da Portaria nº 1.508/2005, que regula o atendimento às vítimas que optem interromper a gravidez fruto de violência sexual. A referida portaria dispõe sobre o “Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez”.

Todavia, os resultados de inúmeras pesquisas realizadas no Brasil apontam que ainda existem muitos impedimentos para a adequada assistência às mulheres que buscam a interrupção da gravidez decorrente de estupro no Brasil, tendo em vista que em busca da verdade real sobre o crime, os serviços de saúde fazem exigências burocráticas que condicionam o atendimento com os profissionais atuando em um verdadeiro regime de suspeição quanto à narrativa da mulher, a partir de práticas inquisitoriais em torno do acontecimento da violência e da subjetividade da vítima. Com efeito, os profissionais de saúde agem como verdadeiros guardiões da lei penal e da imoralidade do aborto, acabando assim, adotando, criando, no atendimento às vítimas, práticas de comprovação da verdade real do estupro, fazendo como suas atribuições periciais que vêm ocorrendo rotineiramente nos serviços qualificação da mulher como vítima, no intuito de produzirem a “verdade” do aludido estupro.

Mas, é pertinente salientar que, muito embora a norma técnica que regulamenta o serviço de aborto não seja lei, porém ela serve como orientação para os profissionais de saúde direcionadas para melhorar a qualidade do atendimento, tornando-o mais humanizado. No

âmbito do SUS, as normas técnicas tem força normativa interna, ou seja, devem ser respeitadas e cumpridas pelos profissionais que atuem nessa área, haja vista que a dificuldade em efetivar essa orientação fere direitos fundamentais da mulher.

Ainda com relação aos entraves que dificultam o funcionamento dos serviços de aborto legal no Brasil, cumpre destacar a alegação de objeção de consciência e crença dos profissionais de saúde, situação essa que inviabiliza a interrupção da gravidez.

O direito à liberdade de consciência está previsto no artigo 5º, VI, da Constituição Federal de 1988, cuja disposição prevê que “é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício de cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e de suas liturgias”.

A objeção de consciência é um direito concedido pelo ordenamento jurídico, que se manifesta através da liberdade de expressão no intuito de garantir que o indivíduo possa agir de acordo com suas convicções pessoais. O Código de Ética Médica estabelece que:

O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

Portanto, apesar de ser um direito garantido constitucionalmente, a liberdade de consciência não pode legitimar toda e qualquer conduta que o agente venha a praticar, uma vez que existem outros direitos previstos no texto constitucional que não podem ser feridos, visto que tal condição abalaria o próprio ordenamento jurídico.

O aborto humanitário, ou seja, a interrupção de gravidez decorrente de violência sexual constitui um direito da mulher, garantido pela Constituição Federal e pelas Normas Internacionais de Direitos Humanos, bem como o direito à garantia de sua saúde sexual e reprodutiva e da integral assistência médica. O legislador deu a mulher o direito de escolher em prosseguir ou não com a gravidez.

Logo, se próprio sistema jurídico do país autoriza a prática do aborto legal e o considera absolutamente lícito, seria incompreensível negar assistência médica à mulher que pretende interromper a gestação decorrente de crime sexual, vez que tal atitude acarretaria em danos e riscos de um abortamento clandestino e inseguro, praticado sem as imprescindíveis condições técnicas e sem respeito à dignidade e condição humana da mulher. Esse é o entendimento do Ministério da Saúde ao editar manual sobre os “Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas e Violência”:

Não se pode “dar com uma mão e tomar com a outra”. Não se pode permitir o abortamento sentimental, considerando-o lícito, e, ao mesmo tempo, abandonar a mulher que deseja praticá-lo. Decididamente, o aborto pós-estupro é um direito da mulher em razão de uma gravidez indesejada, direito esse garantido pelas normas internacionais de direitos humanos, pela Constituição Federal e, especificamente, pela legislação penal.

Feitas essas considerações, compreendemos que apesar da objeção de consciência ser um direito constitucionalmente previsto, ele poderá sofrer algumas limitações, diante da impossibilidade de uma entropia no ordenamento jurídico ser admitida em prol da liberdade de consciência. Dentre esses limites deve ser observado se o direito à objeção de consciência irá lesionar ou ferir direitos de terceiro ou até mesmo interesses de uma coletividade, uma vez que os ditames constitucionais garantidos a estes não podem ser abalados em virtude de uma crença individual.

