



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

Carmem Regina Delziovo

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
CARACTERÍSTICAS, CONSEQUÊNCIAS E PROCEDIMENTOS
REALIZADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DE 2008 A 2013, EM
SANTA CATARINA, BRASIL**

**Florianópolis/SC
2015**

Carmem Regina Delzivo

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
CARACTERÍSTICAS, CONSEQUÊNCIAS E PROCEDIMENTOS
REALIZADOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE, DE 2008 A 2013, EM
SANTA CATARINA, BRASIL**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de pesquisa: Violência e Saúde

Orientadora:

Profa.Dra.Elza Berger Salema Coelho

Co-Orientador:

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires

**Florianópolis/SC
2015**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Delziovo, Carmem Regina.

D368v Violência sexual contra a mulher: características, consequências e procedimentos realizados nos serviços de saúde, de 2008 a 2013, em Santa Catarina, Brasil, Carmem Regina Delziovo; Orientadora, Elza Berger Salema Coelho. - Florianópolis, SC, 2015.
177p.

Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

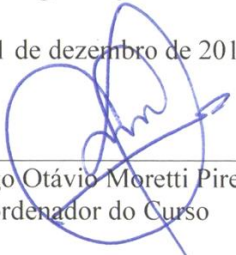
1. Violência Sexual. 2. Mulheres. 3. Adolescentes. 4. Vigilância Epidemiológica. I. Coelho, Elza Berger Salema. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Carmem Regina Delziovo

**VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER:
CARACTERÍSTICAS, CONSEQUÊNCIAS E
PROCEDIMENTOS REALIZADOS NOS SERVIÇOS DE
SAÚDE, DE 2008 A 2013, EM SANTA CATARINA, BRASIL**


Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local, 11 de dezembro de 2015.



Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso


BANCA



Prof.^a Elza Berger Salema Coelho,
Dr.^a.
UFSC (Orientadora)




Prof.^a Sheila Rubia Lindner, Dr.^a.
Univ. Federal de Minas Gerais
(UFMG)



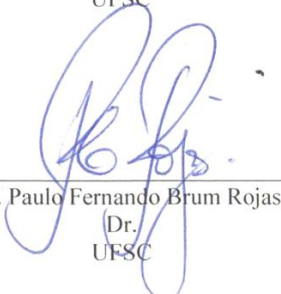
Prof.^a Doroteia Aparecida
Hofelmann, Dr.^a.
Univ. Federal do Paraná
(UFPR)



Prof.^a Fátima Büchele, Dr.^a.
UFSC



Prof.^a Nazaré Otília Nazario, Dr.^a.
Univ. do Sul de Santa Catarina
(UNISUL)



Prof. Paulo Fernando Brum Rojas,
Dr.
UFSC

AGRADECIMENTOS

À Deus por me abençoar com saúde, me dar forças para estudar e trabalhar e persistência para vencer os desafios.

Ao meu pai Rodolpho Carlos Gruener e minha mãe Adelaide Maria Mocelini Gruener dos quais tenho o maior exemplo de vida como seres humanos, profissionais e família da qual tenho privilégio de fazer parte.

A meu esposo Edemilson e meus filhos Henrique e Fernanda que acompanharam cada dia desta jornada, pela compreensão nos momentos de ausência, pela força para que eu continuasse e por ser meu porto seguro em todos os momentos.

Aos meus irmãos, em especial a minha irmã Angela por ter participado da minha banca representando a todos num gesto que mostra o quanto somos uma família.

Ao professor Dr Rodrigo Otávio Moretti Pires por ter acreditado no meu potencial para chegar até aqui, me acolhendo e ajudando nos primeiros passos no retorno à academia.

À minha orientadora professora Dra Elza Berger Salema Coelho, os mais sinceros agradecimentos pelo incentivo, condução e ensinamentos para que eu trilhasse o caminho do conhecimento. Palavras de apoio quando precisei e dedicação para ensinar.

À professora Dra Nazaré Nazário pelas leituras e críticas realizadas com dedicação e profissionalismo.

À professora Dra Eleonora D’Orsi pelas contribuições e sugestões na análise dos dados.

À professora Dra Sheila Lindner pelas contribuições na revisão dos artigos científicos e por compartilhar seus conhecimentos.

Aos professores membros da banca de qualificação e doutorado pelas considerações e contribuições.

Às colegas do grupo de pesquisa em especial a Carolina Bolsoni pela ajuda nas análises do banco de dados.

À minha amiga Caroline Schweitzer de Oliveira que compartilhou comigo seu conhecimento me incentivando a aprender.

À professora Dra Maria de Lourdes de Souza pelo conhecimento, experiência de vida e incentivo no crescimento profissional e acadêmico.

Aos colegas de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde que me acompanharam neste período meu agradecimento, em especial aos colegas Humberto Moreira e Mara Martins Conceição pela ajuda com o banco de dados.

“Há uma verdade universal, aplicável a todos os países, culturas e comunidades: a violência contra as mulheres nunca é aceitável, nunca é perdoável, nunca é tolerável”

Ban Ki-Moon - Secretario Geral - Nações Unidas.⁽¹⁾

DELZIOVO, Carmem Regina. **Violência sexual contra a mulher: características, consequências e procedimentos realizados nos serviços de saúde, de 2008 a 2013, em Santa Catarina, Brasil.** 2015. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Elza Berger Salema Coelho

Co-Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires

RESUMO

A violência contra a mulher é uma violação dos Direitos Humanos e um Este estudo aborda as notificações de violência sexual contra a mulher compreendida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, praticada por pessoa do seu convívio ou não. Tem como objetivo analisar a violência sexual notificada contra a mulher, em Santa Catarina, suas características e testar a associação entre o atendimento pelos profissionais de saúde, gravidez e infecção sexualmente transmissível (IST). Estudo de abrangência estadual, teve como base as notificações de violências sexuais de 2008 a 2013, contra mulheres adolescentes e adultas, residentes em Santa Catarina, ineridas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi realizada análise de qualidade do banco de dados com relação a critérios de não duplicidade, completitude e consistência. Como resultado o percentual de não duplicidade foi de 99,9%, de completitude 93,3% e de consistência 98,9%. Para o estudo da violência sexual foram selecionadas, da ficha de notificação, variáveis relacionadas a mulher agredida (cor da pele, situação conjugal, escolaridade, ocupação), a agressão sofrida (local, horário de ocorrência, se foi violência de repetição, tipo de penetração, consequências e óbito), ao agressor (sexo, vínculo com a mulher agredida, suspeita de uso de álcool, número de envolvidos). Para testar a associação entre o atendimento realizado pelos serviços de saúde e gravidez foram analisadas 1.230 notificações e para IST 1.316 notificações. As covariáveis analisadas foram idade, escolaridade, tempo atendimento, profilaxias para IST, contracepção de emergência, número de agressores, violência de repetição. Os dados foram analisados, no programa estatístico Stata (*StataCorp College Station, Estados Unidos*) versão 13.0, por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção. No teste do qui quadrado os valores

de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. Calculados percentuais e os intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Testada associação entre as variáveis por meio da regressão logística com os valores expressos em razão de chance Odds Ratio (OR) não ajustada e ajustada e respectivos IC 95%. Foram notificadas 15.508 violências, destas 2.010 sexuais (12,9%), onde 950 foram adolescentes de 10 a 14 anos (54,0%) e 450 contra as de 15 a 19 anos (20,7%). Para as mulheres adultas foram 610 notificações (5,7%). As adolescentes sofreram violência predominantemente por agressor único, no domicílio, no período da noite e tarde, com penetração vaginal, com maior recorrência de agressão e gravidez. As adultas foram agredidas tanto na residência quanto em via pública, no período da noite e madrugada, por agressor único, e penetração vaginal, com maior número de lesões físicas e tentativas de suicídio. Tanto para adolescentes quanto adultas o maior número de violências foi por agressores de sua convivência. A ocorrência de gravidez foi 7,6% e IST 3,5%. Foi significativamente associada à gravidez decorrente da agressão sexual, o atendimento pelo setor saúde em 72 horas e receber a contracepção de emergência. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência mostrou-se fator de proteção (84,0%) com menor ocorrência de gravidez. Quanto as infecções sexualmente transmissíveis, contrário ao esperado, as mulheres que acessaram os serviços de saúde e receberam as profilaxias para HIV, Hepatite B e infecções bacterianas tiveram maior ocorrência, no entanto na análise ajustada não se mostram significativamente associadas. É necessário aprofundar o estudo para poder confirmar este achado, tendo em vista que as informações podem sofrer influência de entendimentos diferenciados no preenchimento da ficha de notificação e esta não identificar qual o tipo de IST decorre da agressão sexual. Destaca-se, a importância de dar visibilidade a violência sexual sofrida pelas mulheres e aos atendimentos realizados pelos serviços de saúde a fim de instrumentalizar a implementação de políticas públicas no enfrentamento da violência sexual, principalmente, em adolescentes de 10 a 14 anos.

