



UEPB

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

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

**O ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO
BRASIL**

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

**O ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Direito.

Área de concentração: Criminalidade violenta, incluindo grupos suscetíveis de vulnerabilidades.

Orientador: Prof. Dr. Marconi do Ó Catão.

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

RAVENA MARIA SOUZA FERREIRA

O ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO
BRASIL.

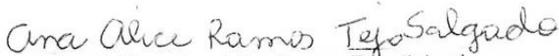
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à Coordenação do Curso de
Direito da Universidade Estadual da
Paraíba como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Direito

Área de concentração: Criminalidade
violenta, incluindo grupos suscetíveis de
vulnerabilidades.

Aprovada em: 28/08/2020

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Marcondo O. Catão (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dra. Ana Alice Ramos Tejo Salgado
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dra. Rosimeire Ventura Leite
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

É expressamente proibido 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 do trabalho.

F383a Ferreira, Ravena Maria Souza.
O atendimento médico à mulher vítima de violência sexual no Brasil [manuscrito] / Ravena Maria Souza Ferreira. - 2020.
20 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. Marconi do Ó Catão, Coordenação do Curso de Direito - CCJ."
1. Violência Sexual. 2. Mulher Vítima. 3. Sistema Público de Saúde. 4. Direitos Humanos. I. Título
21. ed. CDD 362.83

Aos meus pais, Maria Raquel Amaral Souza e José Orlando Ferreira de Melo, bem como aos demais familiares e amigos, por todo amor, incentivo e devoção, DEDICO este trabalho.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	O MOVIMENTO FEMINISTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO COMBATE À VIOLÊNCIA	8
3	A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	11
4	O PERFIL DO ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL	13
5	CONCLUSÕES.....	18
	REFERÊNCIAS	19

O ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

THE MEDICAL CARE TO WOMEN VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE IN BRAZIL

Ravena Maria Souza Ferreira*

RESUMO

Este artigo apresenta, inicialmente, uma abordagem histórica sobre o combate à violência contra mulher, concentrando-se na contribuição dos movimentos feministas e na perspectiva da violência sexual como uma questão de saúde pública. O objetivo central é analisar a regulamentação de procedimentos que tratam das repercussões da violência sexual sobre a saúde física e psíquica da mulher no âmbito do atendimento médico, contextualizando tal prática com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde de Atenção Humanizada ao Abortamento e de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, legislações específicas voltadas à atenção integral da vítima e o ideal proposto pelas políticas públicas de saúde no âmbito nacional. A justificativa dessa discussão encontra seu fundamento no papel e na potencialidade que a saúde pública possui para produzir relevantes reduções no impacto desta violência, quando seus programas e orientações são devidamente realizados. Com a intenção de concretizar o objetivo proposto, utilizaram-se os métodos científicos observacional, dedutivo e comparativo, a partir de levantamentos documentais, bibliográficos e legislativos, a fim de desenvolver uma abordagem histórico-descritiva do problema. Com isso, concluiu-se que as autoridades da saúde pública podem atuar no estabelecimento de planos e políticas nacionais de prevenção à violência sexual por meio de parcerias entre vários setores e da adoção de recursos para as ações preventivas. Também foi concluído que, em termos normativos, o Brasil encontra-se à frente de outros países, sendo que nota-se a urgência de romper o distanciamento entre as leis e a realidade social cotidiana, com o propósito de materializar o acesso ao que já está previsto, de modo que não se torne apenas mera retórica.

Palavras-chave: Violência Sexual. Mulher Vítima. Sistema Público de Saúde. Direitos Humanos.

ABSTRACT

This article presents, at first, an historical approach on the fight counter violence against women, focusing on the feminists movements contribution and on the perspective of sexual violence as a matter of public health. The main goal is to analyze in a legal course the medical attendance dedicated to women whom were victims of sexual violence, contextualizing the practice with technical standards, specific legislations and the ideal proposed by national public politics. This discussion's justification finds its grounding on both the role and the potentiality owned by the public health structure to produce relevant reductions on the impact of this sort of violence, when their programs and orientations are properly accomplished. With the intention of materializing the proposed goal, the scientific deductive, comparative and observational methods. Regarding the means; documental, bibliographical and legislative rummage were performed in order to develop a historical-descriptive approach on the issue,

* Bacharelada do Curso de Direito da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I. Endereço eletrônico: ravenasmf@gmail.com

however, the conclusion was that public health authorities could perform much more to establish national plans and politics to prevent sexual violence, achieving partnerships amongst many sectors and ensuring the investment of resources for preventive actions. Nevertheless, it could be also concluded that, when it comes to legal devices, Brazil is a very advanced country. The notorious urgency is to mind the gap in between laws and practical reality, with the purpose of materializing the existent access, in more ways than just the rhetorical one.

Keywords: Sexual Violence. Victim Women. Public Health System. Human Rights.

1 INTRODUÇÃO

Refletir sobre as lutas feministas é indispensável na construção de um pensamento social mais empático e livre de preconceitos. Ao conhecer os caminhos trilhados para a conquista de direitos e de espaços sociais pelo público feminino, se demonstra a luta diária que elas travaram pela igualdade de gênero. Mais ainda, evidencia a necessidade de ampliar a participação política das mulheres e as oportunidades justas no mercado de trabalho, bem como a de erradicar a violência que as vitimam cotidianamente.

Vale salientar que, numa perspectiva histórica, a violência contra as mulheres nem sempre foi assim considerada, ainda que seja um fenômeno social complexo que atinge meninas e mulheres em todo o mundo, de diferentes culturas, idades, classes sociais, raças, religiões e etnias e que gera efeitos negativos para a saúde física e mental. Este não reconhecimento ocorria por várias razões, incluindo um sistema de dominação que recaía intimamente sobre o corpo feminino e lhes negavam direitos. Nele, os papéis sociais estabelecidos para as mulheres impunham uma posição subserviente, até mesmo de objetificação sexual, de um modo tão naturalizado que nunca se esperou que as mulheres levantassem a voz para contestá-lo.