Por sua vez, direitos fundamentais, tais como, direito à vida, liberdade, autonomia privada, entre outros, são direitos garantidos à gestante. Sendo assim, verifica-se um conflito oriundo de direitos inatos da pessoa humana, previstos constitucionalmente. Contudo, é saliente que o direito à objeção de consciência não é oponível aos demais direitos. Então, deve haver uma ponderação que implique na relativização ou limitação da liberdade de consciência, haja vista que ela jamais poderá prevalecer perante o direito à vida, liberdade, direitos sexuais e reprodutivos da mulher, reconhecidos como direitos humanos, de maneira que o respeito a tais direitos gera a obediência dos preceitos norteados pelo princípio da dignidade humana.

Assim, nos casos em que há o conflito de interesses individuais, ou seja, entre a liberdade que o médico detém de se recusar em realizar o aborto em virtude de suas crenças religiosas e o direito da mulher em interromper a gestação, tal situação deverá ser solucionada mediante o princípio da proporcionalidade que será o balizador e orientador do Juiz no julgamento de um caso concreto.

Diante desse cenário, apesar de o Código de Ética Médica estabelecer como direito do médico “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência” (art. 9), é vedado ao médico “descumprir legislação específica nos casos de transplante de órgãos ou tecidos, esterilização, fecundação artificial e abortamento”. Por conseguinte, é garantido ao médico o direito de objeção de consciência e recusa a proceder ao abortamento em casos de gravidez decorrente de violência sexual. No entanto, o Ministério da Saúde estabelece que seja dever do médico informar a mulher sobre seus direitos e, no caso de alegação de objeção de consciência, deve encaminhar

a vítima a outro profissional da instituição ou serviço que garanta seu direito de interromper a gravidez indesejada. Segundo dispõe a norma técnica do MS:

Não se pode negar o pronto atendimento à mulher em qualquer caso de abortamento, afastando-se, assim, situações de negligência, omissão ou postergação de conduta que viole a lei, o código de ética profissional, e os direitos humanos das mulheres.

Em sendo assim, é dever do Estado e dos gestores de saúde manter nos hospitais públicos profissionais que realizem o aborto previsto em lei. Mesmo o médico fazendo jus a sua liberdade de consciência, há limites para o exercício dessa garantia, sendo um deles a presença de outro profissional que realize o procedimento, tendo em vista que pelo princípio da proporcionalidade, o direito da gestante é mais relevante do que o direito à objeção de consciência.

Seria inaceitável, no Estado laico em que vivemos, colocar a liberdade religiosa do profissional de saúde que recusa a realização de um mandamento legal permissivo que constitui um direito da gestante, acima da saúde ou honra da mulher, uma vez que estes são bens jurídicos que uma vez lesionados jamais poderão ser recuperados, principalmente o direito a vida.

## **6 CONCLUSÕES**

O estudo sobre o tema da violência sexual é de grande relevância no cenário atual, devido a elevação dos índices estatísticos na população mundial.

Se nas últimas décadas as lutas promovidas pelos movimentos sociais organizados de mulheres e feministas no Brasil vem conquistando direitos e avançado no debate relacionado com a violência, por sua vez a discussão sobre violência sexual ainda enfrenta obstáculos devido a uma série de tabus e disputas ideológicas, que inviabilizam o tratamento de questões fundamentais referentes ao atendimento das vítimas desse tipo de violência.

A violência sexual é um fenômeno universal, sendo igualmente um grave problema social e de saúde pública, afetando a integridade física e a saúde mental da mulher, além de constituir flagrante violação aos direitos humanos. Atento à complexidade da questão da violência sexual contra a mulher, o Ministério da Saúde investe em capacitações, bem como elabora manuais, normas e orientações, ciente das dificuldades encontradas para o enfrentamento do problema.

Contudo, conforme observamos ao longo do trabalho, os serviços de saúde que estão em posição estratégica para o atendimento às vítimas de violência sexual, exteriorizam a existência de limitações que se desdobram no atendimento às vítimas, uma vez que, muitas vezes, elas não são atendidas de maneira adequada.

