

**XXVII ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI SALVADOR – BA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

JOSÉ SEBASTIÃO DE OLIVEIRA

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA

Coordenadores: José Sebastião de Oliveira; Saulo de Oliveira Pinto Coelho – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-618-5

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34



XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O grupo de trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas se consolida cada vez mais como ambiente de interlocução dos estudiosos e pesquisadores do tema, bem como de atualização do ‘estado da arte’ do debate jurídico-científico brasileiro acerca de questões altamente relevantes. Dentre essas questões, estão presente nesta edição temas referentes à regulação, à crítica jurídica e à efetivação das seguintes políticas públicas: política habitacional; política de proteção da infância e juventude, políticas penitenciárias e de sistema prisional, políticas para pessoas com deficiência, políticas para o combate à desigualdade de gênero e às diversas formas de violência contra a mulher, política fiscal e sua repercussão sobre políticas sociais, política de saúde; e políticas de combate ao trabalho escravo.

Quanto ao tema das políticas habitacionais e de acesso à moradia, destaca-se o interessante trabalho de Letícia Delgado e Ássima Gasella, que promove um estudo de caso referente à implementação de um programa habitacional em município de Minas Gerais e a relação, paradoxal, da implementação deste com a instalação de um ambiente de altos índices de violência e da criminalidade no local.

Na sequência, tem-se o trabalho sobre o programa de formação continuada de conselheiros tutelares, promovido Manaus-AM, pela ordem dos advogados, em que Thandra Sena e Anderson Silva apresentam e analisam os resultados dessa iniciativa, referentes aos anos de 2016 e 2017.

O trabalho de Nayara Silva e Mariana Carvalho também versa sobre o tema das políticas para a criança e o adolescente, enfocando o debate na discussão do julgado do STF que analisou a possibilidade de cumprimento domiciliar de pena, em situações necessárias para proteger crianças em seus primeiros anos de vida, em consonância com os princípios do estatuto da primeira infância.

Já sobre o tema das políticas para a promoção do direito à educação, o trabalho de Marcella Brito e Alexandre Silva trata da relação entre o sistema federativo brasileiro e a efetividade das políticas públicas de educação no país. Partindo de referenciais como Sen e Nussbaum, busca-se discutir a relação entre igualdade e desenvolvimento.

Transitando para o tema das relações étnico-raciais e das políticas afirmativas nesta seara, o trabalho de Fabio Hirsch e Lazaro Borges discute os atuais instrumentos e experiências de definição e verificação racial no âmbito dos concursos público, para fim de aplicação das políticas de cotas, centrando-se notadamente no trabalho da comissões destinadas a esse fim.

Já o trabalho de Jorge Galli e Claudio Bahia incide no tangenciamento de duas políticas públicas: a política penitenciária brasileira e a política para pessoas com deficiência. O trabalho apresenta, contata e analisa as situações desumanas a que são submetidos os presos com deficiência, no sistema prisional brasileiro. Realidade que atingem mais de quatro mil e quinhentos presos assim identificados no sistema prisional.

Ainda no âmbito das políticas prisionais, Marcelo Siqueira realiza em seu trabalho um estudo de caso referente ao processo para construção de nova unidade prisional em município do interior do Estado de Goiás para, a partir desse estudo, realizar considerações críticas sobre o modelo de política penal e prisional brasileiro.

Já Thiago Martins e Carla Dias, abordam outro aspecto da política prisional brasileira, enfocando a análise das condições dispensadas às mães no cárcere, notadamente quanto à relevante questão da amamentação das crianças lactantes, discutindo, quanto a isso, a possibilidade da aplicação da teoria do estado de coisas inconstitucional.

Na mesma toada, Mariana Amaral e Gustavo Ávila analisam as condições de encarceramento das mulheres mães no sistema prisional brasileiro, a partir das dimensões macro, meso e micro institucionais das políticas públicas.

Sobre as políticas relativas ao combate e redução da violência contra as mulheres, o trabalho de Marina Almeida e Adriana Farias analisa o atual instrumento regulatório do atendimento pelo SUS das mulheres vítimas de violência, comparando-o com as normativas internacionais.

O trabalho de Yuri Ribeiro e de Carolina Ferraz analisa a interseção entre a política de redução da miséria e pobreza plasmada no programa Bolsa Família e as eventuais deficiências do mesmo quanto à questão de gênero, notadamente por não haver uma implementação efetiva de instrumentos de capacitação e empoderamento da mulher no âmbito do programa o que permite a sua 'subalternização' no desenho do mesmo.

No campo das políticas laborais e relacionado ao tema do trabalho da mulher, está o estudo de Pablo Baldivieso, que analisa e busca identificar o retrocesso ocorrido na recente reforma trabalhista, quanto ao tema das condições de trabalho da lactante.

Já a pesquisa de Robson Silva e de Valena Mesquita analisa o retrocesso ocorrido na política de combate ao trabalho escravo no Brasil, com as medidas e alterações recentes ocorridas nessa seara.

Também no âmbito das políticas de proteção do trabalho, a pesquisa de Otavio Ferreira e Suzy Kouri analisa a cadeia produtiva do açaí no Estado do Pará e propugna pela construção de uma política pública voltada para a valorização e proteção do trabalhador que atua na extração e coleta deste fruto.

O trabalho de Daisy Silva e de Terciana Soares analisa a questão da efetivação dos direitos sociais frente aos custos dos mesmos, e aborda a necessidade da incorporação das análises sobre os custos, nas tomadas de decisão relativas ao tema.