Num célebre caso da história primitiva de Roma, por exemplo, a virtuosa Lucrecia, estuprada por um brutal príncipe da monarquia dominante, recebeu permissão de fala, exclusivamente para denunciar o seu estuprador e anunciar o próprio suicídio. Mas até mesmo essa oportunidade um tanto amarga de ouvir a voz de uma mulher também poderia ser excluída. Um conto em *Metamorfoses*¹, narra o estupro da jovem princesa Filomela em que, a fim de evitar qualquer denúncia semelhante à de Lucrecia, o estuprador simplesmente lhe corta a língua. Essa é uma ideia retomada por Shakespeare em *Tito Andrônico*, texto em que a língua da estuprada Lavínia é também arrancada (BEARD, 2018, p. 25).

Escrever sobre a história das mulheres se torna, portanto, um meio de retirá-las do silêncio em que estavam confinadas, mas não sozinhas, tendo em vista que ele envolve o grupo de vidas submersas no esquecimento social no qual se anula a massa da humanidade (PERROT, 2007, p. 25). O peso desse silêncio se reflete no esvaziamento total do poder feminino: nenhum direito ao voto, dependência legal e economia limitada e outros impedimentos que ficaram registrados na história como uma demonstração concreta de que as mulheres não possuíam participação formal alguma na esfera política.

Embora a ideia de dominação masculina tenha sido construída no meio social, enquanto humanidade temos o dever de questioná-la em vez de considerá-la um aspecto nato da condição humana. A percepção da misoginia como base da violência física, institucional e simbólica é fundamental para isso, além do constante questionamento se vale a pena usufruir de uma posição de privilégio em detrimento do sofrimento e desigualdade generalizados.

¹ *Metamorfoses* de Ovídio é uma obra mitológica, com forte influência na arte ocidental, que conta a história de pessoas que mudam de forma. A jovem Io, por exemplo, é transformada em vaca pelo deus Júpiter e, assim, não possui mais capacidade para falar, apenas mugir.

Desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a esse respeito. Um grande número de médicos, pesquisadores e o próprio sistema de saúde pública tem se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência e sua prevenção. Dessa forma, a violência contra mulher (VCM) vem sendo gradativamente reconhecida pela comunidade internacional como uma violação concreta dos direitos humanos e um problema de saúde pública.

O relatório emitido em 2002 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) adverte que a VCM gera grande repercussão na saúde, tanto pelos efeitos diretos sobre as vítimas quanto nos próprios serviços de saúde, exigindo do setor público e dos profissionais da área ações que visem minimizar suas consequências. Logo, não restam dúvidas de que as sequelas da violência contra mulher alcançam proporções substanciais em diferentes âmbitos como o físico, o emocional, o familiar e até mesmo o econômico. Porque embora seja difícil mensurar estimativas precisas, o custo mundial da violência se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às ações de imposição e cumprimento da lei.

Já o custo humano de dor e sofrimento, naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. A tecnologia tornou certos tipos de violência mais divulgados, mas um número ainda maior de atos violentos ocorre à surdina dos lares, dos locais de trabalho e até mesmo em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado do público. Muitas dessas vítimas são jovens, frágeis ou doentes demais para se protegerem. Outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar o silêncio sobre as experiências vividas.

No atual cenário brasileiro, por exemplo, inúmeras mulheres em situação de vulnerabilidade recorrem diariamente às unidades de saúde com diversas queixas acerca dos efeitos decorrentes da violência sexual, como lesões resultantes de espancamentos, depressão e pânico. Inclusive, a ocorrência desse tipo de violência vem crescendo no Brasil há alguns anos, atingindo o ápice já registrado em 2018, quando 66.041 estupros foram notificados às autoridades policiais (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020, p.8).

A falta de conhecimento das vítimas, especialmente quanto aos seus direitos de interrupção da gestação em caso de gravidez decorrente de estupro também contribui para o agravamento desta situação. Além do mais, o desconhecimento dos próprios profissionais quanto aos procedimentos de aborto legal e o receio quanto às narrativas das vítimas, muitas vezes questionando-as², quer seja por motivos morais, religiosos ou por falta de treinamento e/ou informação quanto aos aparatos legais fornecidos pelos serviços de saúde em que trabalham, contribuem ainda mais para a violação dos seus direitos reprodutivos e sexuais. Dessa forma, questiona-se: os procedimentos empregados no cotidiano médico para o atendimento de mulher vítimas de violência sexual estão de acordo com as regulamentações vigentes no país?

Portanto, a justificativa dessa discussão encontra seu fundamento no papel e na potencialidade que a saúde pública possui para produzir relevantes reduções nos danos causados por esta violência, quando seus programas e orientações são devidamente realizados. De modo que, o objetivo central é analisar a regulamentação de procedimentos que tratam das repercussões da violência sexual sobre a saúde física e psíquica da mulher no âmbito do atendimento médico, contextualizando tal prática com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde de Atenção Humanizada ao Abortamento e de Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, legislações específicas voltadas à atenção integral da vítima e o ideal proposto pelas políticas públicas de saúde no

² Sobre o tema, remetemos o leitor à série “Inacreditável”, disponível na plataforma de streaming Netflix. Com inspiração no livro “Falsa acusação: uma história verdadeira”, a produção retrata os impactos causados na vida de uma garota, vítima de violência sexual, após ter a veracidade do seu depoimento contestado pelas autoridades policiais.

âmbito nacional. Com a intenção de concretizá-lo, utilizaram-se os métodos científicos observacional, dedutivo e comparativo, a partir de levantamentos documentais, bibliográficos e legislativos, a fim de desenvolver uma abordagem histórico-descritiva do problema.

Assim, por intermédio do recurso metodológico proposto foram discutidos referenciais teóricos relacionados ao feminismo, aos direitos humanos, à saúde, à igualdade e ao Estado de Direito, com o propósito de contextualizar a violência sexual contra mulher, destacando o atendimento médico dispensado às vítimas.