Nos casos de violência sexual, em que os cuidados deveriam ser prestados de maneira imediata nos serviços de saúde, observa-se que os profissionais especializados não estão adequadamente preparados, não aplicando a legislação e demais normas pertinente a matéria. Dessa forma, a recorrente negligência dos profissionais envolvidos no atendimento acaba acarretando em uma revitimização, ou seja, processo em que a mulher volta a ser vítima da agressão nos serviços de saúde, pela intolerância e juízo de valor preconceituoso, haja vista a dificuldade que as mulheres possuem em comprovar que sofreram a agressão.

Uma das consequências da violência sexual diz respeito a gravidez decorrente de estupro, que se destaca em razão dos efeitos devastadores e das reações sociais, biológicas e psicológicas capazes de surgirem nas vidas das vítimas. Tal problema se agrava na medida em que uma relevante parcela das mulheres não tem acesso efetivo e adequado nos serviços de saúde que realizam o abortamento, mesmo este direito estando previsto no Código Penal.

Com efeito, o que acontece é que, apesar da implantação de serviços de atendimento existentes para os casos de aborto, no cotidiano da realidade prática são omitidas informações sobre a legalidade e o direito dessa intervenção, bem como são exigidos documentos desnecessários, que não estão colocados como fundamental nos protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde, como também não são exigidos no Código Penal para a realização do aborto legal.

Muito embora o Código Penal apenas requisite a palavra da mulher para a realização da interrupção da gravidez, o testemunho das vítimas, muitas vezes, é submetido à investigação policial para que seja reconhecido como legítimo e as mesmas tenham acesso ao aborto legal nos serviços de saúde, ou seja, na prática os relatos não são suficientes para a realização do procedimento.

Mostrou-se perceptível que a religião e a dúvida quanto à gestação ser decorrente de violência sexual são fatores que caracterizam uma enorme resistência dos médicos para realização do aborto. Dessa forma, a comunicação dialógica, entre os profissionais da área de saúde e às mulheres que procuram os serviços médicos, durante o atendimento são marcados por vícios sociais e culturais que se expressam por meio de preconceitos e discriminações contra as mulheres, acabando por promover uma ‘duplicação da violência’, uma vez que, ao

se recusar a atender as vítimas ou mesmo inquiri-las antes do atendimento, os profissionais de saúde estão, na verdade, julgando-as e colocando em prova à sua palavra.

Lamentavelmente, os procedimentos e práticas de saúde que a mulher vítima de violência sexual é submetida para ter acesso ao aborto legal se caracterizam por uma suspeição ao relato delas que se revelam por intermédio de atitudes inquisitoriais próprias das autoridades policiais. O testemunho da mulher é, na realidade, submetido à uma verdadeira investigação que se manifesta por meio de uma construção moral produzida pela submissão da mulher aos regimes próprios dos serviços.

Outrossim, a norma técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes” estabelece que os médicos possuem o direito individual de objeção de consciência à prática do aborto – mais um entrave à realização da interrupção da gravidez-, desde que nos serviços públicos credenciados para atendimento às vítimas de violência sexual garantam o atendimento em tempo hábil por outro profissional da instituição ou de outro serviço, não podendo a vítima ser impedida de realizar o aborto, uma vez que cabe aos profissionais de saúde oferecer as informações fundamentais sobre os direitos da mulher e apresentar as alternativas à interrupção da gravidez.

Nesse contexto, ressalta-se, igualmente que a culpabilização pela violência sofrida também é algo constantemente relatado pelas vítimas, até mesmo quando recebem atendimento nos serviços de justiça, segurança e saúde. Como consequência disso, não raras vezes os profissionais da saúde atendem as vítimas com indiferença e hostilidade fazendo com que se sintam vitimadas pelo próprio sistema que deveria ajudá-las. A maioria dos programas criados para tratar da violência sexual em instituições de saúde acabam não sendo meios efetivos, acarretando assim uma verdadeira revitimização das vítimas durante os procedimentos legais – humilhação, julgamento moral, procedimentos de coleta de vestígio realizados de maneira inadequada - haja vista que as necessidades das mulheres são frequentemente ignoradas, devido às lacunas burocráticas ou falta de coordenação entre os próprios membros do sistema de saúde.