Já o trabalho de Darlan Moulin e Yasmin Arbex faz uma análise teórica da questão da emancipação e do (des)envolvimento social, bem como da ideia de igualdade, para a partir daí abordar a questão da extrafiscalidade como instrumento e elemento de efetivação de políticas públicas.

No âmbito das políticas de promoção do direito à saúde, o trabalho de Marcelo Costa e Vinícius Lima perscruta pela possibilidade de identificação de um núcleo do direito fundamental à saúde, notadamente a partir da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal a caminhada expansiva desta nas últimas décadas, quanto ao tema.

Também no âmbito do direito fundamental à saúde, o trabalho de Marina Ayres e de Saulo Coelho analisa o fenômeno da judicialização das políticas de dispensação de medicamentos pelo SUS no Estado de Goiás, por meio da análise qualitativa de amostra de sentenças a esse respeito, problematizando a ausência de um debate sobre política pública nessas decisões.

Espera-se que essa publicação possa contribuir com o debate sobre Direitos Sociais e Políticas Públicas, questão de alta relevância, notadamente em um país com alarmante índice de desigualdade social, como o Brasil.

Prof. Dr. Saulo De Oliveira Pinto Coelho – UFG

Prof. Dr. José Sebastião de Oliveira – UNICESUMAR

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento.
Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

O ATENDIMENTO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL PELO SUS COMO INSTRUMENTO DE EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES

THE HEALTH ASSISTANCE OF VICTIMS OF SEXUAL VIOLENCE IN THE UNIVERSAL BRAZILIAN HEALTH SYSTEM AS AN INSTRUMENT TO ESTABLISHMENT OF WOMEN'S HUMAN RIGHTS

Marina Nogueira de Almeida ¹
Adriana Dornelles Farias ²

Resumo

Analisa-se se a Lei nº 12.845/2013 sobre o atendimento às vítimas de violência sexual no âmbito do SUS abrange serviços de saúde adequados aos interesses das mulheres. Parte-se da análise da saúde como um direito humano à sua internalização como direito social e da construção da saúde como direito humano da mulher, a fim de enfrentar a violência sexual. Verifica-se aspectos da violência sexual como agravo de saúde para as mulheres. E, ao analisar a lei propriamente dita, identifica-se o acolhimento de normativas internacionais que afirmam os direitos humanos das mulheres.

Palavras-chave: Saúde, Direito humano da mulher, Violência sexual, Agravo de saúde

Abstract/Resumen/Résumé

Analyse if the law n. 12.845/2013 on the health assistance of victims of sexual violence in the universal Brazilian health system (SUS) includes health services that are suitable to the women's interests. It starts on an analysis of health as an human right, the internalization as a social right and the view of health as a women's human right, to face the sexual violence itself. The aspects of sexual violence as a health issue are verified. So, when the law itself is analysed, it is possible to see the reception of international norms that affirm the women's human rights.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health, Women's human rights, Sexual violence, Health issue

¹ Mestranda em Direitos Humanos na UniRitter – Laureate International Universities. Bolsista CAPES. Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Advogada

² Mestranda em Direitos Humanos na UniRitter – Laureate International Universities. Bolsista CAPES. Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS. Advogada

1. INTRODUÇÃO

“o estupro
vai te rasgar
ao meio

mas
não vai ser
seu fim”

Rupi Kaur, *Outros Jeitos de Usar a Boca*

O estudo busca investigar se a Lei nº 12.845/2013, que determina como deve ser o atendimento às vítimas de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê serviços de saúde adequados para garantir o direito humano à saúde das mulheres.

Para tanto, parte-se da análise da saúde da mulher como um direito humano, que perpassa pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, pelo Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais até sua internalização como direito social e fundamental na Constituição Federal, para então verificar o processo de construção da saúde como direito humano da mulher, especialmente, como forma de enfrentamento da violência sexual que afeta um número bastante considerável de mulheres.

Registre-se, a violência sexual e o estupro ocorrem em números elevadíssimos em âmbito nacional. Segundo o Datafolha, em 2016, 2,2 milhões de mulheres sofreram assédio sexual, enquanto um número ainda maior relata ter sofrido assédio com palavras ou toques indesejados. Os dados do mesmo ano, publicados no 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública - 2017, apontam que houve, 49.497 ocorrências de estupro, representando um crescimento de 3,5%.

A seguir, verifica-se aspectos da violência sexual, como agravo de saúde para as mulheres, e da Recomendação Geral nº 24 da Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW, na sigla em inglês, que sugere a criação de leis que incluam nas políticas públicas a disponibilização de serviços de saúde adequados aos interesses das mulheres, ocasião em que se questiona se a Lei nº 12.845/2013 cumpre com preceitos da referida normativa.

Por fim, analisa-se a lei que prevê o atendimento das vítimas de violência sexual, realizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, para então identificar se acolhe normativas internacionais que afirmam os direitos humanos das mulheres. Identifica-se na lei uma forma de efetivação dos direitos humanos das mulheres desde que mantenha o foco na vida e na saúde

da vítima como fim em si mesma, garantindo todos os seus direitos e buscando auxiliar na investigação criminal, e que este auxílio não seja o objeto principal do atendimento e limite-se a respeitar a vítima/usuária em seus direitos e em sua autonomia.

Utiliza-se o método dedutivo, partindo-se da análise doutrinária e normativa, que possibilite compreender a saúde da mulher como direito humano e a violência sexual como agravo de saúde para as mulheres; e da técnica de procedimento descritiva, analisando o objetivo da Lei 12.845/2013, extraíndo dados que permitam averiguar sua compatibilidade com as normativas que tratam dos direitos humanos das mulheres.