2 O MOVIMENTO FEMINISTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO COMBATE À VIOLÊNCIA

De acordo com o entendimento da Organização das Nações Unidas (ONU), difundido a partir da Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, define-se a violência contra mulher como qualquer ato violento baseado no gênero, que resultou, ou possa resultar, em sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação de liberdade, quer seja na vida pública ou privada.

Esse conceito de gênero, adotado pela ONU, veio do acúmulo teórico feminista acerca do tema, o qual, em linhas gerais, refere-se aos padrões culturais e sociais que ditam o que é ser mulher e o que é ser homem, gerado a partir da desconstrução de ideias freudianas³ e funcionalistas que consideravam essa distinção como natural e biológica. Isto é, foram deixados de lado os velhos preconceitos de que as mulheres são animais, subumanas, incapazes de pensar como homens, nascidas somente para procriar e servir.

Mas essa desconstrução social só aconteceu porque a história das mulheres mudou em seus objetos e pontos de vista. Partiu de uma perspectiva voltada ao corpo e aos papéis desempenhados na vida privada até alcançar uma perspectiva sob elas no espaço público da cidade, do trabalho, da política, da criação. Além disso, a pesquisa moderna vem comprovando que muito do que Freud considerada como biológico, instintivo e imutável é, na verdade, resultados de causas culturais específicas. Essa compreensão acompanha à surdina o "movimento" das mulheres em direção à emancipação e à libertação. Trata-se da tradução e do efeito de uma tomada de consciência ainda mais vasta: a da dimensão sexuada da sociedade e da história (PERROT, 2007, p.15).

Durante essa troca de papéis femininos, de coadjuvantes para protagonistas, o feminismo surge como um movimento político, ideológico e social pautado na luta contra o patriarcado e também nas lutas pela igualdade de direitos em relação aos homens. Em termos mais simples, o feminismo é uma ideia revolucionária de que mulheres são sujeitos de direitos, mas que, apesar de ser benéfico para elas, apenas 43% das brasileiras o consideram dessa forma (DATAFOLHA, 2019, p.3).

Desde a Revolução Francesa, no século XVIII, podemos identificar ações fundadas nos ideais feministas. Foi em 1791 que Olímpia de Gouges – pseudônimo utilizado por Marie Gouze, lançou a “Declaração dos direitos da mulher e da cidadã” e, em 1792, Mary Wollstonecraft publicou “Reivindicação dos direitos da mulher”, contestando os argumentos de Rousseau sobre a inferioridade natural das mulheres em relação aos homens (ROCHA, 2009). O feminismo ficou conhecido mundialmente, sobretudo a partir da importante publicação do livro “O segundo sexo”, em 1949, por Simone de Beauvoir. Ao longo dos dois volumes, a autora nega a existência de uma natureza feminina, propondo a compreensão do que é ser mulher como uma construção histórica e social.

³ Os conceitos do complexo de castração e da inveja do pênis, duas das ideias mais básicas de toda a teoria freudiana, se baseiam na suposição de que as mulheres são biologicamente inferiores aos homens (BEARD, 2020, p.134). “Ela não passa de um *homme manqué*, um homem em que falta algo”, dizia Freud.

Mas uma alternativa comum utilizada para contar a história do feminismo é o uso das denominadas “ondas”, o que não significa que no lapso temporal entre cada uma delas não tenham ocorrido outras ações do movimento. A primeira onda, conhecida como sufragista, surgiu nos Estados Unidos e na Inglaterra, no final do século XIX, e foi marcada pela luta do direito ao voto para as mulheres⁴. O movimento emergiu em Nova Iorque com o nome de “National Woman Suffrage Association”, tendo a primeira organização fundada em 1869, ainda que a discussão tenha sido iniciada anos antes (ABREU, 2002, p. 443-469).

Prosseguindo as lutas anteriores, a segunda onda teve início nos anos 60, trazendo o lema “O pessoal é político”. Betty Friedan, uma de suas percussoras, lançou em 1963, o livro “A Mística Feminina” – expressão que faz referência à discrepância entre a realidade vivenciada pelas mulheres da época e a imagem da qual elas tentavam se adequar (FRIEDAN, 2020, p. 9).

Nesta obra pioneira, a partir de entrevistas, questionários e vasta bibliográfica, Friedan identificou um sintoma social que denominou de “problema sem nome”, uma espécie de vazio existencial que afetava as mulheres cis, brancas, heterossexuais e estadunidenses, moradoras do subúrbio de classe média, que não podia ser suprimido por um casamento perfeito, pelo alto padrão de vida ou por filhos; o que também elevou ao ápice os índices de alcoolismo e transtornos mentais nos Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial. Nesse mesmo período, a imagem de “Rosie, a rebitadora”, antes utilizada para incentivar as mulheres a ocupar a mão de obra, foi substituída por imagens de donas de casa perfeitas, cercadas de eletrodomésticos, para que elas retornassem, exclusivamente, ao serviço doméstico.

Assim, manipuladas pela sociedade do consumo, essas mulheres abandonaram o ideal libertário das sufragistas e passaram a incorporar um imaginário sobre o “feminino” projetado pelos homens brancos que haviam voltado da guerra fantasiando padrões de gênero sexista. A eles, os provedores da família, era destinada a descoberta de mundos concretos e intelectuais. Às mulheres, as cuidadoras, mães e esposas donas de casa, a interioridade oca do lar. Com isso, a obra relevou o que nem sempre é óbvio em uma sociedade machista: as mulheres são seres humanos complexos, cada uma com desejos particulares, e capazes de gerir sozinhas as próprias vidas.