Palavras Chave: Violência Sexual. Mulheres. Adolescentes. Vigilância Epidemiológica. Epidemiologia Descritiva.

ABSTRACT

This study addresses reports of sexual violence against women understood as any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, practiced by people of their friendship or not. It aims to analyze sexual violence reported against women in Santa Catarina, their characteristics and tests the association between care by health professionals, pregnancy and sexually transmitted infection (IST). This statewide study, was based on reports of sexual violence from 2008 to 2013, against adolescent and adult women living in Santa Catarina, inserted in the Notifiable Diseases Information System (SINAN). Database quality analysis was performed with respect to not double standards, completeness and consistency. As a result the percentage of non-duplication was 99.9%, of completeness 93.3% and of consistency 98.9%. For the study of sexual violence, variables related to the abused woman have been selected from the notification form (skin color, marital status, education, occupation), the suffered aggression (location, time of occurrence, it was repetition of violence, type of penetration, consequences and death), the perpetrator (sex, relationship with the abused woman, suspected alcohol use, number of involved). To test the association between the care provided by the health services and pregnancy were analyzed 1,230 notifications and 1,316 notifications to ISTs. The variables analyzed were age, education, time to attendance, prophylaxis for ISTs, emergency contraception, number of offenders and repeat violence. Data were analyzed using Stata (StataCorp College Station, United States) version 13.0 through descriptive statistics in simple frequency and proportion. In the chi square test, p values ≤ 0.05 were considered statistically significant. The percentages and 95% confidence intervals (95% CI) were calculated. We tested the association between the variables by means of logistic regression with the values expressed in odds ratio Odds Ratio (OR) unadjusted and adjusted and the respective 95% CI. Were reported 15,508 cases of violence, which 2,010 (12.9%) were sexual, where 950 were adolescents aged 10 to 14 years (54.0%) and 450 against 15-19 years (20.7%). For adult women there were 610 notifications (5.7%). The adolescents experienced violence predominantly by a single offender, at home, in the evening and afternoon, with vaginal penetration, with more recurrence of aggression and pregnancy. Adult were assaulted both the residence and in the public highway, in the evening and early morning, for one offender with vaginal penetration, with more physical injuries

and suicide attempts. Both to adolescents and adults the most number of violence was by aggressors of their coexistence. The occurrence of pregnancy was 7.6% and 3.5% of STI. Care provided by the health sector in 72 hours and receiving emergency contraception were both significantly associated with pregnancy resulting from sexual assault. Be answered in 72 hours and to receive emergency contraception proved to be a protective factor (84.0%) with lower occurrence of pregnancy. About the sexually transmitted infections, contrary to expectations, women who accessed health services and received the prophylaxis for HIV, hepatitis B and bacterial infections were more frequent ; however the adjusted analysis did not show significantly association. It needs further study in order to confirm this finding, given that the information may suffer influence of different understandings in filling in the reporting forms and this does not identify what type of IST stems from the sexual assault. It stands out the importance of giving visibility to sexual violence suffered by women and care provided by the health services in order to equip the implementation of public policies on combating sexual violence, especially in adolescents 10-14 years.

Key Word: Sexual Violence. Women. Adolescent. Epidemiological Surveillance. Epidemiology, Descriptive.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores associados à violência sexual contra a mulher e produção científica.....	41
Quadro 2 - Variáveis Relacionadas à Mulher Agredida.	65
Quadro 3 - Variáveis Relacionadas à Agressão.	66
Quadro 4 - Variáveis Relacionadas ao Agressor.	66
Quadro 5 - Variáveis Relacionadas ao Atendimento no Serviço de Saúde.	67
Quadro 6 - Variáveis da Ficha de Notificação de Violências incluídas na análise de completitude e consistência.	70

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Número e Percentual de campos preenchidos na ficha de notificação/investigação de violência sexual segundo variável/campo de informação e ano de notificação, em Santa Catarina, 2008 a 2013..... 72
- Tabela 2** - Numero e percentual de consistência no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência sexual segundo variáveis / campos de informação e anos de notificação, em Santa Catarina, 2008 a 2013. 75

ARTIGO 1:

- Tabela 1** - Violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo suas características sócio demográficas, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013. 87
- Tabela 2** - Violência Sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo características relacionadas a agressão, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013. 88
- Tabela 3** - Violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo características relacionadas ao autor da agressão, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013. 89

ARTIGO 2:

- Tabela 1** - Gravidez decorrente de violência sexual em mulheres de 10 a 49 anos segundo covariáveis em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013. 109
- Tabela 2** - Análise não ajustada e ajustada (Odds Ratio) dos fatores associados à gravidez em mulheres de 10 a 49 anos que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013. 110

Tabela 3 - Infecção Sexualmente Transmissível (IST) decorrente de violência sexual segundo covariáveis em mulheres de 10 anos e mais, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.... 111

Tabela 4 - Odds Ratio (OR) não ajustada e ajustada dos fatores associados a Infecção Sexualmente Transmissível em mulheres de 10 anos e mais que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013..... 112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	-	Centros de Atenção Psicossocial
CEDAW	-	<i>Convention on the elimination of All Forms of Discrimination against Women</i>
CDC	-	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	-	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	-	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAM	-	Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
DECS	-	Descritores em Ciências da Saúde
DIVE	-	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	-	Estados Unidos da América
GM	-	Gabinete do Ministro
HIV	-	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC 95%	-	Intervalo de Confiança de 95%
IDH	-	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IML	-	Instituto Médico Legal
IST	-	Infecção Sexualmente Transmissível
LILACS	-	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	-	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OEA	-	Organização dos Estados Americanos
OMSV	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OR	-	<i>Oddis Ratio</i>
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPM	-	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SciELO	-	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SC	-	Santa Catarina
SPM	-	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	-	<i>United Nations Children's Foundation</i>
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	-	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL.....	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER.....	31
3.1.1 Prevalências da violência sexual contra a mulher	33
3.1.2 Fatores associados à violência sexual contra a mulher	41
3.1.3 Violência Sexual contra a Mulher: Consequências	45
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	48
3.3 ATENÇÃO SAÚDE DA MULHER AGREDIDA SEXUALMENTE.....	54
3.4 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO E A NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL	59
4 MÉTODO	63
4.1 DESENHO DO ESTUDO	63
4.2 LOCAL DO ESTUDO	63
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	65
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	65
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	65
4.6 VARIÁVEIS	65
4.7 SELEÇÃO DE DADOS	67
4.8 PROCESSO DE ANÁLISE DA QUALIDADE DO BANCO DE DADOS	67
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	76
4.10 LIMITAÇÕES	77
4.11 QUESTÕES ÉTICAS.....	77

5	RESULTADOS.....	79
5.1	ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ADOLESCENTES E ADULTAS EM SANTA CATARINA, ESTADO DO SUL DO BRASIL.....	80
5.2	ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O ATENDIMENTO NO SETOR SAÚDE EM SANTA CATARINA - BRASIL	103
6	CONCLUSÕES	123
	REFERÊNCIAS.....	125

APÊNDICES

APÊNDICE A - Revisão de literatura por ano de publicação, autor, título e informações coletadas.....	151
---	------------

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.....	161
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	163
ANEXO C - Instrução aos Autores Periódico Cadernos de Saúde Pública.	165

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, com título, “*Violência Sexual Contra a Mulher: Características, Consequências e Procedimentos Realizados nos Serviços de Saúde, de 2008 a 2013, em Santa Catarina, Brasil*” está organizada de acordo com o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e estrutura-se em: introdução, objetivos, revisão de literatura, método, resultados, conclusões, referências, apêndice e anexos.