2. A SAÚDE DA MULHER COMO DIREITO HUMANO

A Conferência de Viena, em 1993, encampou a noção de que os direitos das mulheres são direitos humanos, e podem ser assim entendidos como parâmetros éticos universais a serem seguidos por governos, instituições e indivíduos, essenciais para a melhoria das condições pessoais e sociais das mulheres e demais minorias, mais discriminadas e vulneráveis às violações de direitos (VENTURA, 2010).

Antes mesmo da elaboração da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a igualdade de direitos entre homens e mulheres já era um valor presente na Carta das Nações Unidas (1945), em seu preâmbulo, ao reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direito dos homens e das mulheres (...). O art. 1º, 3 estabelecia como meta conseguir uma cooperação internacional para resolver os problemas internacionais de caráter econômico, social, cultural ou humanitário, e para promover e estimular o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, língua ou religião.

Os direitos humanos das mulheres surgem justamente desse reconhecimento pelo sistema universal de direitos humanos de que homens e mulheres devem ser igualmente respeitados e igualmente detentores das liberdades fundamentais à sua emancipação como sujeitos de direitos.

A partir de então, surgiram inúmeros tratados e declarações que afirmam os direitos humanos das mulheres em sua universalidade. Contudo, o principal instrumento de proteção no sistema global de direitos humanos foi a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de

Discriminação contra a Mulher – CEDAW (1979)¹. Inclusive, a Convenção CEDAW reforça necessidade de proteger as mulheres em seus direitos sociais, como o direito à saúde, e em seus direitos civis e políticos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos inseriu o direito à saúde como um direito humano universal ao afirmar que “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis ...” (art. XXV, 1). Portanto, o direito à saúde deve ser garantido pelos Estados, por meio de políticas públicas que promovam o bem-estar de todas as pessoas, incluindo prestações positivas, como assistência à saúde, e tendo em sua realização natureza de um direito social. (VENTURA, 2010).

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais², reafirmou este valor ao reconhecer o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, e ao apresentar as medidas a serem adotadas pelos Estados partícipes para assegurar o pleno exercício desse direito, dentre elas: a prevenção e o tratamento e combate a doenças, e a criação de condições que assegurem assistência e serviços médicos em caso de enfermidade ou outro agravo de saúde, para todas as pessoas. (art. 12, 1 e 2).

Sendo a saúde um direito humano, não há como não perceber a saúde da mulher como um direito humano da mulher, que precisa ser não só respeitado, mas promovido pelo Estado, que deve dar cumprimento aos preceitos legais nacionais e aos instrumentos internacionais que participa.

Especificamente, em relação à saúde, destacam-se a Declaração e Plano de Ação da Conferência do Cairo (1994), que inseriu o conceito de saúde sexual reprodutiva, além de metas de redução de morte materna e infantil³; e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher de Pequim (1995), que destacou a importância de se promover e proteger todos os direitos humanos das mulheres e das meninas, que perpassa pelo direito de desfrutar do mais elevado nível possível de saúde física e mental, as quais o Brasil é parte.

A Declaração de Pequim reconheceu que as políticas e os programas de saúde, além de perpetuar os estereótipos de gênero, ignoravam a autonomia da mulher; considerou que a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os

¹ A Convention on the Elimination of all Discrimination against Woman foi firmada em 18 de dezembro de 1979, passando a vigorar em 03 de setembro de 1981. A CEDAW foi promulgada no Brasil por meio do Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984, revogado pelo Decreto 4.377/2002.

² O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi adotado pela ONU, em 19 de dezembro de 1966 e internalizado no Brasil por meio do Decreto 591, de 06 de julho de 1992.

³ <https://nacoesunidas.org/conferencia-de-populacao-do-cairo-de-1994-e-destaque-na-assembleia-geral-da-onu/>

aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença, e que os direitos humanos das mulheres incluem, dentre outros, o respeito à integridade da pessoa, o respeito mútuo, o consentimento e a responsabilidade comum pelo comportamento sexual e suas consequências. E ainda, estabeleceu como objetivo estratégico, que os Estados devem promover o acesso da mulher durante toda sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e a serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade.

No âmbito do sistema interamericano de direitos humanos, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará⁴ confere às mulheres o direito ao reconhecimento, desfrute, exercício e proteção de todos os direitos humanos, que abrangem, entre outros, o direito a que se respeite sua vida; direito a que se respeite sua integridade física, mental e moral; direito à liberdade e à segurança pessoal; e direito a não ser submetida a tortura (art. 4º)⁵.

Vê-se que, na esfera internacional, o direito à saúde e a saúde da mulher ampara-se pelo seu reconhecimento como direito humano. Mas, além de ser considerada um direito humano, a saúde é também direito fundamental, por sua positivação no âmbito interno, elencada como um direito social no art. 6º da Constituição Federal – CF/88⁶. Ainda no âmbito interno, constitucional, o caput do art. 196 apresenta a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Analisando o art. 196 da CF/88, percebe-se que, ínsita ao processo democrático, a saúde é identificada como um direito de todos e um dever do Estado. Cabe, portanto, ao Estado realizar as ações que promovam, protejam e recuperem a saúde, não apenas na produção de normas garantindo esse direito, mas efetivamente prestando os serviços necessários, integrados às demais políticas públicas.

Não há dúvidas que a saúde é um direito de todas as pessoas e que a saúde da mulher requer proteção. Há um arcabouço normativo nesse sentido. O Estado precisa cumprir seu papel

⁴ A Convenção do Belém do Pará foi internalizada no Brasil por meio do Decreto nº 1973/1966.