Já a terceira onda teve início na década de 90 e critica a segunda na ênfase dada às experiências das mulheres brancas de classe média alta, urgindo a necessidade de um feminismo interseccional, ligando os marcadores gênero, raça e classe. Esta onda tem como precursoras feministas negras, como Kimberley Creenshaw, Audre Lorde e Bell Hooks. Elas, entre outros aspectos, chamam atenção à mulher negra, sobre a qual incide opressões que tornam o processo do machismo ainda mais complexo (RIBEIRO, 2019, p. 32). Na verdade, apesar de ter sido tão invisibilizado ao longo dos anos pela branquitude, o feminismo negro não é uma novidade deste período. Sojourner Truth, ex-escrava, abolicionista e ativista americana pelos direitos da mulher, é um exemplo. Durante um discurso de 1851, ela teria dito⁵: “Dei à luz 13 filhos. E vi eles “quase tudo” vendido feito escravo, e quando gritei minha dor de mãe, só mesmo Jesus me ouviu. E eu não sou mulher?”. (BEARD, 2018, p. 35).

⁴ Sobre o tema, remetemos o leitor ao filme “As sufragistas” (2015), com direção de Sarah Gavron. O longa-metragem retrata a luta feminista por igualdade de gênero e direito de voto, mesclando personagens reais e ficcionais, enfatizando como as mulheres resistiam à opressão de forma passiva em contraponto a crescente agressão policial.

⁵ O uso do verbo auxiliar “ter”, no futuro do pretérito simples, e o verbo principal “dizer”, no particípio, não representa uma negação de que Sojourner Truth tenha proferido esse discurso, mas que, talvez, não tenha sido com essas palavras. Este recurso gramatical foi utilizado sob influência de Mary Beard. Em seu livro, “Mulheres e poder: um manifesto”, a historiadora chama atenção para o modo como as falas femininas foram transcritas por homens brancos, e os vocábulos escolhidos para expressá-las. Isso significa que, o que está escrito, não é literalmente o que foi ouvido. Há uma forte influência da perspectiva do ouvinte/escritor (2018, p. 35).

No Brasil, um dos primeiros registros históricos sobre o movimento feminista é de autoria de Esperança Garcia. Escrava e negra, ela foi considerada a primeira advogada do estado do Piauí por escrever uma carta denunciando ao governo os maus tratos vividos por ela e seus filhos. Mas, de forma semelhante aos processos ocorridos na Europa e Estados Unidos, o marco inicial da primeira onda feminista brasileira foi, na década de 1920, a reivindicação pelo direito das mulheres a votarem e serem votadas, tendo como representante Bertha Lutz.

Quanto à segunda onda, algumas leituras consideram que foi protagonizada por mulheres intelectuais, atuantes principalmente no jornalismo, e que trouxeram à tona elementos menos discutidos até então, como a sexualidade e o divórcio. Já a terceira, teve como expressão o feminismo anarquista, trazendo a questão da exploração do trabalho como tema central. Sobre essa fase podemos citar o nome de Maria Lacerda de Moura.

O movimento feminista, assim como outros movimentos sociais, foi ampliado na década de 1960, tendo enfraquecido durante um longo período de repressão e retomado sua força após a década de 1980, quando a ditadura militar fora finalmente derrubada. Em 1985, Jacqueline Pitanguy foi uma das responsáveis por incorporar questões de gênero na nova Constituição democrática do Brasil. De 1986 a 1989, ocupou a posição de gabinete como Presidente do Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), projetando e implementando políticas públicas para melhorar as condições das mulheres no país. Fundou a CEPIA, cujo nome significa “Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação”, que coordena pesquisas sobre questões de gênero e facilita os programas educacionais e de advocacia relacionados com a violência contra mulher e à saúde reprodutiva.

Inclusive, a CEPIA possui um programa específico intitulado "Direito Humanos, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos", criado com o objetivo de defender e efetivar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, desenvolvendo-se em diferentes frentes, como ações de *advocacy* junto à sociedade e ao Estado, incluindo *amicus curiae* junto ao Supremo Tribunal Federal; além da capacitação e sensibilização de diferentes públicos, em especial profissionais de saúde. Destaca-se ainda, pela realização de pesquisas sobre acesso à contracepção e a avaliação de serviços de saúde; bem como campanhas sobre direitos sexuais e reprodutivos em que se estabelecem parcerias e articulações com a ONU Mulheres, o Fundo das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento, associações médicas e redes nacionais e internacionais.

Além do mais, com a redemocratização do país, o movimento feminista em articulação com outros movimentos sociais de mulheres passou a influenciar diretamente na atuação governamental, contribuindo tanto para a politização da violência contra mulher, quanto conferindo novos parâmetros para a elaboração de políticas públicas voltadas para a igualdade de gênero. Até porque, a descentralização institucional e a participação da sociedade civil na implementação destas políticas permitem entender que tal violência engloba um conjunto de segmentos sociais, escapando da esfera de controle social em que o Estado tem atuação. Ou seja, necessita, então, de uma ação conjunta entre os governantes e os cidadãos.

Por conseguinte, o Governo adequou-se às demandas providenciando inicialmente a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAMs), com notáveis repercussões, não apenas pelo grau de relevância que possuem na vida de mulheres excluídas social e economicamente, como também pelo ganho político ao promover a conscientização necessária para que elas mesmas busquem a efetivação de seus direitos, no pleno exercício de suas cidadanias. Dessa forma, essas delegacias acabaram concedendo uma maior visibilidade à expressão política que o movimento feminino adquiriu junto às instituições do Estado.

Outra importante conquista alcançada foi a constituição de um novo campo temático no domínio das Ciências Sociais: o estudo de gênero. Com ele, houve a criação de disciplinas, cursos, bem como instalações de núcleos de estudo e pesquisas nas universidades com o intuito de expandir as discussões sobre a problemática. Mas, o pensamento acadêmico na

perspectiva feminista, ao tentar explicar a violência sexual contra mulher, se deparou com uma grande diversidade de conceituações que podem ser simplificadas nas seguintes linhas de investigação: a hegemonia do poder masculino que permeia as relações entre homens e mulheres; a condição de subalternidade feminina baseada na hierarquia de gênero; a redução das imagens de homem e mulher e dos papéis a eles atribuídos por meio da construção social da violência; e, a existência disseminada, além de, ao mesmo tempo, a invisibilidade das violências nas relações cotidianas. Em suma, sob qualquer uma dessas noções conceituais, a violência sexual não deixa de se constituir numa manifestação de abuso de poder entre gênero (BANDEIRA, 2004, p.9).

