

**Relatório Final: VIII Fórum Interprofissional para Atendimento Integral  
da Mulher Vítima de Violência Sexual**

**Final Report: VII Interprofessional Forum to take care of the women's victims of sexual  
violence**

Anibal Faúndes\*, Maria José de Oliveira Araújo\*\*, Jorge Andalaft Neto\*\*\*

\* Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp)

\*\* Área Técnica Saúde da Mulher, Ministério da Saúde

\*\*\* Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Aborto previsto em lei,

FEBRASGO

Endereço para correspondência:

Cemicamp

Caixa Postal 6181

13.084-971 – Campinas, SP

Telefone: 19-3289-2856

Fax: 19-3289-2440

E-mail: [afaundes@unicamp.br](mailto:afaundes@unicamp.br)

## **Relatoria Geral e Comitê Organizador**

- Anibal Faúndes - CEMICAMP
- Maria José de Oliveira Araújo - Ministério da Saúde
- Jorge Andalaft Neto - FEBRASGO

## ***Relatores dos trabalhos em grupo:***

- Verônica Gomes de Alencar
- Rivaldo Mendes Albuquerque
- Melânia Amorim

## ***Coordenadores de grupo:***

- Maria José de Oliveira Araújo
- Ida Peréa
- João Luiz Carvalho Pinto e Silva

### **Lista de participantes (em ordem alfabética)**

Aarão Mendes Pinto Neto; Adson Roberto França Santos; Alcione Maria Mello de Oliveira Athayde; Aljerry Dias do Rego; Ana Bosch; Ana Carolina da Costa Azevedo; Ana Paula de Andrade Lima Viana; Ana Paula Portella Ferreira Gomes; Ana Valéria Maranhão Araújo; Andréa Suely Vasquez Mota; Anibal Faúndes; Antonio Carlos Vieira Lopes; Antonio Celso Koehler Ayub; Arleir Francisco Bellieny; Avelar de Holanda Barbosa; Bérqson Bezerra de Carvalho Vasconcelos; Carmen Lucia Luiz; Celeste Demeterco Reggiane; Claudete Reggiani; Cremilda Costa de Figueiredo; Cristina Aguiar Pereira; Cristina Nascimento; Dalila Pereira Pontes; Dária Barroso Serrão das Neves; Denis José Nascimento; Deyse Barrocas; Diaulas Costa Ribeiro; Edmund Chada Baracat; Edna Maria Queiroz Fernandes; Ednalda Azevedo Monteiro; Elcylene Maria de Araújo Leocádio; Eliane de Souza; Elizabeth Suzana Wartchow; Ellen Hardy; Eugênio Marcelo Pita Tavares; Fátima Maria Campos Maia; Fernando Antonio Campelo Spencer Netto; Francisco Atanásio Moraes Neto; Geraldez Tomaz; Gerlane Bandeira Silva; Gilberta Santos Soares; Graciana Alves Duarte; Heitor Hentschel; Hildoberto Carneiro Oliveira; Iara Leite Pereira; Ida Peréa; Ione Rodrigues Brum; Iolanda Guimarães; Irotilde Gonçalves Pereira; Jaqueline Brendler; Jael Barbosa de Albuquerque; Jânua Celi Almeida Bóson; Joana Maria Barboza Martins Oliveira; Joanice Maria Mello Frães da Fonseca; João Luiz Carvalho Pinto e Silva; Jorge Andalaft Neto; José Ferreira Nobre Formiga Filho; José Henrique Rodrigues Torres; José Marsíglío Neto; Josete Galdino Bastos de Acioli Lins; Julita Correia Feitosa; Laurez Ferreira Vilela; Lea Amaral Camargo da Silva; Leila Adesse; Lígia Maria Barbosa; Livia Barros Garção; Luciano Silveira Pinheiro; Lylian Vidal Martins; Maria Augusta Garcez Almeida; Maria Benita Spinelli; Maria Betânia Ávila; Martia Bethânia da Costa Chein; Maria das Dores Eloi de Brito; Maria de Fátima Carvalho de Araújo; Maria do Carmo Mota Cardoso Gomes; Maria Ivana Botelho Vieira da Silva; Marisa Fretari Tavares de Souza; Maria José de Oliveira Araújo; Maria Joseli Gomes Solano; Maria