A *introdução* discorre sobre a violência sexual, delimitando sua definição e justificando a relevância da temática, a partir da prevalência e das consequências relacionadas à saúde das mulheres, sua inclusão nas políticas públicas e legislações vigentes. A introdução é finalizada com a *pergunta de pesquisa* que norteia este estudo, acompanhada dos *objetivos*.

A *revisão de literatura* subdivide-se em *violência sexual contra a mulher* com as prevalências, fatores associados e as suas consequências. Na sequência apresentam-se as *políticas públicas para o seu enfrentamento*, finalizando com as *normativas da atenção à saúde da mulher agredida sexualmente, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o processo de notificação de violências* por profissionais da saúde.

O *método*, descreve o *desenho*, o *local* e a *população* para o presente estudo sobre a violência sexual contra a mulher, no estado de Santa Catarina, nos anos de 2008 a 2013. A seguir, apresenta-se os critérios de *inclusão* e *exclusão*, as *variáveis* incluídas no estudo, a *seleção dos dados*, a *análise*, as *limitações* e as *questões éticas* envolvidas.

Como resultados apresentam-se dois artigos, o primeiro intitulado “Características da violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas, em Santa Catarina, estado do sul do Brasil”, será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública. O segundo artigo, “Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil”, será submetido a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Ainda, em observância ao regimento do Programa, as versões dos manuscritos são em português, e sua formatação segue normas dos periódicos selecionados. Por fim apresentam-se as *conclusões* desta tese, as *referências*, o *apêndice* e os *anexos*.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher identificada como uma violação dos direitos humanos, com graves consequências físicas, sexuais e mentais, incluindo a mortalidade⁽²⁻⁴⁾, ocorre de maneira generalizada⁽⁵⁾ em vários espaços da sociedade, classes sociais, etnias, idades, culturas e em países com graus de desenvolvimento diferentes⁽⁶⁻¹⁰⁾.

Considerada uma violência de gênero⁽¹¹⁾, dentro de padrões culturais, em que o domínio e o controle da mulher pelo homem é conferido pela sociedade, emerge a partir da questão da alteridade entre o masculino e o feminino, tanto na esfera doméstica familiar, quanto na esfera pública⁽¹²⁻¹³⁾. Essa desigualdade percorre o universo das relações de gênero, com possibilidades de receber influências de raça/cor da pele, idade, condição socioeconômica, etnia, nação ou religião⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Homens e mulheres, ao longo dos anos, ocupam posições desiguais na sociedade. Essa divisão de papéis e de campos de atuação são importantes em uma organização social de gênero fortemente hierarquizada e que contém em si a violência⁽¹⁶⁾.

Desta forma, a violência contra a mulher acontece com base na organização social estabelecida em diferenças de gênero⁽¹⁷⁾. Essa relação foi reconhecida na IV Conferência Mundial em Beijing, em 1995, que definiu a violência contra a mulher como um ato de agressão baseado no gênero, que resulta em danos ou sofrimento⁽¹⁸⁾.

A violência contra a mulher pode ser do tipo sexual, física ou psicológica, apresentando-se, na grande maioria das vezes, de modo combinado, com os tipos se superpondo entre si⁽¹⁹⁾. Estudos evidenciam que a violência física é acompanhada pela psicológica e, de um terço à metade dos casos, também por violência sexual^(10,20-21). Entre os tipos de violências, a sexual, contra a mulher, é uma das mais hediondas, demonstração extrema de poder do homem, na subjugação do seu corpo, tornado objeto, e da sua autonomia como sujeito^(14,22).

A violência sexual é compreendida como qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa, usando a coação, praticada por qualquer pessoa, independentemente de suas relações, em qualquer cenário, inclusive no domicílio e no trabalho, mas não limitada a eles⁽²³⁾. Esta violência se

exprime na maioria das vezes na esfera privada, no âmbito das famílias e dos domicílios, nas relações entre parceiros íntimos, familiares, amigos e conhecidos. Constitui-se uma questão social bastante complexa que precisa ser vista e compreendida pelos mais diversos setores da sociedade, a fim de que ultrapasse o âmbito privado domiciliar e se transforme em um problema enfrentado com políticas públicas efetivas⁽²⁴⁾.

Mundialmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano. No entanto, essa estatística seguramente é menor do que a realidade da sua extensão, tendo em vista que muitos casos acontecem nos contextos intrafamiliares, como o incesto, o estupro e, em especial, o sexo forçado por parceiros íntimos, não chegando ao conhecimento público⁽²³⁾. Essa violência afeta grande proporção de mulheres e, predominantemente, quem a perpetra são homens⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Estudos⁽²⁸⁻³⁴⁾ apontam prevalências variadas para a violência sexual contra a mulher, 35% das mulheres no mundo relatam ter sofrido violência física e (ou) sexual⁽²³⁾. Na relação com parceiro íntimo, 54,5% das mulheres relataram violência sexual no Paquistão⁽²⁸⁾, 46% no Nepal⁽²⁹⁾ e 24% na China⁽³⁰⁾. As mulheres sofrem violência sexual também por conhecidos e desconhecidos, 45,5% relataram violência por um conhecido, que não o parceiro íntimo, nos Estados Unidos⁽³¹⁾. Por agressores desconhecidos, a prevalência é de 12,7% na Nigéria⁽³²⁾ e 14,8% na Grã-Bretanha⁽³³⁾, chegando a 31,0% no Zimbábue⁽³⁴⁾.

No Brasil, uma, em cada dez mulheres, relata pelo menos uma ocorrência de violência sexual na vida, segundo estudo realizado por Schraiber et al.,⁽¹²⁾ com mulheres de 15 a 65 anos, em 2005, com amostra representativa do país urbano. Outro estudo⁽³⁵⁾, realizado também em São Paulo, com 2.379 mulheres de 19 a 60 anos, aponta prevalência de 12,4% para a violência sexual contra a mulher por parceiro íntimo na vida.

A violência sexual causa danos que podem durar a vida inteira, relacionados ao bem-estar físico, a questões sexuais, reprodutivas, emocionais, mentais e sociais das mulheres agredidas. Pode ainda estar associada com os traumatismos físicos, a gravidez indesejada, o aborto, as complicações ginecológicas, as infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/Aids), os transtornos de estresse pós-traumático e as complicações relacionadas à gravidez, como o aborto espontâneo, o trabalho de parto prematuro e o baixo peso ao nascer⁽²⁵⁾.

Mulheres que foram física ou sexualmente agredidas por seus parceiros apresentam mais problemas de saúde. São 16% mais

propensas a gerarem recém-nascidos de baixo peso, com chances de aborto duplicadas, além de quase o dobro de probabilidade de sofrerem de depressão e 1,5 vezes mais possibilidades de se infectarem pelo HIV, em comparação com as mulheres que não tiveram experiência com esses tipos de violências⁽²⁾.

Este contexto, enfatiza a necessidade de políticas públicas para o enfrentamento da violência sexual contra a mulher, uma reivindicação do movimento feminista e de mulheres, que desde o início dos anos de 1970, vem protagonizando as discussões que relacionam a violência contra a mulher com a questão de gênero⁽¹⁷⁾, procurando dar visibilidade ao combate à impunidade e à necessidade de atenção às mulheres que sofrem essa agressão⁽³⁶⁾.