Com isso, a luta pela erradicação da “violência contra mulher”⁶, como uma das expressões dos desejos pela extinção das assimetrias de gêneros incorporou múltiplos atores sociais, ampliando o debate em âmbito nacional, legitimado, inclusive, por meio do estabelecimento de Convenções e Acordos Internacionais resultantes dos grandes fóruns promovidos pela ONU durante a década de 90, à exemplo da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra Mulher – publicamente conhecida como Convenção de Belém do Pará (1994). Além desta, merece destaque o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher, criado em 2007 por uma ação conjunta entre o Governo Federal, Estadual e Municipal. Após sua rediscussão no ano de 2011, foram ampliados os seus quatro objetivos estruturantes, a fim de abranger a: I) garantia e aplicabilidade da Lei Maria da Penha; II) ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência; III) garantia da segurança cidadã e acesso à justiça, como foco na mulher encarcerada; IV) garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, enfrentando à exploração sexual e o tráfico de mulheres; e V) garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

3 A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Por definição, a saúde pública não trata de pacientes individuais, mas tem seu foco nas enfermidades, condições e problemas que afetam a saúde e tem por objetivo fornecer benefícios para o maior número de pessoas. Isto não significa que este setor não se interesse pelo cuidado individual, mas que sua preocupação é prevenir problemas de saúde e levar segurança e cuidados às populações na sua totalidade. Para tanto, objetiva realizar uma abordagem interdisciplinar e científica, para qualquer que seja o problema, baseando-se em conhecimentos de áreas como a medicina, a epidemiologia, a sociologia, a psicologia, a criminologia, a educação e a economia, permitindo que a saúde pública seja inovadora e humanizada em relação ao amplo espectro de enfermidades, doenças e males de todo mundo.

A atuação da saúde pública também deve ter ênfase na ação coletiva, pois frequentemente tem sido comprovado que esforços coletivos provenientes de setores diversos como saúde, educação, serviço social, justiça e política são mais eficazes para solucionar o que normalmente é considerado um problema exclusivamente médico. Assim, cada setor desempenha um papel importante na solução e, coletivamente, possuem o potencial de produzir reduções relevantes da violência. Apesar desse entendimento, a incorporação da violência como um problema de saúde pública foi oficializada apenas em 2002 no Relatório Mundial Sobre Saúde e Violência. Nesse documento, a OMS define violência sexual como

qualquer ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade

⁶ Destaca-se neste ponto o movimento #MeToo. Ele ganhou força em 2017, quando a atriz Alyssa Milano publicou em seu *twitter* um pedido para que todas as pessoas que já sofreram algum tipo de violência sexual denunciasses-na em suas redes sociais usando a *hashtag*, como uma forma de combater esses atos violentos.

de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (KRUG, 2002, p. 147).

No período anterior ao reconhecimento da violência como uma questão de saúde pública, havia uma ausência total de participação dos profissionais da área na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Sendo tão recente e havendo tão pouca experiência acumulada, não é difícil avaliar o tamanho do desafio que tal decisão representou para todos os profissionais inseridos no Setor da Saúde, já que se tornaram responsáveis por atuarem sobre um problema cujas bases de abordagem ainda estão em processo de construção, no que se refere à produção dos saberes e práticas correspondentes à estruturação dos serviços nos vários espaços de atenção à saúde. Desse modo, fez-se necessário e urgente um ordenamento jurídico adequado e coerente com as expectativas e demandas sociais, que norteassem as ações dos agentes responsáveis pela estruturação e prática de políticas públicas voltadas para as mulheres vítimas de violência.

No que concerne especificamente à violência de natureza sexual, o Setor da Saúde constitui-se como maior porta de entrada das vítimas, e isso se deve aos agravos físicos e mentais, em curto e longo prazo, ocasionados na saúde e no bem-estar da mulher. Dentre os danos físicos imediatos estão a gravidez, infecções no aparelho reprodutivo e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Já em longo prazo, as vítimas podem desenvolver distúrbios no campo da sexualidade, apresentando, também, uma maior vulnerabilidade à sintomas psiquiátricos como depressão, pânico, somatização, atitudes suicidas, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Além do mais, a violência contra mulher é considerada uma questão de escala global, tendo em vista que qualquer uma está suscetível, apesar de variar quantitativamente quando analisada sob a perspectiva de raça e classe social. Segundo dados da Rede de Observatórios da Segurança, em 2017, as mulheres negras sofreram 73% dos casos de violência sexual registrados no país, enquanto as mulheres brancas foram vítimas em 12,8%. De 2009 a 2017, o número de mulheres negras vítimas de estupro aumentou quase dez vezes mais do que em anos anteriores.

No entanto, na medida em que houve a inserção da teoria 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. Com isso, a Saúde da Mulher se tornou uma das prioridades das políticas públicas nacionais e compreende, entre outros temas, a abordagem a violência sexual. Esse problema é ainda muito recorrente, apesar dos esforços que vêm sendo empreendidos no seu combate e prevenção.

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 o 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 enfatizou-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 incluídas propostas educativas e preventivas, diagnóstico, tratamento e recuperação numa meta final de assistência à 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. Atualmente em sua 3ª edição, trata das normas de atendimento e de apoio psicossocial, bem como os procedimentos profiláticos a serem adotados na rede pública de saúde quando há 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.

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 ISTs como o HIV ou até a 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 que podem ocasionar quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e, em casos extremos, o suicídio.