⁵ Os direitos das mulheres constam ainda nos seguintes instrumentos internacionais, os quais o Brasil ratificou: Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Cíveis à Mulher (1948). ; Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1953). ; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial - CERD (1966); Convenção Americana de Direitos Humanos, São José (1969); I Conferência Mundial sobre a Mulher (Cidade do México, 1975); II Conferência Mundial sobre a Mulher (Copenhague, 1980). ; III Conferência Mundial Sobre a Mulher (Nairóbi, 1985). ; e IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 95).

⁶ Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

que, ainda é, o e agente promotor dos direitos humanos. Mas em especial, em relação a saúde das mulheres, em virtude de sua maior vulnerabilidade em relação aos homens, precisa protegê-la diante das inúmeras violências que afetam sua saúde, e a violência sexual é a mais abjeta delas. As normas de proteção aos direitos humanos das mulheres no âmbito internacional, as quais o Brasil se submete, repudia qualquer tipo de discriminação e violência contra as mulheres. Há, portanto, um comprometimento por parte do Estado brasileiro com a defesa dos direitos humanos das mulheres.

Sendo o direito à saúde reconhecido como um direito humano voltado à preservação da vida e da dignidade humana, e as leis e as políticas públicas são essenciais para que esse direito seja concretizado. Nesse sentido, fundamental reconhecer como a violência sexual se apresenta como um agravo de saúde e, então, de que forma o Estado deve responder a este tipo de violência, no ponto em que se refere à saúde da vítima.

3. A VIOLÊNCIA SEXUAL COMO AGRAVO DE SAÚDE PARA AS MULHERES

Para fins do presente estudo, que trata sobre a violência sexual, destaca-se que o art. 196, *caput*, da CF/88 prevê proteção tanto a doenças como a outros agravos, que não representam necessariamente uma doença classicamente definida. Neste grupo se encontra a violência, entendida como evento representado “a partir de ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasiona danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros” (PAIM, 2009, posição 429). É neste âmbito que se inclui a violência sexual.

Em que pese a possibilidade de ocorrência de atos de violência sexual contra homens, essa forma de agressão é, majoritariamente, marcada pelo gênero. Estudo desenvolvido com os dados constantes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, de 2011, 88,5% das vítimas eram do sexo feminino. (IPEA, 2014). Em 2014, foram registrados 47.643 casos de estupro no país⁷. Em 2016 em torno de 49.497 casos. A taxa em relação a cada grupo de 100 mil habitantes passou de 23,2 por 100 mil habitantes em 2015 para 24,0 por 100 mil habitantes em 2016⁸.

A violência contra a mulher, seja qual for, impede que mulher goze de seus direitos humanos, mas de acordo com a Declaração de Pequim (1995), em todas as sociedades, em

⁷ Dados do 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2015)

⁸ Dados do 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2017). Com base nos dados do SINAN/MS, no mínimo, 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil. Apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia. Crianças e adolescentes representam mais de 70% das vítimas. (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

maior ou menor grau, mulheres e meninas são sujeitas a abusos físicos, sexuais e psicológicos que perpassam as linhas de renda, classe e cultura.

Portanto, o Sistema Único de Saúde deve buscar prestar um atendimento universal, integral e democrático. Naturalmente, um atendimento universal igualitário não significa um atendimento igual, que não observe peculiaridades e características do povo atendido, como gênero, orientação sexual, religião, naturalidade, etnia. Mulheres têm, notadamente, demandas específicas em matéria de saúde incluindo agravos sofridos especificamente ou majoritariamente por elas.

As noções de violência contra a mulher fazem refletir na sua saúde, de modo que a interpretação de saúde da mulher deve ser atenta à realidade das discriminações de gênero. Conforme Murray (2013, p. xv-xvi):

“Saúde da mulher é muito mais do que um problema médico: é cultural, político, econômico e, acima de tudo, uma questão de justiça social. Melhorar a saúde da mulher e avançar seu status é frequentemente visto como uma medida poderosa para resolver problemas econômicos, mais do que uma rota em direção à verdadeira justiça. É ambos, certamente. Entretanto, eu escrevo este livro para defender que a justiça social foi por muito tempo coberta por preocupações com “desenvolvimento”. Minha experiência indica que a realidade básica da mulher como “o outro” ou como pessoa de menor poder (em muitos sentidos, não apenas poder econômico), emerge centralizada; a realidade básica é um problema não somente de desenvolvimento, mas também de direitos humanos básicos. Questões de saúde são um prisma através do qual pode-se ver os Direitos Humanos de todos”⁹.

Portanto, ao tratar de saúde da mulher, não se deve fazê-lo para obter respostas positivas sob um viés econômico, mas sim simplesmente tendo por objetivo a justiça (MURRAY, 2013). Portanto, o direito das mulheres à saúde deve ser visto pelas lentes dos direitos humanos, transferindo-se o foco para o indivíduo, a mulher, como fim em si mesma.

Já a violência sexual é definida pela Organização Mundial da Saúde (2016) como sendo:

“qualquer ato sexual, tentativa de obtenção de ato sexual, ou outro ato direcionado contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima em qualquer localidade. Inclui o estupro, definido como penetração fisicamente forçada ou de alguma forma obtida mediante coação da vagina ou do anus com um pênis, outras partes do corpo ou objetos”¹⁰.