Entre as políticas públicas para o enfrentamento da violência no Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria n.º 737/2001)⁽³⁷⁾ prioriza ações voltadas à prevenção de violências e acidentes, bem como ações destinadas ao tratamento para impedir sequelas e mortes relacionadas a esses eventos. Outra política, publicada em 2004, pelo Ministério da Saúde, a de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁽³⁸⁾, tem como objetivo ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política destaca a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, com norma técnica de prevenção e tratamento para os agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes⁽³⁹⁾, ao passo que as Portarias n. 485/2014⁽⁴⁰⁾ e 618/2014⁽⁴¹⁾ estabelecem as normativas de organização dos serviços de saúde para a atenção às pessoas em situação de violência sexual.

Além destas, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, publicada em 2011⁽¹¹⁾, pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, estabelece ações de prevenção e combate à violência, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional.

Dentro dessa conjuntura, no contexto jurídico, a Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006⁽⁴²⁾, conhecida como Lei Maria da Penha, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher e aponta o dever do Estado em promover políticas públicas articuladas e capazes de incidir sobre essa agressão. Essas políticas públicas e legislação reconhecem que a violência contra a mulher precisa ser tratada como questão intersetorial, envolvendo segurança, justiça, educação, assistência social e saúde pública⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, o setor de saúde tem papel fundamental na atenção às mulheres em situação de violência, com relevante papel tanto na prevenção, como no tratamento para a redução de danos, e na articulação entre os demais setores, na perspectiva da abordagem integral às mulheres em situação ou risco de violência.

Além disso, o profissional de saúde tem a obrigação legal de notificar o atendimento de caso suspeito ou confirmado de violência sexual contra a mulher⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. Essa notificação é considerada um instrumento de garantia de direitos e de proteção social que permite identificar as características das violências, fornecendo subsídios ao planejamento de ações para o seu enfrentamento⁽⁴⁶⁾. Os dados das fichas de notificação de casos de violência (Anexo A) são inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Violências e Acidentes (SINAN VIVA).

No Brasil, em 2009 e 2010, de um total de 113.643 notificações de violências, 18,8% foram violências sexuais, e entre as mulheres esse tipo de violência representou 24,2% do total de violências notificadas⁽⁴⁷⁾.

Esse estudo tem como base de dados as notificações de violência sexual contra a mulher realizadas pelos profissionais de saúde, no Estado de Santa Catarina, nos anos de 2008 a 2013, inseridas no SINAN.

Os dados obtidos a partir do SINAN permitem planejar investimentos em vigilância e assistência as pessoas em situação de violências possibilitando a ampliação do acesso aos direitos e subsidiando pesquisas e ajustes na rede de proteção⁽⁴⁸⁾. Outro ponto importante a destacar é a possibilidade de melhoria, na qualidade do preenchimento do instrumento de notificação de violências, a partir da análise dos dados inseridos no sistema e divulgação dos resultados com apontamentos de necessidade de melhorias.

As publicações sobre a violência sexual contra mulheres e adolescentes, com dados oriundos deste sistema e de abrangência estadual, ainda são limitadas. Desta forma este estudo preenche uma lacuna do conhecimento relacionado às características das mulheres, seus agressores e da violência sexual sofrida a partir dos dados do SINAN e também no contexto da abrangência estadual destas informações.

É importante destacar que, segundo dados da Secretaria de Segurança Pública, o Estado de Santa Catarina teve a segunda maior taxa de tentativas de estupro do país, com 10,2 agressões para cada 100 mil mulheres em 2013. Com relação aos estupros, a taxa nacional é de

25 para cada 100 mil mulheres, Santa Catarina ocupa o quinto lugar no ranking nacional, com 45,3 estupros para cada 100 mil mulheres⁽⁴⁹⁾.

Neste contexto, de violência sexual, justifica-se o presente estudo em base em dados oriundos das notificações de profissionais da saúde no SINAN, e define-se como pergunta de pesquisa:

Quais são as características da violência sexual contra a mulher, suas consequências e os procedimentos realizados pelos serviços de saúde em Santa Catarina?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a violência sexual notificada contra a mulher em Santa Catarina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a violência sexual contra adolescentes e mulheres adultas de acordo com as características relacionadas a mulher agredida, a agressão, o autor da agressão e suas consequências;
- Estimar a ocorrência de gravidez e da infecção sexualmente transmissível (IST) referida como decorrente da violência sexual;
- Analisar os procedimentos realizados pelos serviços de saúde no atendimento às mulheres agredidas sexualmente quanto prevenção de gravidez e IST.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura inicialmente apresenta-se o resultado da busca nas bases de dados de publicações, dos últimos cinco anos, sobre a violência sexual contra a mulher: prevalências, fatores associados e suas consequências. A seguir são apresentadas as políticas públicas para o enfrentamento desta violência no país, o atendimento preconizado pelo setor saúde, por fim o Sistema de Informação de Agravos de Notificação e a notificação de violência sexual pelos profissionais de saúde.

3.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

Este capítulo trata da violência sexual contra a mulher e subdivide-se em prevalência da violência, fatores associados e consequências da violência sexual para a mulher.

A abordagem desta temática ocorre a partir da revisão de estudos publicados nos últimos cinco anos (2010 - 2015). A busca dos artigos foi realizada no período de 22 de janeiro a 16 fevereiro de 2015, nas bases de dados Medline/Pubmed (Literatura Internacional em Ciência), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com recorte de tempo e em qualquer idioma, visando encontrar as publicações mais atualizadas.

Os dicionários *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram consultados para a construção das estratégias de busca, descritas a seguir:

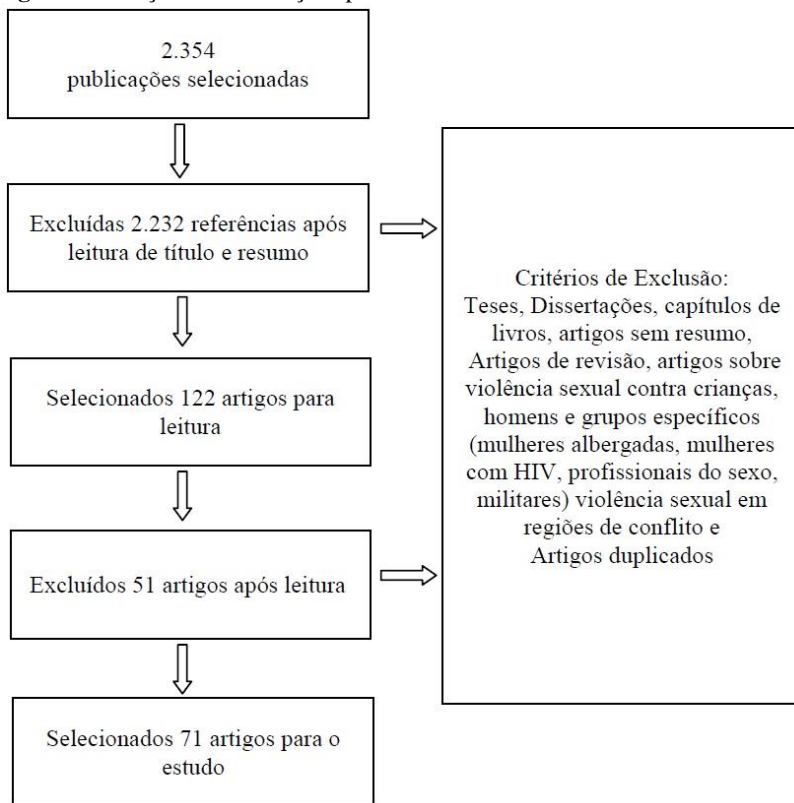
Pubmed: Primeira Chave de busca: ("Sex Offenses"[MesH Terms] OR "rape"[MeSH Terms] OR "Sexual Harassment"[MesH Terms]) NOT ("child"[MesH Terms]) – Resultou em 1.638 publicações, 54 artigos selecionados.

Segunda chave de busca : "sexual violence"[All Fields] AND "prevalence"[All Fields] - Resultou em 397 publicações, 37 artigos selecionados.