Por fim, apesar da existência dessa realidade, a atenção às vítimas de violência 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, uma vez que esta parece não ser ainda uma prática corrente entre os profissionais de saúde na atenção básica, pois encontram-se ainda pouco preparados e enfrentam dificuldades para o atendimento envolvendo as demandas de violência sexual contra as mulheres.

Conforme 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, prestando atendimentos adequados à mulher violentada por meio de tratamento eficiente e de informações de qualidade, bem como da tomada de providências imediatas 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.

Ademais, 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. Então, 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 O PERFIL DO ATENDIMENTO MÉDICO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

A violência sexual contra mulher possui impactos de natureza física e psicológica, representando, incontestavelmente, uma questão de saúde pública. É exatamente por ser conjuntural e amplamente disseminada, que o combate à violência contra mulher exige uma atenção multidimensional que envolve diversos serviços de saúde, com o objetivo comum de propor um tratamento sob enfoques que extrapolam recursos tradicionalmente empregados no

cotidiano médico. Porque a invisibilidade dessa violência, conjugada à inabilidade dos profissionais de saúde quanto aos procedimentos a serem adotados desencadeia uma medicalização dos casos e a pouca articulação entre os diferentes setores sociais, tornando essa problemática ainda mais complexa e de difícil intervenção.

De início, destaca-se a criação da Lei Federal nº 10.778/03, que institui a notificação compulsória das autoridades sanitárias nos casos de violência contra mulher, constatados durante o atendimento em serviços públicos ou privados de saúde, ou seja, em hospitais, prontos-socorros, consultórios, etc. Essa lei surgiu com o objetivo de promover o reconhecimento do problema em termos epidemiológicos, buscando estabelecer estratégias de controle. Mas, com sua alteração advinda da Lei nº 13.931/19, que entrou em vigor em 10 de março de 2020, a comunicação à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas passa a ser obrigatória. Ou seja, a notificação deve ser dirigida não apenas às autoridades sanitárias, mas também à autoridade policial. Dessa forma, a legislação torna-se uma solução para a subnotificação dos casos de violência contra mulher, haja vista que faltava uma articulação entre o setor saúde e a segurança pública para remediar a insegurança e o medo que as vítimas possuem em 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.

Uma ressalva importante é que termo “notificação compulsória” guarda sentido técnico em saúde, tendo por finalidade o fornecimento de dados para subsidiar a vigilância epidemiológica e proporcionar um conjunto de ações para o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores de saúde individual ou coletiva. Assim, visa recomendar e adotar medidas de controle de doenças ou agravos. Portanto, não está inserida no âmbito da Segurança Pública, tendo caráter eminentemente de política preventiva, não podendo ser confundida com denúncia criminal.

No decorrer do tempo, surgiram discussões sobre a quem caberia definir a mulher como vítima de estupro, se ela mesma, como testemunha direta da violência sofrida, ou se à polícia, por meio de documentos investigativos, a exemplo do Boletim de Ocorrência (BO). O texto do Código Penal Brasileiro foi omissivo ao tratar da excludente de ilicitude do aborto, estabelecendo a ausência de punição, sem especificar como reconhecer a veracidade do estupro. Por isso, como meio de solucionar esse impasse, o Ministério da Saúde emitiu a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005), desobrigando a mulher vítima de estupro de apresentar B.O. para dispor do direito de atendimento na rede de saúde. De acordo com especialistas, essa dispensa prévia da institucionalização do fato tem como objetivo trazer prioritariamente a vítima de violência sexual para o ambiente de saúde, sem encaminhá-la primeiro ao órgão policial. Desse modo, a presunção de veracidade concedida ao relato da vítima releva que a assistência médica não pode ser confundida com um inquérito policial.

Coadunando com essas orientações, a Portaria nº 1.508, do Ministério da Saúde, de 1º de setembro de 2005, estabelece os Procedimentos de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses procedimentos devem ser adotados pelos serviços de saúde para a realização do abortamento em situações de violência sexual, e incluem cinco diferentes termos: Termo de consentimento livre e esclarecido; Termo de responsabilidade assinado pela mulher e/ou representante; Termo de relato circunstanciado; Parecer Técnico e o Termo de aprovação de interrupção da gravidez.

Logo, fica evidente que a interrupção da gravidez não se condiciona à decisão judicial que sentencie e decida se ocorreu o estupro ou violência sexual. A lei penal brasileira também não exige alvará ou autorização judicial para a realização do procedimento, em casos de gravidez decorrente de violência sexual. O mesmo se aplica ao Boletim de Ocorrência Policial

e/ou laudo do Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal, do Instituto Médico Legal. Não há sustentação legal para que os serviços de saúde neguem o procedimento caso a mulher não possa apresentá-los, conforme já foi mencionado.

Recentemente, uma criança de dez anos de idade, grávida após ter sido estuprada pelo tio, teve o seu pedido de realização de aborto negado pelo Hospital Cassiano Antônio Moraes (HUCAM), localizado na cidade de Vitória, no Estado do Espírito Santo. O caso foi levado ao Poder Judiciário pelo Ministério Público deste estado, e o Juiz Antônio Moreira Fernandes, da Vara da Infância e da Adolescência de São Mateus/ES, autorizou o procedimento. Contrariando a decisão de 1ª instância, o HUCAM manteve sua negativa, alegando que a idade gestacional do feto já estava avançada. Por essa razão, foi necessário deslocar a criança para o Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros, em Recife/PE, para que o procedimento de aborto induzido fosse finalmente realizado (REZENDE, 2020).

Diante de tal situação concreta, ao contrário do que foi alegado pelo HUCAM, o artigo 128, II, do Código Penal Brasileiro, ao dispor sobre a possibilidade legal de se interromper a gravidez resultante de estupro, nada obsta sobre a idade gestacional, permitindo, assim, uma interpretação extensiva. A Norma Técnica do Ministério da Saúde de Atenção Humanizada ao Abortamento, por sua vez, indica que o procedimento deve ser realizado até 20 ou 22 semanas ou se o feto pesar até 500 gramas. Sendo que uma norma técnica não se sobrepõe a uma lei ordinária.