⁹ Tradução livre de “Women’s health is so much more than a medical issue; it is cultural, political, economic, and—above all—an issue of social justice. Improving women’s health and advancing the status of women is often seen as a powerful means to solve economic problems rather than as a route toward true justice. It is both, to be sure. However, I write this book to make the case that social justice has for too long been eclipsed by concerns for “development.” My experience indicates that the basic reality of women as “the other,” or as persons of lesser power (in many senses, not just economic power), emerges as central; this basic reality is an issue not only of development, but also of basic human rights. Health issues are one prism through which to view the human rights of all.”

¹⁰ Tradução livre de: Sexual violence is “any sexual act, attempt to obtain a sexual act, or other act directed against a person’s sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting. It

A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública (COOK *et al*, 2003). No caso de estupro e violência sexual, além das lesões físicas, esse tipo de agravo causa trauma emocional profundo, além de expor as vítimas aos riscos de contágio de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) e de gravidez indesejada. Conforme Cook *et al* (2003), a cura deste trauma psicológico demanda um longo período, principalmente se a vítima foi estupro em lugar tido como seguro¹¹.

O estupro deixa marcas a curto e longo prazo, tanto físicas, quanto psicológicas e econômicas. Além de lesões nos órgãos genitais (principalmente em crianças)¹², podem ocorrer contusões e fraturas que podem inclusive levar a vítima à óbito. Pode gerar uma gravidez indesejada, além de doenças sexualmente transmissíveis - DST. E ainda redundar em inúmeros transtornos psicológicos de consequências drásticas (CERQUEIRA; COELHO, 2014). Nesse sentido, o atendimento em saúde desenvolvido por profissionais deve ser multidimensional, imediato, e basear-se no trauma, no risco de gravidez, na possibilidade de infecções por doenças sexualmente transmissíveis e no atendimento imediato e de longo prazo para os danos psicológicos sofridos (Cook *et al*, 2003)¹³.

No entanto, ainda que o SUS preveja o atendimento humanizado em todos os seus serviços¹⁴, o atendimento às vítimas de violência sexual deve, além de ser humanizado, respeitar os princípios da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, conforme já preceituara o art. 2º, II do Decreto nº 7958/2013, que define diretrizes para os profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, no atendimento às vítimas de violência sexual.

includes rape, defined as the physically forced or otherwise coerced penetration of the vulva or anus with a penis, other body part or object."

¹¹ As violências sexuais ocorrem nas comunidades, nos transportes públicos e espaços coletivos em geral, nos locais de trabalho e inclusive no ambiente doméstico, conforme os dados do dossiê violência contra as mulheres, especialmente acerca da violência sexual (cf. Instituto Patrícia Galvão).

¹² Segundo Cerqueira e Coelho (2014), a lei obriga os profissionais de saúde a comunicar o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e da Juventude quando suspeitem ou confirmem de um caso de violência sexual contra menores de idade. Após o atendimento, os médicos devem encaminhar a vítima à delegacia para fazer Ocorrência Policial ou ao IML para exame pericial. O MS informa que o laudo do IML pode ser feito com base no prontuário médico.

¹³ Neste ponto, Cook *et al* (2003) pontuam que os deveres éticos incluem o tratamento da condição ginecológica da mulher, a proteção contra a gravidez, a proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis e o atendimento psicológico posterior à agressão. Ainda, a preservação de evidência que demonstre a ocorrência de violência/estupro e que permita posterior identificação do agressor, como guarda do sêmen ou de outros tecidos, podem ser acrescidos, desde que não se dependa deste tipo de evidência para configuração da violência sexual ou do estupro. Registre-se, sempre deve-se assegurar e respeitar a autonomia da mulher.

¹⁴ Trata-se da Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS, que existe desde 2003 com a intenção de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atendimento em saúde e da gestão de saúde pública, gerando trocas entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema. Veja-se em: <http://portalmms.saude.gov.br/acoese-programas/humanizasus>

A dimensão individual do direito à saúde visa justamente garantir o direito de agir ou não agir sem constrangimento. Para tanto, o Estado não deve promover ações, leis ou políticas que invadam ou limitem injustificadamente a autonomia pessoal, e ainda, garantir e/ou prevenir que não haja violação, por meio de mecanismos legais que coíbam seu descumprimento¹⁵. (VENTURA, 2010).

A Recomendação Geral nº 24 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), sobre Mulheres e Saúde, coloca a violência no contexto de saúde da mulher enquanto compreende que os fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos variam entre homens e mulheres e entre grupos de mulheres de diferentes faixas etárias, classes e etnias. Desse modo, os Estados signatários da CEDAW devem elaborar políticas e medidas em termos de saúde pública e do direito à saúde na perspectiva das necessidades e dos interesses das mulheres.

De modo especial, esta recomendação geral aponta que a falta de confidencialidade no sistema de saúde é mais gravosa quando envolve mulheres, razão pela qual estas tendem a ser menos propensas a procurarem os serviços de saúde em casos de tratamentos de doenças genitais, de contracepção, de aborto incompleto e em casos em que tenham sofrido violência física ou sexual. Assim, ainda nos termos dessa recomendação geral e tendo-se que a violência de gênero é uma questão de saúde que afeta as mulheres, impõe-se aos Estados que estes garantam, na forma do seu item 15, ‘a’:

“a promulgação e a aplicação efetiva de leis e a formulação de políticas, incluindo protocolos de sistemas de saúde e procedimentos hospitalares, que atendam a violência contra a mulher e o abuso sexual de meninas e a provisão de serviços de saúde apropriados”.