LILACS: ("Violência Sexual" or Estupro or "Delitos Sexuais") [Descritor de assunto] – Resultou em 191 publicações, 29 artigos selecionados.

SciELO: "Violência Sexual" [Todos os índices] or Estupro [Todos os índices] or "Delitos Sexuais" [Todos os índices] – Resultou em 128 publicações, 2 artigos selecionados.

Figura 1- Seleção de Publicações para o Estudo.



Foi utilizado o programa *EndNoteWeb* para organizar a busca e o armazenamento dos artigos encontrados. Os artigos identificados foram analisados com o intuito de excluir trabalhos que não tratassem especificamente sobre o tema da revisão. Consideraram-se elegíveis os artigos originais que abordavam violência sexual em mulheres, publicados em qualquer idioma. Foram excluídos os que tratavam exclusivamente de violência com crianças, homens e de grupos específicos (violência sexual em regiões de conflito, em mulheres com HIV, mulheres albergadas, profissionais do sexo e com militares). Foram encontrados 2.354 artigos. Destes, 2.283 foram excluídos por

estarem duplicados, ou por não atenderem aos critérios de inclusão. Assim, selecionaram-se 71 artigos.

Os artigos selecionados estão apresentados no Apêndice A, segundo o ano de publicação, autor e título. Foram agrupados de acordo com as informações de interesse para este estudo: prevalência e fatores associados à violência sexual; consequências da violência sexual para a pessoa agredida e perfil do autor da agressão.

Dos 71 artigos, desta revisão de literatura, 33 tratam da prevalência e dos fatores associados a violência sexual e incluem a identificação do autor da agressão^(6,8-10,27-29,31-35,50-70); 21 artigos detêm-se em estudar as consequências da violência sexual para a pessoa agredida⁽⁷¹⁻⁹¹⁾; 7 abordam prevalência e fatores associados a violência sexual, identificando o agressor e incluindo as consequências para a pessoa agredida^(26,30,92-96); 6 artigos discorrem sobre prevalência e fatores associados a violência sexual, incluindo as consequências dessa agressão^(20,97-101); por sua vez, 4 têm como tema a prevalência, os fatores associados a violência sexual⁽¹⁰²⁻¹⁰⁵⁾.

3.1.1 Prevalências da violência sexual contra a mulher

A mulher tem sofrido significativamente mais violência sexual comparada ao homem^(9,33,92). Considerada um crime universal e clandestino praticada contra a sua liberdade sexual⁽⁶⁹⁾. Entre as violências, não tem a maior prevalência^(51,55-56), no entanto, quando a violência sexual é sobreposta a outras violências, como a física e a psicológica, amplia sua magnitude e suas repercussões⁽⁵⁶⁾. Atinge as mulheres em todas as idades com prevalências diferenciadas, tendo como agressores parceiros íntimos⁽⁵⁶⁾, conhecidos⁽⁶⁾, familiares⁽⁶⁰⁾ e desconhecidos⁽³⁴⁾. Para as mulheres adultas, o agressor mais frequente é o parceiro íntimo^(28,33); para as mais jovens, destacam-se os agressores familiares e os conhecidos^(26,62-63), em menor número, encontram-se os agressores desconhecidos^(10,31).

Inicialmente serão abordadas as publicações sobre violência sexual contra a mulher por parceiro íntimo, presente em 23 estudos^(6,8-10,26-31,33,35,50-51,54-56,61,64,66,92,95-96). Na sequência, as publicações que tratam da violência sexual contra a mulher, perpetrada por pessoa conhecida, incluídos nesse grupo amigos e familiares, com 19 estudos^(6,10,26,31-33,50,52-53,57,60,62-63,65,67-68,70,93-94). A violência sexual contra a mulher por autores desconhecidos foi verificada em 11 publicações^(10,26,31-34,58-59,62,69,70).

As menores prevalências de violência contra a mulher pelo parceiro íntimo foram encontradas na Alemanha⁽⁶¹⁾ (1,0%), na Ucrânia⁽⁶⁶⁾ (3,0%) e na Noruega⁽⁹⁵⁾ (3,5%). A menor prevalência foi encontrada em inquérito nacional de 2003 na Alemanha, sobre a violência contra as mulheres publicado em 2011, que envolveu 3.866 mulheres, de 16 a 86 anos, entre as quais 91,0% alemãs, 96,0% que completaram a educação secundária, destas 26,0% concluíram educação superior. Somente 4,0% não tinham qualificação educacional⁽⁶¹⁾. O estudo publicado em 2012, na Ucrânia⁽⁶⁶⁾, com amostra nacionalmente representativa do sexo feminino, ressaltou como significantes os comportamentos controladores conjugais por parte dos homens agressores e o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Por sua vez, na Noruega⁽⁹⁵⁾, entre 6.471 mulheres, de 30 a 60 anos de idade, que sofreram violência sexual pelo parceiro, a maioria tinha trabalho remunerado (74,4%), e, em relação a situação conjugal, 38,5% eram divorciadas, 31,0% casadas, 28,3% solteiras e 2,2% viúvas.

Estudos realizados nos EUA apontam para prevalências diferenciadas de violência sexual contra a mulher. O primeiro⁽¹⁰⁾, realizado em 2005, indica que 3,5% das mulheres americanas foram estupradas durante a vida; o segundo⁽⁹²⁾ realizado em 2011, encontrou valor maior, 19,3%. Dessas violências, os perpetradores foram parceiros íntimos em 41,7% e 45,4% dos casos, respectivamente. O primeiro envolveu 115.030 mulheres; o segundo, 6.879 mulheres e 5.848 homens. Ambos entrevistaram os participantes com idade igual ou maior de 18 anos, por telefone .

Ybarra et al.,⁽²⁷⁾ em pesquisa nacional nos EUA , em 2010, com 1.058 jovens, de 14 a 21 anos, com amostra equilibrada quanto ao sexo e à idade, estudaram a violência sexual no namoro e sua perpetração. Na coleta de dados online, 4,6% dos participantes informaram ter praticado violência sexual com 80,0% das agressões contra mulheres. Quanto ao tipo de penetração, o sexo vaginal foi o mais comum entre os jovens americanos que tentaram ou completaram um estupro (60,0%), seguido pelo sexo oral (48,0%). Chama a atenção o fato que de 50,0% dos perpetradores responsabilizaram a vítima pelo ocorrido. Outro dado identificado, e que contribui para a invisibilidade da violência sexual, é que 66,0% dos perpetradores reportaram que ninguém descobriu sobre a agressão. Na Espanha⁽⁹⁾, pesquisa realizada em 2011 e 2012, sobre o universo da violência no namoro, entre 1.713 estudantes do sexo feminino e 1.664 do sexo masculino entre 15 e 16 anos, apontou maior violência sexual contra as mulheres (5,3%) comparada aos homens (2,4%).

Nos EUA, estudo retrospectivo⁽³¹⁾ publicado em 2010, sobre violência sexual a partir dos 14 anos de idade, que envolveu 970 mulheres, com idade média de 32,4 anos, identificou que o estupro foi mais provável quando o agressor consumiu álcool ou drogas (independentemente de a vítima usar ou não). Em 71,8% das violências os agressores utilizaram força física e em 48,0% ameaças. O local de ocorrência foi o domicílio, em 86,2%, com os namorados ou maridos como agressores para 23,1% das mulheres.

Estudo multicêntrico⁽⁶⁾, realizado com mulheres de 15 a 19 anos, em cinco grandes centros urbanos: EUA, Índia, Nigéria, África do Sul e China, analisou as prevalências para violência sexual por parceiro íntimo e não parceiro íntimo. As violências sexuais contra as mulheres, perpetradas por parceiros íntimos, foram maiores em todos os locais do estudo: 10,6% para 6,2% em Baltimore (EUA), 7,2% para 1,6% em Délhi (Índia); 14,7% para 5,1% em Ibadan (Nigéria); 18,3% para 9,1% em Johannesburg (África do Sul); 1,8% para 1,0% em Shangai (China).