Suely M. Corrêa; Marilza Vieira Cunha Rudge; Marley Carvalho Feitosa Martins; Marize Morais da Silva Gadelha; Marta Cristina Tenório; Maurício Guilherme Campos Viggiano; Melânia Maria Ramos de Amorim; Niedja Kátia Braga de Lima; Nilma Antas Neves; Olímpio B. Moraes; Raquel Mourão; Regina Brendler; Ricardo Nascimento; Rita de Macedo Fernandes; Rivaldo Mendes de Albuquerque; Roberto Benzecry; Roberto Magliano de Morais; Ronald Bossemeyer; Ronaldo Gomes Bernardo; Rosângela Aparecida Talib; Rosiane Mattar; Rosires Pereira de Andrade; Rurany Ester Silva; Sérgio Murilo Steffens; Sérgio Pereira da Cunha; Shelma Lombardi de Kato; Sidney Ismael Veloso da Costa; Sílvia Marques Dantas de Oliveira; Sônia Maria Coelho; Stefan Welkovic; Stênia Lins Leão Lima; Sueli Gomes Alves; Taís Cerqueira Silva; Valderez Araújo de Lima Ramos; Valquíria Pereira Ferreira; Vera Lúcia Alves de Oliveira; Vera Lúbia Cabral Santos; Veranice Alves Pereira; Verônica Gomes de Alencar; Verônica Távora de Souza; Verônica Maria Ferreira; Wataney Brandão Sousa.

## **Resumo**

O VIII Fórum Interprofissional para atendimento integral da mulher vítima de violência sexual, foi realizado em Recife, PE, nos dias 17 e 18 de novembro de 2003, organizado pela da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, da FEBRASGO, e do Cemicamp. Os temas discutidos foram “Programas Municipais e Estaduais de Atendimento à Mulher ou Adolescente que sofre Violência Sexual”, “Contribuição dos Conselhos Profissionais” e “Dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar o aborto previsto em lei”

Quanto aos “Programas Municipais e Estaduais”, concluiu-se que um hospital que de atendimento não resolve o problema porque muitas mulheres violentadas não vão a consultar espontaneamente. Portanto é necessário que exista uma rede de atendimento que inclua serviços de saúde, educação, justiça e serviço de responsabilidade de cada Município

Os conselhos profissionais de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia, não tiveram até agora um papel relevante, em parte porque não possuem suficiente informação sobre o tema. É preciso promover discussões internas dos conselheiros com outros profissionais e operadores do Direito. As principais “dificuldades dos profissionais de saúde em aceitar o aborto previsto em lei” são desconhecimento de como aplicar a lei e da Norma do Ministério da Saúde, supor que a gravidez decorrente de estupro e ocorrências pouco freqüente, temor de serem enganados pela mulher, rejeição do aborto e proteção do feto. Os profissionais de saúde devem serem esclarecidos em cada um destes pontos.

Palavras-chave: Violência sexual; Programas Municipais de Saúde; Conselhos Profissionais; Aborto Previsto na lei.

## **Abstract**

The VIII Inter-professional Forum for the comprehensive care of women who suffer sexual violence was carried out in Recife, PE, on November 17-18, 2003, organized by the Technical Area of women's Health of the Ministry of Health, FEBRASGO, e do Cemicamp. The subjects discussed were "Municipal and State Programmes for the care of women and adolescents who suffer sexual violence", "Contribution of Professional Councils" "Difficulties Health Professional have to accept legal abortion". On Municipal and State Programs", it was concluded that a single hospital providing care does not resolve the problem because many victims do not seek care spontaneously. Thus, a network that includes health services, educational sector, justice and social services is required and it should be the responsibility of the Municipalities. Professional councils of medicine, nursing, social services and psychology did not have a relevant role yet, partly because of incomplete knowledge on the subject. The promotion of internal discussions with other professionals and Law experts was recommended. The main difficulties health professional have to accept abortion within the law were identified as lack of knowledge on how to apply the law and the Ministry of Health Norm on the subject, to believe that pregnancy after rape is a very rare occurrence, fear of being misled by the woman, personal rejection of abortion and habit of protecting the fetus. Health professionals should be better informed about these issues.

Keywords: Sexual violence; Health Municipalities Program; Professional Council; Abortion according to the law.