Note-se que, este ponto direciona-se especialmente às questões de violência sexual, sendo, portanto, diretamente aplicáveis no âmbito do SUS, do atendimento a ser desenvolvido com as vítimas mulheres deste tipo de agravo. Portanto, questiona-se se a criação de leis que incluam nas políticas públicas em saúde o atendimento de vítimas de violência sexual, a exemplo da Lei nº 12.845/2013, cumpre com a determinação contida no item 15, ‘a’ da

¹⁵ Para Ventura (2010), o direito à saúde possui duas dimensões, uma individual e outra coletiva. A dimensão individual se expressa no direito ao melhor atendimento possível de saúde, enquanto o aspecto coletivo versa sobre políticas de saúde pública. O Direito à Saúde pode ser observado, primeiramente, como um direito individual, privilegiando-se, assim a liberdade de escolha em relações que envolvem a saúde: relação com o meio ambiente, condições de trabalho, escolha de profissional da saúde e tipo de tratamento (DALLARI, 1988). Do ponto de vista social, o Direito à Saúde prima pela igualdade – limita-se comportamento dos seres humanos para um usufruto igual da vida em sociedade. Decorrem desta noção medidas e normas jurídicas que impõe obrigações, como, por exemplo, controle de meio-ambiente e de ambientes de trabalho, vacinação, notificação compulsória e isolamento de certas doenças, entre outras medidas (DALLARI, 1988).

Recomendação Geral nº 24 da CEDAW. Somente por meio da análise desta lei, que inclui a fase de elaboração até a vigência, além da análise dos reflexos de sua implementação para a saúde da mulher, será possível responder a tal questionamento.

4. A IMPLIMENTAÇÃO DA LEI Nº 12.845/2013 E O ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A Lei n. 12.845, de 1º de agosto de 2013, “dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual”. O artigo 1º expressamente estabelece que:

“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”.

A lei tramitou por mais de 14 anos até ser promulgada. Proposta originalmente em fevereiro de 1999, por meio do Projeto de Lei - PL nº 60/1999, pela então deputada federal Iara Bernardi, do Partido dos Trabalhadores, a redação apresentada não era muito diferente da atual. Porém, não aplicava a mesma ênfase ao atendimento psicossocial existente hoje, no que tange aos serviços de saúde (art. 4º do projeto, art. 3º da lei aprovada).

A justificativa do projeto baseia-se, inicialmente, nos números relacionados à violência sexual, demonstrando a sua alta incidência e, portanto, a necessidade da lei. Ademais, aponta-se que “as vítimas de violência sexual apresentam também, além do trauma decorrente da violência, complicações físicas e psicológicas” o que leva à necessidade de entender esse tipo de atendimento como de urgência. É interessante notar que, ainda na justificativa do projeto, é ressaltada sua importância para o combate à impunidade, na medida em que incluía como procedimento, no inciso VII do art. 4º do projeto, a “coleta de material e utilização de técnicas especializadas para, através de teste DNA, identificar o agressor”.

Entretanto, no momento do atendimento das vítimas de violência sexual, a indicação do responsável e sua perseguição criminal, mostra-se inadequada, por diversos motivos. A uma, porque representa, mais uma vez, o caráter punitivista do Estado brasileiro, preocupado com crimes e punições. A duas, porque o centro do tratamento de saúde deve ser a recuperação da vítima, frequentemente mulher (MURRAY, 2013). A três, porque o estupro frequentemente é

praticado por pessoa do círculo da vítima¹⁶, e o medo de sua identificação pode afastar a mulher dos serviços de saúde.

Outro ponto relevante da justificativa é o reconhecimento de que um atendimento inadequado/indigno pode expor as vítimas à novas violências e revitimizá-las. Desse modo, a legislação é um reconhecimento de que, tão importante quanto os procedimentos médicos que versam sobre a saúde física da vítima, está o tratamento a ser dado ao ser humano ali fragilizado, para não obstar sua a recuperação física e/ou mental.

O estupro é um dos crimes mais subnotificados. As vítimas deixam de registrar a ocorrência por vergonha ou por medo. Ainda, deve-se considerar que muitas vezes o autor é conhecido da vítima (IPEA, 2014). Não é incomum que casos de estupro sejam abordados juridicamente de forma conservadora e cética, especialmente, porque este tipo de violência acontece com frequência entre amigos e, muitas vezes, as mulheres são dissuadidas a retirarem as queixas durante o inquérito, e seus agressores acabam imunes a uma responsabilização legal. Como resposta a este tratamento desumano e degradante, a proteção dos direitos humanos das mulheres inclui, além dos deveres dos profissionais do serviço de saúde, atenção e respeito por parte dos policiais e dos servidores do judiciário¹⁷. (COOK *et al*, 2003).

É preciso evitar que a vítima sofra revivendo aquele trauma toda vez que for questionada sobre a violência sofrida (ROSA, 2017). Para Bianchini (2013) a revitimização pelas autoridades policiais e por profissionais da saúde se relaciona à subnotificação dos crimes de violência sexual, na medida em que o atendimento inadequado desencoraja as vítimas a procurar estes serviços. A subnotificação, por sua vez, reflete tanto nas análises de segurança pública quanto, indiretamente, nos planejamentos de providências a serem tomados no âmbito da saúde pública individual e coletiva.

Portanto, o objetivo desta lei é também o atendimento que preze pela dignidade da pessoa humana. Condutas agressivas, desconfiadas, indelicadas ou mesmo violentas, e que julguem e culpem a vítima pelo que ela sofreu, praticadas por profissionais de saúde, ofendem aos direitos humanos, pois submetem mulheres a tratamento desumano ou degradante. Bedone

¹⁶ Conforme pesquisa do IPEA (2014) feita com dados do SINAN entre 2011 e 2014, 47% dos estupros de vítimas maiores de 18 anos foi praticado por pessoas do círculo de relações da vítima. No caso de adolescentes, o número é de 70% e de crianças, 90%.