Na Grã-Bretanha⁽³³⁾ a violência sexual por parceiro íntimo variou de acordo com a idade que a mulher tinha na ocasião da perpetração da violência. Entre as mulheres com idade de 13 a 15 anos, 4,0% identificaram o responsável pela violência sexual como atual ou ex-parceiro íntimo. Este percentual aumentou gradativamente, e atingiu 71,5% para as mulheres com 25 anos de idade. No Iraque⁽⁵⁵⁾, 21,0% das mulheres afirmaram ser forçadas pelo esposo a ter relação sexual durante a vida e dois terços passaram por essa situação mais de cinco vezes na vida. Dados similares foram encontrados na China⁽³⁰⁾, 24% das mulheres relataram violência física com a agressão sexual pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses.

Maiores prevalências foram encontradas no Nepal⁽²⁹⁾, onde 46,0% das mulheres de 15 a 24 anos reportaram violência sexual pelo parceiro íntimo em algum momento da relação, um terço tinha menos de 20 anos. Chama a atenção o fato de terem em média 17 anos, ao casarem, e que 70,0% dos casamentos foram "arranjados", 29,0% não tinha escolaridade, ao passo que 51,0% completaram 8 anos de estudos e, aproximadamente, 80,0% não tinham trabalho remunerado. Os parceiros dessas mulheres estudaram até o nível primário (54,0%). Por outro lado, outro estudo no Nepal⁽⁸⁾ encontrou prevalência menor (14,7%) em mulheres de até 49 anos. O estudo destaca ainda a baixa escolaridade, da mulher agredida e do parceiro, na ocorrência da violência sexual.

A violência por parceiro íntimo foi reportada por 47,2% das mulheres em estudo na Índia, a menor prevalência entre os tipos de

violência foi a sexual⁽⁵¹⁾. Na Etiópia⁽⁵⁴⁾, esse índice também foi elevado, entre 682 mulheres, com idade média de 31,6 anos, mais da metade (59,7%) analfabeta e 80,9% donas de casa, 49,1% destas relataram ter sofrido violência sexual por parte do parceiro íntimo. A idade média dos parceiros foi de 40,8 anos, mais de um terço (37,5%) analfabetos, 68,9% consumiam drogas, entre as quais o álcool era a principal (98,9%). Dos parceiros que faziam uso do álcool, 22,1% consumiam frequentemente, ao passo que 77,9% faziam uso às vezes. No Irã⁽⁹⁶⁾, entre 500 mulheres casadas e abusadas sexualmente, atendidas no Instituto Médico Legal, com idade média de 32 anos, a maioria dona de casa, 40,2% dos maridos agressores sexuais tinham histórico de uso de drogas, como antidepressivos, além de 53,7% viciados em narcóticos e, 43,4% dos casos, fazia uso de álcool.

A maior prevalência de violência sexual contra a mulher foi encontrada no Paquistão⁽²⁸⁾, onde 54,5% das mulheres sofreram agressões sexuais na vida e 53,4% no ano anterior à pesquisa. Esse estudo do tipo transversal, de base comunitária, envolveu 750 mulheres, de 25 a 60 anos, que mantinham relação com parceiro íntimo, 47,6% não tinham educação formal e a maioria era dona de casa. 32,7% das famílias tinham mais de 4 filhos e 65,0% dos lares, cinco ou mais membros. Com relação aos parceiros íntimos, perpetradores de violência sexual, 65,9% eram trabalhadores sem qualificação e 36,2% não tinham educação formal.

No Brasil, estudo realizado em São Paulo⁽³⁵⁾ aponta para prevalências de 12,4% da violência sexual contra a mulher pelo parceiro íntimo. Um dado a ser ressaltado é que apenas 48,7% das mulheres relataram ter percebido a situação de violência pelo parceiro íntimo. Essa percepção foi maior para a violência sexual (76,3%), seguida da física (64,7%) e da violência psicológica (49,7%).

A sobreposição das violências sofridas na relação por parceiro íntimo foi identificada no Brasil⁽⁵⁶⁾, em pesquisa com homens e mulheres, de 18 a 39 anos de idade, a maior magnitude foi na combinação da psicológica com a sexual (23,5%), a segunda da psicológica, física e sexual (15,8%), ao passo que a violência sexual de maneira isolada foi de 2,9%. A sobreposição entre violências sofridas e perpetradas (83,9%) reflete a reciprocidade das agressões por parceiros íntimos. Com relação aos tipos de violências perpetradas pelas mulheres, 8,0% foram de violência sexual isolada, ao passo que 28,2% relataram sobreposição de violência sexual e psicológica, 1,8% da violência física e sexual, enquanto a sobreposição dos três tipos de violência foi de 14,9%. Entre os homens, as prevalências de violências

perpetradas são maiores na violência sexual de maneira isolada (9,0%) e física (2,0%), sendo que na sobreposição dos três tipos a prevalência foi de 20,0%. Enquanto, 18,0% relataram sobreposição de perpetração de violência sexual e psicológica.

Em síntese, vale destacar alguns dados dos estudos acima citados^(6,9,27-31,33,35,51,54-56,61,64,66,92,95-96). As prevalências variam de 1,0% na Alemanha⁽⁶¹⁾ a 54,5% no Paquistão⁽²⁸⁾. Quanto às características das mulheres que sofrem violência sexual por parceiro íntimo, encontram-se: estar em idade reprodutiva^(28-29,51,54,95); ser ou ter sido casada^(29,95); ser analfabeta ou ter baixa escolaridade^(8,29,30,54); ser dona de casa^(30,54); ter dependência econômica do parceiro⁽²⁹⁾; apresentar baixa autonomia⁽²⁹⁾; não ter ou ter rara exposição a meios de comunicação social⁽²⁹⁾. Por outro lado, destaca-se o estudo da Alemanha⁽⁶¹⁾, em que as mulheres que sofreram violência tinham escolaridade de ensino médio e somente 4% não tinham qualificação profissional.

Com relação ao agressor, foram encontrados: uso de bebidas alcoólicas e (ou) drogas^(51,54,66); comportamento controlador⁽⁶⁶⁾; baixa escolaridade ou não ter educação formal^(8,29,30,54); estar desempregado ou receber por dia de trabalho⁽³⁰⁾. Os estudos também apontam que essa violência acontece repetidamente⁽⁵⁵⁾, sobreposta a outros tipos de violência^(30,35,56), e as mulheres têm dificuldade de perceber a violência na relação com o parceiro íntimo⁽³⁵⁾.

A violência sexual contra a mulher perpetrada por agressores conhecidos, amigos e familiares foi identificada em 19 estudos. Destes, doze^(6,10,52-53,57,60,62-63,65,67,93-94) ocorreram com adolescentes ou jovens, seis^(26, 31-33, 50, 70) envolveram mulheres adultas e um⁽⁶⁸⁾ mulheres acima de 60 anos de idade.

Destaca-se inicialmente os estudos internacionais que apontam os agressores conhecidos em percentuais de 8,4%⁽³²⁾ a 45,5%⁽³¹⁾. O menor índice foi encontrado em estudo na Nigéria⁽³²⁾, com mulheres que frequentaram serviço de saúde, e o maior em mulheres americanas⁽³¹⁾, que foram selecionadas para o estudo por relatarem ter sofrido violência sexual a partir de 14 anos de idade. Este estudo, identificou 45,5% de agressores conhecidos e 10,8% familiares. Somados, representam o maior percentual de agressores quando comparados aos agressores parceiro íntimos e desconhecidos. Outro estudo, realizado nos EUA⁽⁶²⁾, identificou que em 16,9% dos casos de violência sexual com agressor conhecido, este era alguém que a mulher havia conhecido há menos de 24 horas.

Na revisão da literatura, a segunda maior proporção de violência sexual cometida por agressores conhecidos, não parceiros íntimos, foi

encontrada por Black et al.⁽¹⁰⁾, nos EUA, em estudo multicêntrico com mulheres de 15 a 19 anos, com prevalência de 3,5%, praticada em 44,7% dos casos por agressor conhecido⁽⁶⁾.