Ainda nesse caso material, o presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Dom Walmor Oliveira Azevedo, afirmou que ocorreram dois crimes hediondos, a violência sexual e o aborto, mas para ele, a retirada do feto “não se justifica diante dos recursos existentes para garantir a vida de ambos, vítima e filho”(SALACHENSKI, 2020). Nesse contexto, torna-se pertinente registrar a vigorosa teoria contratualista contemporânea proposta por John Rawls (1997, p. 5 et seq), que 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 e não o controle social por meio da religião.

Aliás, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, dos 180 casos diários de violência sexual ocorridos em 2019, 53,8% das vítimas tinham até 13 anos de idade. Isso significa que a cada hora quatro meninas de até 13 anos são estupradas no Brasil, sendo 50,9% negras (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019, p.9). Dessa forma, o aborto legal se materializa, mais do que nunca, como uma questão de saúde pública, afinal, assim como demonstram os dados apresentados pelo Ministério da Saúde no 1º dia de audiência pública da ADPF 442 no STF, uma brasileira morre a cada dois dias por aborto inseguro. E ainda, 1 milhão de abortos induzidos ocorrem todos os anos no país e levam 250 mil mulheres à hospitalização. Logo, discursos que impõem uma moral e desconsideram a realidade do país, apenas contribuem para mais mortes.

Em atenção a repercussão e comoção social daquele caso, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.282, em 28 de agosto de 2020, trazendo novas exigências e parâmetros para o atendimento médico da mulher vítima de estupro, incluindo a oferta para que a gestante veja imagens do feto, em ultrassonografia, e a submissão da vítima a um extenso questionário sobre o estupro. A equipe médica também deverá comunicar o caso à autoridade policial, independentemente da vontade da paciente em registrar queixa ou identificar o agressor. No termo de consentimento, a gestante terá de relatar, com pormenores, a violência sexual sofrida, além disso, será informada da previsão legal dos crimes de aborto e falsidade ideológica, caso não se comprove a veracidade dos fatos relatados. Previsões estas que além de causar mais constrangimento à mulher poderá desencorajar a realização do procedimento.

Com o intuito de prevenir agravos resultantes da violência sexual contra a mulher, o Ministério da Saúde (MS), por meio do “Programa Saúde da Mulher”, elaborou uma cartilha com as normas técnicas que devem ser seguidas pelos serviços de saúde, garantindo a autonomia e dignidade de mulheres vítimas de crimes sexuais. Nessa cartilha, estão contidas normatizações relativas ao atendimento, prevenção a doenças infecciosas, procedimentos em casos de gravidez e de sua interrupção, entre outros procedimentos que devem ser seguidas em todo o país de forma multidisciplinar.

A Anticoncepção de Emergência (AE) foi avaliada pela OMS como medida essencial para evitar a gravidez em consequência de estupro. Quando utilizada com o conhecimento e o consentimento da vítima, a AE impede a fecundação do óvulo e, de acordo com especialistas, se a rede de saúde oferece o serviço até 72 horas após o estupro, a quantidade de abortos esperados diminui consideravelmente.

Em determinados casos, no entanto, os serviços de saúde não conseguem adesão completa das vítimas ao tratamento, por sentimentos de medo, raiva e ansiedade, além da aversão causada pelos efeitos colaterais ocasionados pelos medicamentos usados na quimioprofilaxia do vírus da AIDS. Algumas vezes, as vítimas preferem não entrar em contato com situações que relembram a violência sofrida, enquanto em outras, os profissionais da área de saúde não estão devidamente preparados para lidar com tais situações e tais fatores acabam contribuindo para construção de uma consciência coletiva voltada para a culpabilização da mulher. Desse modo, a compreensão do comportamento da vítima desde o primeiro atendimento até a alta, bem como o procedimento adotado por todos os profissionais de saúde nesse ínterim facilitam os estudos e o entendimento dessa relevante matéria, no sentido de especializar os atendimentos voltados para essa situação, garantindo uma melhor adesão e eficácia.

A partir dessas reflexões, compreendemos que os profissionais e os respectivos serviços de saúde têm um papel crucial para lidar com a violência sexual, sendo necessário que 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.

Dentre os entraves mais resistentes à adoção de respostas eficazes a essa problemática está 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, observa-se que na prática, há 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 comprovação do estupro.

Nesse viés, o Ministério da Saúde, considerando a dimensão 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, propôs em 2006 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 desses para as questões da atenção integral dada às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Dada à magnitude do problema, foi sancionada em 2003 a Lei nº 12.845, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral no Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas em situação de violência sexual. Na sequência, foi criado o Decreto nº 8.086/13, que instituiu o “Programa Mulher Segura e Protegida” com a finalidade 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 socioassistencial e da promoção da autonomia financeira.

Buscando aprimorar o atendimento dos casos de violência sexual, foram criadas em 2014 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 nos serviços de saúde de referência para a atenção integral às pessoas vítimas dessa violência.

Ademais, inúmeras pesquisas sobre as práticas dos profissionais de saúde voltadas para as mulheres vítimas de violência sexual indicam a necessidade de discutir a questão da violência sexual no cotidiano 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 sentido, 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, para 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.

Assim, é perceptível que a rede de atendimento do SUS está sendo qualificada para o atendimento das vítimas e que os procedimentos previstos visam não apenas aprimorar e agilizar o atendimento, mas também diminuir a exposição das mulheres 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 acabam por culpabilizar as vítimas. Consequentemente, 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, as vítimas acabam encontrando ausência de disponibilidades e receptividades dos profissionais que lhes atendem.