¹⁷ Tradução livre de: “The traditional legal approach to rape is to treat accusations conservatively and skeptically because accusations of rape are easily made and difficult to defend, especially when made against male friends. This traditional approach is yielding to recognition of the frequency of rape, and that women can be so deterred and intimidated by processes of legal inquiry as to withhold complaints, and thereby afford assailants legal immunity. Women’s human rights protections from inhuman and degrading treatment extend beyond the duties owed by health care providers to those binding police and judicial officers. It may fall to health care providers to protect women against insensitivity and inhumanity from these officers.” (COOK *et al*, 2003, p. 294).

(2007, p. 465) alerta que “a mulher que já está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da violência sexual, ao pedir ajuda, seja no âmbito da justiça ou da saúde, muitas vezes está sujeita a ser submetida à outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância”.

Em junho de 2002, o deputado Luiz Eduardo Greenhalgh, também do Partido dos Trabalhadores, relator do projeto na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania - CCJC, deu parecer pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação do projeto, na forma do substitutivo apresentado. O voto reconhece ser imperiosa a aprovação do projeto, seja pelos traumas físicos e psicológicos, seja com base em dados sobre o contágio de doenças sexualmente transmissíveis - DSTs.

O relator apresentou as alterações, em sua maioria buscando uma melhor redação, como a alteração da expressão “prevenir a gravidez” por “profilaxia da gravidez”. Salienta ainda que a coleta de material e o exame de DNA para identificação do agressor são, no seu entendimento, de competência do Instituto Médico Legal - IML, razão pela qual alterou o projeto no sentido de atribuir tal competência a este órgão. Ademais, entende o relator desnecessária a norma idêntica ao art. 3º, III, do Código de Processo Penal, que atribui à autoridade policial a competência de “colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e suas circunstâncias”. Nesse ponto, permanece a crítica à penalização do atendimento de saúde, já exposta.

O projeto teve poucas tramitações internas, passou por apenas duas comissões desde sua interposição, em 1999. De 2002 e 2013 ficou aguardando deliberação em Plenário, quando então, por iniciativa do Deputado José Guimarães - PT, foi apresentado requerimento de urgência e, num único dia, a matéria foi discutida, emendada e aprovada. Já no Senado Federal, a tramitação foi relativamente rápida (de março a julho de 2013). Não havendo alterações por esta Casa, o projeto foi remetido à sanção presidencial e, em 1º de agosto de 2013, transformado na Lei nº 12.845/2013, com a seguinte redação:

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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.

Art. 2º. Considera-se violência sexual, para os efeitos desta Lei, qualquer forma de atividade sexual não consentida.

Art. 3º. O atendimento imediato, obrigatório em todos os hospitais integrantes da rede do SUS, compreende os seguintes serviços:

I - diagnóstico e tratamento das lesões físicas no aparelho genital e nas demais áreas afetadas;

II - amparo médico, psicológico e social imediatos;

III - facilitação do registro da ocorrência e encaminhamento ao órgão de medicina legal e às delegacias especializadas com informações que possam ser úteis à identificação do agressor e à comprovação da violência sexual;
IV - profilaxia da gravidez;
V - profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST;
VI - coleta de material para realização do exame de HIV para posterior acompanhamento e terapia;
VII - fornecimento de informações às vítimas sobre os direitos legais e sobre todos os serviços sanitários disponíveis.
§ 1º. Os serviços de que trata esta Lei são prestados de forma gratuita aos que deles necessitarem.
§ 2º. No tratamento das lesões, caberá ao médico preservar materiais que possam ser coletados no exame médico legal.
§ 3º. Cabe ao órgão de medicina legal o exame de DNA para identificação do agressor.
Art. 4º. Esta Lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

Em uma análise desta legislação, apontam-se os aspectos em que ela representa um avanço no Direito à Saúde das Mulheres. Inicialmente, pontua-se o reconhecimento do tratamento emergencial. Conforme a Portaria nº 354 do Ministério da Saúde, de 10 de março de 2014, emergência é a “constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Embora a violência sexual não resulte necessariamente em risco iminente de morte, é indubitável que esse agravo causa sofrimento intenso, de modo que o reconhecimento da necessidade emergencial de atendimento é um reconhecimento da gravidade e da seriedade deste problema de saúde.

Outro aspecto de destaque é o foco, em toda lei, de um atendimento mais amplo do que somente físico-médico. Embora a lei adrese as questões de natureza biológica, como as lesões corporais, as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez, há uma preocupação ampla com o atendimento psicossocial. Seja no art. 1º, na palavra “multidisciplinar” utilizada para descrever o atendimento, seja nos incisos II e VII do artigo 3º, que demonstram preocupação com o amparo social e psicológico e com a informação acerca dos direitos das vítimas. Ainda, o inciso III do mesmo artigo dispõe de um dever de facilitação do registro de ocorrência, o que é positivo enquanto não desviar o foco do atendimento da vítima para a busca pelo agressor.

O atendimento prestado deve se ater à dignidade da mulher e à sua proteção em face de tratamentos desumanos ou degradantes. Desse modo, mesmo que as intervenções de emergência se justifiquem, elas não podem ser impostas ante objeções das mulheres atendidas, oposições estas que podem ser baseadas em aspectos religiosos, por exemplo (Cook *et al*, 2003).

É um direito das usuárias¹⁸, vítimas de violência sexual, o acesso ao mais alto nível de progresso científico, que inclui a prestação dos mais efetivos e menos invasivos atendimentos no que se refere à saúde da mulher.