Em relação ao membro da família como agressor, destaca-se o estudo realizado na Nigéria⁽⁵⁰⁾ onde os sogros foram responsáveis por 14,0% (rural) e 10,5% (urbana) das violências sexuais praticadas contra as mulheres, de 15 anos a 49 anos. Na Grã-Bretanha⁽³³⁾ e no Chile^(65,94) a agressão sexual também envolveu familiares, com destaque ao estudo de González et al.⁽⁹⁴⁾, onde 48,5% dos agressores eram pessoas da família, com prevalência de 13,5% para a violência sexual, e 41% das agressões ocorreram entre os 10 e 14 anos de idade das mulheres.

A proporção de casos nos quais um membro da família ou amigo foi identificado como perpetrador diminuiu com o aumento de idade, de 45,3% para as mulheres, entre 13-15 anos, para 5,8%, entre 25 anos ou mais⁽³³⁾. Dados semelhantes foram encontrados por Blake et al.⁽²⁶⁾, no Brasil, quando os tios e padrastos foram os autores mais frequentes nas violências sexuais contra menores de 19 anos. As mulheres em idade reprodutiva somaram 96,5% dos casos. Agressores únicos foram os mais frequentes para as mulheres em todas as idades.

Na Colômbia, Hinojosa-Millán et al.⁽⁵⁷⁾ estudaram a violência sexual no meio universitário, incluindo o assédio e o estupro, e identificaram prevalência de 13%, a maior parte com mulheres. Seus agressores foram colegas e professores, e 48,1% desses casos ocorreram no ano de ingresso na universidade.

Estudos, internacional⁽³²⁾ e nacional⁽⁶⁰⁾, apontam entre os agressores os vizinhos, responsáveis por agressão, 28,2% das violências sexuais na Nigéria e, 10,0%, no Brasil. O estudo internacional aponta o domicílio como o local mais frequente da agressão, tanto a casa do perpetrador (39,4%) como a da mulher que sofreu a violência (19,7%). A penetração vaginal é o tipo mais frequente (94,4%), e 69% das mulheres tinham de 11 a 25 anos. O estudo no Brasil⁽⁶⁰⁾ foi realizado com base em notificações de violência aos Conselhos Tutelares, entre 2007 e 2008, para jovens de 10 a 18 anos de idade. O agressor, em primeiro lugar, foi o padrasto (32,0%), seguido pelo pai (17,0%). A maior prevalência da violência sexual foi na faixa etária de 10 a 14 anos (66,0%), com a maior incidência de violência sexual no sexo feminino (91,0%) e no âmbito domiciliar.

Resultados semelhantes foram encontrados em dois outros estudos com Conselhos Tutelares de Feira de Santana, na Bahia, com prevalência de violência sexual de 46,7%⁽⁴⁹⁾ e 46,3%⁽⁵²⁾. Serviço de referência para atenção a pessoas agredidas sexualmente, em São Paulo,

identificou maior número dessa agressão contra meninas de 10 a 14 anos, com registro de agressões reincidentes⁽⁶³⁾. Também, pesquisa no interior de São Paulo, com estudantes, identificou agressores familiares com mais frequência para as mulheres com 13 anos de idade, ao passo que os agressores conhecidos e os estranhos foram mais comuns para àquelas com 14 a 18 anos de idade⁽⁹³⁾. Outro estudo⁽⁶⁷⁾, realizado em São Paulo, com menores de 18 anos, mostrou que 80,0% das mulheres agredidas tinham idade até 14 anos, 81,1% das agressões sexuais foram por autor conhecido e 31,6% por relação incestuosa. A maioria (72,6%) ocorreu no espaço doméstico, e com relação ao tempo de duração do abuso sexual, 47,4% foram considerados crônicos.

Em um serviço de referência hospitalar para violência sexual, no Sul do Brasil, de 248 casos de violência sexual contra mulheres, 86,8% foram praticados por um único agressor, enquanto 57,2% por agressor conhecido. As mulheres negaram qualquer envolvimento emocional com o agressor (71,6%), a idade média foi de 19 anos, cor da pele branca e baixo grau de instrução⁽⁷⁰⁾.

Para as mulheres acima de 60 anos⁽⁶⁸⁾, entre as notificações de violência realizadas pelos profissionais de saúde, no ano de 2010, no Brasil, 6% foram de agressões sexuais. Os filhos foram identificados como agressores em 1,2% dos casos.

Os estudos apontam para algumas características da violência sexual perpetrada por agressor conhecido, amigo ou familiar. Com relação às mulheres agredidas, a faixa etária mais prevalente foi entre 10 a 14 anos, seguida de 15 a 19 anos^(52-53,60,63,67). O agressor familiar é mais comum nas mulheres de 10 a 14 anos, ao passo que o amigo ou conhecido para àquelas entre 15 a 19 anos^(33,52-53,60,94). A violência ocorre na maioria da vezes no domicílio^(31, 32, 67), e muitas são de repetição^(63,67). Quanto ao agressor, a maior parte é único e faz uso de ameaças, se utilizando, em alguns casos, de força física contra a mulher⁽³¹⁻³²⁾.

Quanto à violência sexual contra a mulher, perpetrada por agressor desconhecido, nos EUA, Black et al.⁽¹⁰⁾ encontraram 5,3% das violências sexuais por esse tipo de agressor, ao passo que Brecklin et al.⁽³¹⁾ identificaram 20,6%. Esses dois estudos, com mulheres a partir de 10 anos de idade, têm o menor percentual por esse tipo de agressor, quando comparado aos parceiros íntimos, conhecidos, amigos e familiares. Dados semelhantes foram encontrados entre estudantes universitárias americanas⁽⁶²⁾, com prevalência de 5,4% para o estupro, e em 7,8% desses casos o agressor foi um estranho.

O percentual de violência praticado por desconhecidos variou de

12,7% na Nigéria⁽³²⁾ para 14,8% na Grã-Bretanha⁽³³⁾, chegando a 31,0% no Zimbábue⁽³⁴⁾. Nos três estudos, o agressor desconhecido foi o que apareceu em menor proporção quando comparado a parceiros íntimos e conhecidos.

Destaca-se que, apesar de estudos^(10,31-34,62) apontarem ser esse tipo de agressor o menos comum na violência sexual sofrida por mulheres, outros estudos^(26,58,100), realizados no Brasil, com mulheres adolescentes e adultas, apontam elevados percentuais de violência sexual perpetrada por desconhecido. Entre estes, em São Paulo⁽²⁶⁾ a maioria dos agressores era desconhecido para as mulheres agredidas adultas (88,1%) e para menores de 19 anos de idade (72,3%). Os pesquisadores ressaltam ser possível que algumas mulheres tenham ocultado a identidade do agressor, temendo retaliações por relatar a violência. Ser abordada enquanto se deslocava para a escola ou o trabalho ocorreu com mais frequência com mulheres adultas, ao passo que a aproximação na residência do perpetrador foi três vezes mais frequente, entre menores de 19 anos. O estudo foi desenvolvido com 1.118 mulheres, acima de 10 anos de idade. Em outra pesquisa⁽¹⁰⁰⁾, 76,0% dos agressores eram desconhecidos, para um total 67 mulheres de 12 a 49 anos agredidas sexualmente, 52,0% destas eram adolescentes, 85,0% de classes socioeconômicas menos privilegiadas, 15,0% com histórico de abuso de drogas e 13,5% haviam sofrido violência sexual anteriormente.

Entre 687 mulheres, de 12 anos e mais, atendidas em centro de referência em São Paulo⁽⁵⁸⁾, 69,2% das violências sexuais foram por agressor desconhecido. As agressões aconteceram principalmente à noite (75,9%), na rua (41,7%), por agressor único (87,5%), com penetração vaginal e com intimidação (92,5%). A maioria das mulheres era branca, solteira, sem filhos, com idade média de 23,7 anos, escolaridade entre fundamental e média, 25% sem relação sexual anterior.