## **I. Introdução**

O VIII Fórum Interprofissional para Atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual foi realizado em Recife, PE, nos dias 17 e 18 de novembro de 2003, confirmado com o compromisso já estabelecido de dar seguimento, anualmente, aos progressos atingidos no atendimento a mulher que sofre violência sexual, verificar quais são os obstáculos e propor novas medidas para vencê-los. Nesta oportunidade a organização do fórum foi de responsabilidade da Área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, da FEBRASGO através da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista por Lei e do Grupo Multidisciplinar de Estudos sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos e como desde o início, do Cemicamp. Os temas centrais deste fórum foram os “Programas Municipais e Estaduais de Atendimento à Mulher ou Adolescente que sofre Violência Sexual”, “Contribuição dos Conselhos Profissionais” e “Dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar o aborto previsto em lei”. Relatam-se a seguir as principais conclusões e recomendações deste Fórum, que teve a participação ativa de 121 profissionais, tanto médicos como de outras áreas de conhecimento.

## **II. Programas Municipais e Estaduais de atendimento à mulher ou adolescente que sofre violência sexual**

### **1. Fundamentos para criar programas municipais e estaduais:**

1) Normalmente a mulher não pede ajuda. Ela vivencia de forma solitária e silenciosa a violência sexual, principalmente no caso das adolescentes, estas procuram ajuda das amigas ou de pessoas da sua confiança.

2) Nos casos de violência aguda, as mulheres podem pedir ajuda nas Delegacias e aos serviços de urgência e emergência, ou ligam para telefones de assistência social ou policial de emergência.

3) Nos casos de violência crônica às crianças e adolescentes, geralmente não solicitam ajuda mas essa violência pode ser identificada nas escolas, creches, nos serviços de saúde, ou quando a família ou vizinhos notificam ao Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude.

4) Nos casos de violência crônica a mulheres adultas, elas recorreram as ONGs especializadas ou a Delegacias da Mulher, ou Guarda-Municipal, mas podem ser identificadas nos serviços de saúde e no programa de saúde da família.

## **2. Conclusões:**

1) A existência de um hospital que dá atendimento à mulher vítima de violência sexual no município é um grande avanço, mas não resolve todo o problema. Para que toda mulher que sofre violência sexual tenha atendimento adequado é necessário que exista toda uma rede de atendimento.

2) Esta rede deve integrar serviços de saúde, escolas, creches, serviços de assistência social, IML, Delegacia das Mulheres, Ministério Público, Ongs, Casas de Abrigo, Associações de Mulheres e os Conselhos Municipais.

3) Esta rede Municipal de atendimento à mulher, adolescente e crianças que sofrem violência sexual deve estabelecer parcerias com instituições e empresas com propostas de trabalho com mulheres, crianças e adolescentes.

4) Nesta rede de acolhimento cada serviço deve ter definida a sua função para que a mulher ou criança que sofre violência tenha um fluxo de atendimento definido pela rede. Este fluxo deve ser impresso e fixado em todos os serviços da rede em local visível.

5) A responsabilidade da coordenação da rede de atendimento à mulher que sofre violência sexual deve ficar com a Secretaria Municipal de Saúde, entretanto cada município deve definir como será a coordenação de sua rede de serviços.

### **3. Implementação dos programas:**

Para que os programas municipais e/ou estaduais possam ser implementados será preciso:

- 1) Um grande esforço de Coordenação liderado pela Secretaria Municipal de Saúde que se preocupe de:
  - a) Sensibilizar os gestores para que não exista um único local de atendimento;
  - b) Estabelecer pactos entre todos os serviços e setores da rede para definir fluxo e garantir a qualidade do atendimento, estabelecendo sistema de referência e contra-referência;
  - c) Tomar as medidas necessárias para que o seguimento, a médio e longo prazo, dos casos seja diferenciado para mulheres, homens, crianças e adolescentes;
  - d) Criação de casas de apoio para acolhimento das mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência;

- e) Promover articulação da rede com Ongs que atuam nesta área que podem contribuir nas capacitações em violência de gênero;
  - f) Identificar e fazer parcerias com Ongs que trabalham com agressores para incluir nas capacitações e atuar na reabilitação de autores de violência.
- 2) Estabelecer rotinas de atendimento nos serviços de saúde e nas delegacias de polícia:
- a) Incluir na ficha clínica da mulher um item sobre violência;
  - b) Identificar nos serviços, espaço protegido que garanta o acolhimento e o atendimento às vítimas de violência sem expô-las às outras pacientes e funcionários, criando condições de possibilitar que as mulheres se fortaleçam para que possam sair da solidão e do silêncio;
  - c) Tomar as medidas necessárias para que os serviços contem com equipes multidisciplinares e trabalhem com intersetorialidade;
  - d) Elaborar e implantar a ficha de notificação compulsória e fazer vigilância dos casos;
  - e) Providenciar para que haja sempre uma funcionária mulher de plantão nas delegacias para atendimento às mulheres que sofrem violência;
- 3) Realizar um grande esforço de capacitação a curto, médio e longo prazo:
- 3.1. Em curto prazo, capacitar a:
- a) Todos os profissionais do programa de saúde da família;
  - b) Os profissionais da saúde mental com a leitura da violência de gênero;
  - c) Todos os agentes de Direito
  - d) Todos os conselheiros dos conselhos municipais principalmente os do conselho tutelar.