À luz das convenções internacionais de Direitos Humanos, sobretudo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, essa lei é mais do que uma expressão do direito humano à saúde, é uma garantia às vítimas de violência sexual, notadamente às mulheres, de que “ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (art. 5º CF88). A garantia do tratamento digno e adequado e o reconhecimento das peculiaridades do agravo de saúde decorrente da violência sexual servem para evitar o tratamento desumano e degradante à essas pessoas, que já foram submetidas a um crime extremamente violento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em que pese a gravidade da violência sexual, que gera transtornos físicos e psicossociais de difícil reversão, o centro da questão ainda parece estar nos aspectos de Direito Penal que envolvem esse tipo de crime, e não na perspectiva da vítima. Quando se é vítima desse tipo de violência, a emergência não é um processo criminal, mas sim um atendimento de saúde que não a revitimiza.

Podemos ver a importância diminuída do atendimento à saúde pelo fato de que a lei que versa sobre o assunto, a Lei nº 12.845/2013, ter menos de quatro anos de existência, e mais de 14 anos de tramitação no Congresso Nacional. E mesmo nessa tramitação é muito presente a preocupação com a identificação dos culpados, quando isso pode na verdade afastar a vítima do sistema de saúde. Não se está dizendo para ignorar a tecnologia que permite a análise de DNA dos fluidos corporais do agressor, nem da importância do trabalho policial e judiciário na indicação do culpado e na sua perseguição criminal. O que se aponta é que o foco principal do atendimento da saúde não pode e não deve ser esse, mas sim a integridade da vítima.

¹⁸ Na linguagem médica, utiliza-se o termo paciente para referir-se à pessoa em tratamento. Entende-se, contudo que, em se tratando do Sistema Único de Saúde, usuário seria uma nomenclatura mais adequada, conforme o Glossário da Rede Humaniza SUS: “**cliente** é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a ideia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, **paciente** é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. **Usuário**, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema.

A lei define que esse atendimento deve ser multidisciplinar (art. 1º), ou seja, endereçar não apenas as questões biológicas e físicas, mas também as questões psicológicas do trauma e seus aspectos sociais. Dentre estes, a informação dos direitos das vítimas e a importância do atendimento adequado e de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde, sob pena de submeter as vítimas a tratamento desumano ou degradante, nos termos dos entendimentos prolatados pelas Cortes de Direitos Humanos.

É possível identificar uma forma de efetivação dos direitos humanos das mulheres nesta lei, na medida em que mantiver o foco na vida e na saúde da vítima, e que na sua aplicação, sejam garantidos todos os seus direitos. Ainda, ao auxiliar na investigação criminal, limite-se a respeitar a vítima em seus direitos e autonomia.

6. REFERÊNCIAS

BEDONE, Aloísio José; FAÚNDES, Anibal. Atendimento Integral às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2): 465-469, fev, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/24.pdf>. Acesso em: 30.03.2018.

BIANCHINI, Alice. A Mulher e os Crimes contra a Dignidade Sexual. In: FERRAZ, Carolina Valença et al [coord.]. *Manual dos Direitos da Mulher*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. PL nº 60/1999. 24/02/1999. Dispõe sobre o atendimento às vítimas de violência sexual. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=14993>. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. *9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2015)*. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/9o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. *11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2017)*. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/11o-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*, de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. Decreto nº 591/1992. *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. Decreto nº 1973/1966. *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher*, Belém do Pará, 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. Decreto nº 1978/2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. *Instituto Patrícia Galvão*. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/violencias/violencia-sexual/>. Acesso em 30 de março de 2018.

BRASIL. *Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. *Política Nacional de Humanização*. 2003. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/politica-nacional-de-humanizacao/>. Acesso em: 30.03.2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n. 354, de 10 de março de 2014*. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 30.03.2018.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). In: *Nota Técnica. nº 11*. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf. Acesso em: 30.03.2018.

COOK, Rebecca; DICKENS, Bernard; FATHALLA, Mahmoud. *Reproductive Health and Human Rights: integrating medicine, ethics, and law*. Oxford, 2003.

IPEA. *Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014*. (2014). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/artigo/20/estupro-no-brasil-vitimas-autores-fatores-situacionais-e-evolucao-das-notificacoes-no-sistema-de-saude-entre-2011-e-2014>. Acesso em: 30.03.2018.

OMS. *Sexual Violence*. Disponível em: <http://apps.who.int/violence-info/sexual-violence/>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. *Carta das Nações*. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/carta/>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo (1994)*. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/biblioteca/cipd>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. CEDAW. *General Recommendation nº 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)*. Disponível em: <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. *Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Pequim, 1995*). Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. *Declaração e Programa de Ação de Viena*. Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. (1993) Disponível em: <http://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU. *Declaração Universal de Direitos Humanos*. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 30.03.2018.

ONU MULHERES. *Convenção CEDAW*. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em: 30.03.2018.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, vol. 22, n. 1 São Paulo Fev. 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000100008> Acesso em: 30.03.2018.

MURRAY, Anne Firth. *From Outrage to Courage: The Unjust and Unhealthy Situation of Women in Poorer Countries and What They Are Doing about it*. Second Edition. Menlo Park: Murray, 2013.

PAIM, Jairnison Silva. *O que é SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Livro Eletrônico.

ROSA, Cássio Thyone Almeida de. In: *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2017*. ano 11. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf. Acesso em: 30.03.2018.

VENTURA, Miriam. *Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios*. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/int-4217>. Acesso em: 30.03.2018.