Por fim, o presente trabalho é reflexo do pensamento de que ainda vivemos em uma sociedade patriarcal, baseada na crença de dominação de homens sobre as mulheres, as quais devem se sujeitar à sua autoridade, enfatizando que o conservadorismo, incompatível com o mundo desenvolvido em qual vivemos, ainda predomina no imaginário da sociedade.

A partir dessa perspectiva demonstra-se a necessidade de construir uma nova forma de abordagem às vítimas de violência sexual, com o intuito de dar voz e credibilidade a palavra das mesmas.

## ABSTRACT

Sexual violence is an inherent phenomenon of the being and is rooted in the community, whose manifestations are regulated by the culture of each society, with profound effects on the physical and mental health of victims. The work on display initially presents a historical retrospective on combating violence against women, focusing on sexual violence against women as a public health issue. The main objective of this article is to analyze how public policies have been developed to face said violence; moreover, it seeks to verify the connection between the specific legislation and technical standards used in the care of health services to victims of sexual violence discussing the obstacles encountered in the care, given the patriarchal cultural influences still present in our society. Fundamentally, for the preparation of this study it was used descriptive-analytic methodology from literature surveys, documentary, internet and legislation related to the subject in focus, with the technical textual observation and critical reflection. It was concluded that the construction of specific public health policies and the organization of services aimed at coping with situations of violence still are fragmented and poorly structured to meet the victims in full. Furthermore, it was also concluded that, despite the advances that have occurred in relation to the care of victims, unfortunately those are not materialized in the lives of women in the means that they happen through the policies implemented by the state, which make victims seeking services often roam several ways, turning what should be a humane treatment of the person's protection, a real *via crucis*, in a social context marked by prejudice, contradiction of class, gender, and denial of rights.

**Keywords:** Health policies. Sexual violence against women. Legislation and technical standards.

## REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes. Texto de Apresentação. In: DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia Soares; NASCIMENTO, Elise (Ed. e Orgs.). **Bibliografia de estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003**. Brasília: LetrasLivres: UnB, 2004.

BATISTA, F. Violência Doméstica: um problema de saúde pública entre quatro paredes. In: RIGONATTI, S. P.; SERAFIM, A.P.; BARROS, E.L. **Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica**. São Paulo: Vetor, 2003.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia Soares; NASCIMENTO, Elise (Ed. e Orgs.). **Bibliografia de estudos sobre violência sexual contra a mulher: 1984-2003**. Brasília: LetrasLivres: UnB, 2004.

\_\_\_\_\_; et al. **A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil**. Revista bioética. Vol 22, n2, mai/ ago., Brasília, 2014.

HABERMAS, Jünger. **Direito e Democracia: entre a facticidade e validade II**. Trad. Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. (Coleção Biblioteca Tempo Universitário)

HERMANN, L. **Violência Doméstica: a dor que a lei esqueceu**. Comentários à Lei nº 9099/95. Campinas: CEL-LEX, 2000.

MOSCA, Juan José; AGUIRRE, Luis Pérez. **Derechos Humanos: pautas para una educacion liberadora**. 2.ed. Montevideo: Trilce, 1986.

OMS (Organização Mundial da Saúde). Oficina Regional para Leis Americanas. **Informe mundial sobre la violencia e la salud**. Washington: OMS, 2002.

ONU (Organização das Nações Unidas). Conselho Social e Econômico. **Relatório do Tratado de Grupo na violência contra a mulher**. Viena: Nações Unidas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Declaração dos Direitos Humanos**. 2004. Disponível em: [www.ono-brasil.org.br/documentos\\_direitos\\_humanos.php](http://www.ono-brasil.org.br/documentos_direitos_humanos.php). Acesso em: 23 dez.2008.

RAWLS, John. **Uma teoria de justiça**. Tradução por Almiro Pisetta e Lenita M. R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

SAFFI, Fabiano; CAMARGO, Mário Emílio Marinho; OLIVEIRA, Mery Cândido. **Violência sexual: aspectos gerais e relatos de casos**. In: SERAFIM, A. P.; Bairros, D. M.; RIGONATTI, S. P. (Orgs.) Temos em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II. São Paulo: Vetor, 2006.

SOUZA, Cecília de Mello, Adesse, Leila. **Violência Sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Ipas-Brasil e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, Brasília, 2005.

VITA, Fernando Gil. **La exclusión social**. Barcelona: Ariel, 2002.

MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G., 1993. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, 39: 58-63.