### 3.2. A médio e longo prazo:

- a) Introdução da temática da violência de gênero nos currículos das Universidades e também na capacitação dos agentes de saúde e profissionais do PSF;
- b) Incluir o tema da violência na residência médica e nos pólos de capacitação de saúde da família.

### 3.3. Capacitação continuada e criação de grupos de apoio para troca de experiências nas Unidades de Saúde;

#### 4) Melhorar a informação tanto dentro da própria rede de atendimento como para a população alvo:

- a) Informações capilarizadas para todos os profissionais de todos os serviços da rede.
- b) Divulgação dos serviços para a população através de todos os meios de comunicação social.

#### 5) Controle social e monitoramento:

A coordenação da rede deverá estabelecer mecanismos de seguimento e monitoramento dos serviços.

O controle social para que os direitos das mulheres, adolescentes e crianças sejam garantidos deve ser responsabilidade dos Conselhos Municipais de Saúde, Conselho do Idoso, Assistência Social, Direitos da mulher, Conselho da Criança e do Adolescente.

### **III. Contribuição dos Conselhos Profissionais**

#### **1. Considerações iniciais:**

O grupo concordou que:

1.1. Em geral, os Conselhos profissionais (medicina, enfermagem, serviço social e psicologia) não tiveram até agora um papel relevante na procura de solução para o problema de violência sexual.

1.2. Muitos dos profissionais participantes dos Conselhos não possuem suficiente informação que os leve a atuar efetivamente no sentido de facilitar o atendimento integral à mulher que sofre violência sexual.

1.3. O papel dos conselhos profissionais, para assegurar o atendimento integral á mulher que sofre violência sexual, respeitando a Legislação vigente deve ser amplamente discutido, tanto a nível regional como federal.

#### **2. Recomendações:**

##### **2.1 Para os Conselhos Regionais**

- a) Que os Conselhos Regionais realizem discussões internas dos próprios Conselheiros sobre o tema violência sexual e o papel dos diferentes profissionais de saúde. Outros parceiros interessados no assunto devem ser chamados a participar, principalmente os operadores do Direito.
- b) O relatório final deste Fórum que deve ser enviado aos Conselhos profissionais do Brasil, pode servir de ponto de partida para essas discussões.

- c) Essas discussões podem tomar a forma de Fóruns regionais entre os diversos conselhos profissionais para discussões do assunto violência.
- d) A carta dos princípios éticos da FEBRASGO deve ser melhor conhecida pelos Conselhos, servir para promover discussões e facilitar sua divulgação a todos os médicos. Por exemplo, esta carta pode ser encartada nos jornais dos Conselhos.
- e) Que se façam trabalhos de divulgação junto às Assessorias Jurídicas dos Conselhos para que eles compreendam a magnitude do problema da violência contra as mulheres e possam ajudar na elaboração de resoluções adequadas.
- f) Que os Conselhos se comprometam com a questão da violência contra a mulher, como por exemplo, instituindo Câmaras Temáticas sobre violência de gênero.
- g) Que os conselhos profissionais, incluindo o de medicina, participem de discussões de violência de gênero, em especial violência sexual contra a mulher, sendo este encontro organizado pelo Ministério da Saúde com a participação da FEBRASGO
- h) Que “objeção de consciência” não possa ser utilizada para descumprir preceitos Éticos
- i) Que se utilizem todos os meios de comunicação que dispõem os Conselhos para que os médicos possam ter conhecimento do assunto
- j) Agendar reuniões com os corpos clínicos dos hospitais que atendem vítimas de violência, com apoio dos CRMs, para que dúvidas sejam esclarecidas e que as informações adequadas tiradas sejam transmitidas aos médicos
- k) Que as publicações dos Conselhos divulguem a realização deste Fórum incluindo suas discussões e recomendações