5 CONCLUSÕES

Ao término deste estudo, concluiu-se preliminarmente que os atos recorrentes de violência sexual contra a mulher atentam para a urgência de propor medidas eficazes para o seu enfrentamento. Nesse sentido, convém ressaltar 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. Saliente-se também que as raízes históricas, patriarcais e patrimonialistas, presentes notadamente na sociedade brasileira, colocam o país numa situação preocupante em relação à problemática.

Concluiu-se também que alguns eixos podem ser melhor visualizados como fatores impeditivos do melhor atendimento pelos profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência sexual, perpassando questões pessoais, ausência de formação e capacitação e ineficiência da própria rede de atendimento médico.

É notório que há a necessidade de aplicação material das previsões normativas já existentes no âmbito brasileiro, envolvendo igualmente a efetividade das políticas públicas voltadas para a proteção e prevenção de todas as formas de violência contra a mulher, com ênfase no quesito sexual. Mais especificamente com relação aos profissionais da área de saúde envolvidos com o atendimento da demanda em análise, é necessário que estejam efetivamente capacitados a prestar atendimento médico às vítimas e a sua família, para orientar, acompanhar, diagnosticar precocemente e efetuar os registros de maneira efetiva. Desse modo, a mulher poderá ser encaminhada às delegacias e aos serviços de proteção, assegurando a sua integridade física e os seus direitos, de maneira que o profissional não estará apenas cumprindo suas obrigações, como também contribuirá para o despertar das noções de cidadania e igualdade de direitos em nossa sociedade.

Contudo, é possível concluir que as autoridades da saúde pública podem fazer muito para estabelecer planos e políticas nacionais para prevenir a violência sexual, realizando parcerias entre vários setores e assegurando a adoção de recursos para as ações preventivas. Apesar de que, sem uma estrutura consolidada e o uso de uma escuta ativa, o que deveria ser um tratamento humanitário, torna-se um verdadeiro desafio.

Também foi concluído que, em termos normativos, o Brasil está muito avançado em relação à outros países. O que vemos agora é a urgência de romper o distanciamento entre as leis e a realidade, com o propósito de materializar o acesso ao que já está previsto, de modo que não se torne apenas mera retórica. Mas, reconhecemos que há uma série de questões que cortam transversalmente e interferem para diminuir ou aumentar esse distanciamento entre norma e prática, como classe social, etnia, religião, orientação sexual e pobreza.

Vale lembrar que essa questão da epidemia de violência contra mulher em todo mundo exige várias respostas, pois é composta de várias camadas, tornando-se assim um fenômeno multidimensional e complexo.

Por fim, foi igualmente verificado que a sociedade civil e o Poder Público têm empreendido poucos esforços no sentido de alterar a realidade apresentada, sendo necessário que haja melhor orientação dos profissionais de saúde no que tange ao atendimento as vítimas de violência sexual, bem como para que o Poder Judiciário coadune sua atuação com as garantias individuais dos cidadãos, evitando que haja violações à Carta Magna e conseguinte continuidade de atrocidades que vêm sendo praticadas de forma recorrente.

REFERÊNCIAS

ABREU, Zina. **Luta das mulheres pelo direito de voto**: movimentos sufragistas na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos. Arquipélago, 2002.

BANDEIRA, Lourdes. Texto de apresentação. In: DINIZ, Débora; BRAGA, Kátia Soares; NASCIMENTO, Elise (Orgs.). **Bibliografia de estudo sobre violência sexual contra a mulher**. Brasília: Letras Livres, UnB, 2004.

BEARD, Mary. **Mulheres e poder**: um manifesto. São Paulo: Planeta do Brasil, 2018.

BRASIL. Decreto n 8.086, de 30 de agosto de 2013. **Estabelece o Programa Mulher Segura e Protegida**. Brasília, 2013.

_____. Lei n° 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Brasília, 2003.

_____. Lei n° 12.845, de 01 de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Brasília, 2013.

DATAFOLHA. **Feminismo e violência contra mulher**. Abril de 2019. Instituto Datafolha em parceria com a Folha de São Paulo. Disponível em: <https://assets-dossies-ipg-v2.nyc3.digitaloceanspaces.com/sites/3/2019/04/Datafolha_2019_Mulheres_Violenci_Feminismo.pdf> Acesso em: 02.jun.2020.

FRIEDAN, Betty. **A mística feminina**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Nota Técnica Violência Doméstica durante a Pandemia de COVID-19 – Ed. 2**, 29 de março de 2020. Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com Decode. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>> Acesso em: 02. jun. 2020

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 10 de setembro de 2019. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf> Acesso em: 02. jun. 2020

KRUG, Etienne G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

ONU (Organização das Nações Unidas). Conselho Social e Econômico. **Relatório do tratado de grupo de violência contra mulher**. Viena: Nações Unidas, 1992.

PERROT, Michelle. **Minha história das mulheres**. São Paulo: Contexto, 2007.

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

REZENDE, Lucas. Menina de 10 anos grávida tem aborto negado no ES e vai a outro estado. **UOL Notícias**. Vitória, 16. Aug. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2020/08/16/menina-de-10-anos-gravida-tem-aborto-negado-no-es-e-vai-a-outro-estado.amp.htm?__twitter_impression=true>. Acesso em: 16 Aug. 2020.

REDE DE OBSERVATÓRIOS DA SEGURANÇA. **A cor da violência na Bahia**: uma análise dos homicídios e violência sexual na Bahia. Salvador: Rede de observatórios de segurança, 2020.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ROCHA, Patrícia. **Mulheres sob todas as luzes**: a emancipação feminina e os últimos dias do patriarcado. Belo Horizonte: Leitura, 2009.

SALACHENSKI, Mikaela. Presidente da CNBB, dom Waldomar, lamenta interrupção de gravidez de criança de dez anos e considera fato como “crime hediondo”. **G1 Minas**. Minas Gerais, 17. Aug. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/08/17/presidente-do-cnbb-dom-walmor-lamenta-aborto-feito-por-crianca-de-dez-anos-no-es-e-considera-fato-crime-hediondo.ghtml>>. Acesso em 18. Aug. 2020.