## 2.2 Para os Conselhos Federais

- a) Que a carta de Princípios Éticos da FEBRASGO, que contém princípios fundamentais dos direitos humanos, seja discutida, assimilada e assumida pelo CFM, considerando a mulher como um sujeito do direito.
- b) Que os Conselhos Federais promovam reuniões para discussão do assunto violência inclusive com a participação de suas Assessorias Jurídicas e operadores do direito, incluindo também a FEBRASGO. Estas reuniões terão como objetivo melhorar a informação dos Conselheiros e suas Assessorias Jurídicas sobre a questão da violência de gênero e o papel dos profissionais de saúde. A partir destas discussões, os Conselhos Federais deveriam elaborar resolução apoiando a Norma Técnica do Ministério da Saúde.
- c) Os Conselhos Federais devem também informar os médicos e outros profissionais de saúde correspondente, que têm a responsabilidade de informar as mulheres sobre seus direitos, inclusive o direito de interromper a gestação, mesmo sendo contrário à sua consciência.
- d) O Jornal da FEBRASGO junto com o Jornal do CFM podem ser utilizados para informar aos médicos sobre os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a questão da violência e do aborto previsto por Lei.
- e) Que as Assessorias Jurídicas do CFM sejam melhor informadas pois representam uma força de influência junto aos Conselhos em especial às Assessorias Jurídicas dos Regionais.

## 2.3 Outras recomendações

- a) Que há necessidade de maior divulgação das normas, resoluções, etc. Pois muitos médicos desconhecem as legislações

- b) Que os médicos respeitem os direitos das mulheres inclusive de interromper a gravidez
- c) Que há necessidade de uma ação política inclusive mostrando que o não cumprimento da Norma sobre violência sexual do Ministério da Saúde implica em desrespeito aos Direitos Humanos, que mesmo garantindo a autonomia dos profissionais precisamos garantir os direitos das mulheres
- d) Que nos casos de atendimento médico inadequado, incluindo as vítimas de violência, mesmo respeitando a decisão do médico em não proceder a interrupção da gravidez, quando solicitada, ele tem a obrigação de cumprir com os outros passos da atenção caso contrário estará infringindo o Artigo 29- Negligência - do Código de Ética Médica
- e) Que há necessidade de tornar claro as diferenças entre o DIREITO, a MORAL e a ÉTICA. Que a ética está ligada a um dever impostergável, mesmo que contrarie princípios pessoais que para assegurar os direitos das mulheres deve existir um dever ético do médico em respeitar a decisão da mulher.
- f) Que há necessidade de "trocas de conhecimento" entre o mundo jurídico e o mundo médico, para que as Leis sejam aplicadas adequadamente, pois foram feitas para a mesmas pessoas
- g) Que "objeção de consciência" não possa ser utilizada para descumprir preceitos Éticos

#### **IV. Dificuldades dos Profissionais de Saúde em aceitar o Aborto Previsto em Lei**

Houve acordo em que as principais dificuldades são as seguintes:

##### **1. Desconhecimento da Lei e Norma do Ministério da Saúde**

a) A Lei (Código Penal) que não pune (excludente de licitude) o aborto nos casos de gravidez resultante de estupro, é conhecida pela maioria dos profissionais de saúde; entretanto, há dúvidas em relação a lei, como se coloca em prática, e como organizar o serviço e de outros detalhes como a necessidade ou não do boletim de ocorrência.

b) Alguns médicos ainda temem ser punidos de alguma forma (ex.: indiciados em algum processo), uma vez que são os responsáveis diretos pelo processo de interrupção da gravidez. É importante esclarecer todos os profissionais de saúde sobre a legislação vigente, elucidando este tipo de dúvidas.

c) A Norma Técnica do Ministério da Saúde apresenta as diretrizes para a assistência à mulher vítima de violência sexual, incluindo o aborto previsto por lei. No entanto, esta ainda permanece desconhecida por muitos profissionais. A presença da norma técnica foi de certa forma tranquilizadora para alguns profissionais, apresentando todos os aspectos do atendimento à vítima de violência sexual, incluindo os procedimentos para interrupção da gravidez decorrente de estupro.

d) Recomenda-se a ampla divulgação da norma, visando a reduzir esta dificuldade. Todos os profissionais envolvidos com o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, as instituições e a comunidade devem ter acesso às informações. Também devem ser

realizados cursos de capacitação para os profissionais de saúde. Recomenda-se ainda a divulgação com os professores da área de saúde e a introdução do tema nos currículos das Faculdades e nos programas de Residência.

## **2. Supor que o estupro e a gravidez por estupro são eventos muito pouco freqüentes**

É difícil estimar com certeza a freqüência de estupro, devido à sub-notificação (em torno de 80%-85%), decorrente do fato de que apenas uma pequena parcela das vítimas de violência sexual procura o serviço de saúde ou as delegacias.

Apenas como exemplo se relatou que no Estado de Pernambuco foram registrados 371 casos de violência sexual em 2000 (Ministério da Justiça) que representaria um total de 3162 casos se aceitamos sub-registro de 85%. Apenas 57 mulheres violentadas sexualmente foram atendidas na Delegacia da Mulher. Não estão disponíveis os dados referentes aos atendimentos nos serviços de saúde.

Em relação à gravidez decorrente de estupro, a taxa média estimada fica em torno de 8%. Se 70% das mulheres violentadas fossem de idade fértil teríamos 2.213 mulheres e 177 gravidezes resultantes de estupro no Estado em um ano.

A maioria dos profissionais de saúde desconhece a freqüência de estupro e de gravidez decorrente de estupro. A baixa freqüência aparente pode desmotivar os profissionais de saúde, fazendo-os crer que a violência sexual não é um problema do ponto de vista epidemiológico.

Por isso mesmo é necessário que sejam realizados estudos sobre violência sexual, que permitam obter dados mais precisos, para que os números sejam divulgados, para sensibilizar os profissionais de saúde.

### **3. Temor de ser enganado pela mulher**

O temor de ser enganado pela mulher pode dificultar a aceitação do aborto legal pelo profissional de saúde. Vale, entretanto, destacar que esta situação é muito rara. Os serviços de saúde são procurados por apenas uma pequena parcela das vítimas de violência sexual e pouquíssimos abortos são efetivamente realizados nos serviços de aborto legal.

A análise dos dados dos serviços que oferecem aborto nas situações previstas por lei desmistifica o temor de se formarem “longas filas” de pretendentes ao aborto. Ao contrário, a maior parte das vítimas de violência não procura os serviços de saúde. Ou seja, o problema da sub-notificação e sub-utilização dos serviços é muito mais sério que o de possíveis, mas pouco prováveis, simulações. Mulheres não estupradas dificilmente irão procurar o Serviço de Saúde para provocar o aborto.

Deve-se lembrar que o momento da entrevista já é por si só muito doloroso, e a preocupação com o engano não deve levar o profissional de saúde a vitimizar mais uma vez a mulher, duvidando de sua palavra e fazendo questionamentos excessivos.

Por outra parte os profissionais de saúde devem estar claramente informado que se participam na interrupção da gravidez numa mulher que declarou ter sido estuprada e posteriormente se

descobre que foi enganado, este(a) profissional está livre de culpa desde o ponto de vista legal.

Em resumo, o temor de ser vítima de engano não deve limitar o profissional de saúde no atendimento às vítimas de violência sexual e, em consequência, ao aborto legal. Por outro lado, é importante encorajar as mulheres a procurar os serviços de saúde imediatamente depois do estupro, devendo-se divulgar amplamente a existência e disponibilidade dos serviços.

#### **4. Rejeição do aborto, proteção do feto**

Uma grande dificuldade em aceitar o aborto previsto por lei pode estar relacionada à rejeição natural do profissional de saúde à interrupção da gravidez, incluindo razões pessoais, morais e religiosas. Os obstetras, particularmente, estão acostumados a lidar com mulheres que desejam ter um filho e, portanto, com a proteção à vida do feto, e não com mulheres com gravidez não desejada. Este hábito de proteger o feto pode gerar desconforto para a interrupção da gravidez.

A omissão de alguns profissionais e da sociedade em geral em relação à questão da violência sexual e outros tipos de violência de gênero também pode estar associada à dificuldade de se aceitar o aborto previsto por lei.

Essas razões devem ser reconhecidas e discutidas, porque por trás de muitos argumentos dificultando a prática do aborto previsto por lei estão as convicções éticas ou religiosas do

profissional de saúde. Por outro lado, estas motivações pessoais não deveriam interferir no respeito a um direito da mulher, assegurado por lei.

É importante promover ampla discussão com os diversos profissionais de saúde, sensibilizando-os para o atendimento às vítimas de violência sexual e para o reconhecimento do direito da mulher estuprada ao aborto legal.