Em outro serviço de referência à atenção de mulheres em situação de violência sexual, no Rio Grande do Sul⁽⁷⁰⁾, 42,4% dos casos foram causados por agressor desconhecido. Outro estudo⁽⁶⁹⁾, também em serviço de referência em São Paulo, encontrou 65% de autores desconhecidos entre 74 mulheres agredidas, no ano de 2006. Destas, 78,4% tinham cor da pele branca e 2,7% estavam grávidas no momento da agressão, 56,8% das agressões ocorreram no horário das 18h às 6h, com abordagem em 54,1% em via pública.

Das notificações pelos profissionais de saúde de violências sexuais em Pernambuco, no ano de 2012⁽⁵⁹⁾, 30,7% tiveram agressor

desconhecido, 43,0% foram com mulheres de 10 a 19 anos, e 90,3% de todas as agressões sexuais foram contra mulheres.

As violências sexuais com mais de um agressor representam o menor percentual, entre 8,1% a 9,0% dos casos^(26,100). A maioria das mulheres agredidas sexualmente por estranhos foram as jovens e não casadas, em estudo com mulheres em idade reprodutiva no Zimbábue⁽³⁴⁾.

Enfim, os estudos apontam que a violência sexual contra as mulheres, por agressor desconhecido, ocorre em todas as idades^(10,26,31,62), mas a maior prevalência está nas mulheres jovens e solteiras^(26,58,69,100), com escolaridade fundamental e média⁽⁵⁸⁾. A abordagem se dá nas vias públicas, de acesso à escola e ao trabalho^(26,58), e por agressor único^(26,100).

A seguir, serão apresentados os fatores de associação para a violência sexual contra a mulher com base nos artigos encontrados nos bancos de dados dos últimos cinco anos.

3.1.2 Fatores associados à violência sexual contra a mulher

Identificar os fatores associados a violência sexual é necessário para a compreensão da situação vivenciada por mulheres, seu desvelamento e enfrentamento. Vários são os fatores associados à violência sexual que podem interagir entre si⁽²⁵⁾. O processo de revisão da literatura em 25 publicações, dos últimos cinco anos, possibilitou identificar os fatores associados a violência sexual, entre eles o consumo de álcool e uso de drogas, foram os mais prevalentes, em 11 artigos, seguido da idade (6 publicações), e o baixo nível sócio econômico (6 artigos). A baixa autonomia e ser mulher são abordados em 5 artigos, enquanto a baixa escolaridade e ter mais de um parceiro, em 4 estudos (Quadro 1).

Quadro 1 - Fatores associados à violência sexual contra a mulher e produção científica.

Fatores Associados	Produção Científica
Consumo de Álcool e Uso de Drogas	(6,9,31,54,61,66,68,96-97,103,105)
Idade	(26-29, 33-34)
Nível Sócio Econômico	(28-29,51,54,96,98)
Escolaridade	(28-29,35,102)
Baixa autonomia	(29,30,51,54,61)
Ser Mulher	(63,68,79,97,98)
Mais de um parceiro	(6,29,35,64)

Conviver com parceiros íntimos que tem o hábito de *consumir bebida alcoólica* aumenta para a mulher as chances de sofrer violência sexual. Parceiros frequentemente embriagados aumentaram sete vezes as chances de agressão, quando comparadas com parceiros que não ingerem bebida alcoólica frequentemente, ao ponto de ficarem alcoolizados⁽⁶⁶⁾. Outra pesquisa, que envolveu mulheres de 15 a 19 anos de idade, em Johannesburg⁽⁶⁾, evidenciou que a violência sexual por parceiro íntimo esteve associada com o consumo de álcool no mês anterior ao estudo.

Chama a atenção a prevalência de 49,1% das mulheres da Etiópia⁽⁵⁴⁾ que sofreram violência sexual de maridos que consumiam bebida alcoólica. Estas tiveram 1,9 vezes mais chances de sofrer violência doméstica quando comparadas as que conviviam com maridos que não consumiam. Entre as mulheres iranianas, 67,0% relataram uso da substância pelos agressores sexuais⁽⁹⁷⁾. A violência sexual em mulheres brasileiras idosas também foi associada ao consumo de bebida alcoólica pelo agressor, sendo informado em 44% do total das violências sofridas⁽⁶⁸⁾.

Estudo americano, com 970 mulheres que informaram ter sofrido violência sexual, identificou em 38,1% o consumo de bebida alcoólica ou uso de drogas antes de sofrer a agressão⁽³¹⁾. Universitárias americanas abusadas sexualmente tiveram também a agressão associada a ingestão de bebida alcoólica de forma compulsiva e a fazer uso de drogas, pelo menos uma vez por mês, no ano anterior a pesquisa^(103,105).

Estar alcoolizado foi fortemente associado com a violência sexual por parceiro íntimo, tanto o homem quanto a mulher. Foi identificada menor probabilidade de agressão sexual quando ambos ingeriram bebida alcoólica, em excesso e ao mesmo tempo^(61,97). Para as mulheres brasileiras de 14 a 24 anos que presenciaram no ambiente doméstico situações de alcoolismo as agressões aumentaram em 18,9%⁽⁹⁷⁾.

Assim como a ingestão de bebida alcoólica, *a idade* se configurou como um fator associado significativo para a violência sexual. Blake et al.⁽²⁶⁾ encontraram chance, quase quatro vezes maior, entre as jovens de 10 a 14 anos de idade que sofreram violência sexual, quando comparadas às de 15 a 19 anos.

A associação entre idade e prevalência de violência sexual pode se modificar quando a mulher é agredida pelo parceiro íntimo. Estudo encontrou 71,5% das mulheres agredidas, por parceiro íntimo na Grã Bretanha, com 25 anos ou mais, enquanto 11,4% encontravam-se entre 13 a 15 anos⁽³³⁾. Na relação com o parceiro íntimo, a mulher ter mais idade está associada a maior prevalência de violência física e sexual⁽²⁸⁾.

O marido ter mais de 35 anos de idade foi associado com maior ocorrência desta agressão⁽²⁹⁾.

Por outro lado, entre as mulheres agredidas sexualmente pelo parceiro íntimo, em estudo no Zimbábue, não foi identificada variação de faixa etária, no entanto, a maior parte das mulheres que sofreram violência eram jovens e solteiras⁽³⁴⁾. Mulheres jovens e solteiras sofrem mais violência por agressores amigos e familiares⁽³³⁾. Para mulheres, entre 13 a 15 anos de idade, os agressores sexuais amigos e familiares foram identificados em 45,3% das violências sofridas, enquanto entre as mulheres com 25 anos e mais, este tipo de agressor representou 5,8% dos casos, em estudo que incluiu 8.409 mulheres na Grã Bretanha⁽³³⁾.

Homens jovens tiveram significativamente maior probabilidade de reportar sexo oral forçado, enquanto os mais velhos, frequentemente forçaram o sexo vaginal, resultados encontrados em estudo com 1.058 homens e mulheres, de 14 a 21 anos, realizado nos EUA, por Ybarra et al⁽²⁷⁾.

O nível socioeconômico evidenciou que mulheres sem renda própria, ou com trabalhos de baixa remuneração, apresentam maior risco de sofrer violência sexual. Esse foi o fator associado a 80% das mulheres do Nepal que sofreram violência sexual por parceiro íntimo⁽²⁹⁾ em pesquisa que envolveu 1.296 mulheres casadas, entre 15 a 24 anos. Estudos verificaram que para 69,2% das mulheres iranianas⁽⁹⁶⁾ e 47,0% das indianas⁽⁵¹⁾ a dependência econômica do parceiro íntimo foi fator significativo para a violência sexual. Contrariamente, o resultado de estudo realizado na Etiópia⁽⁵⁴⁾ mostrou que as mulheres que viviam em um lar com renda anual maior, entre U\$ 280,22 e U\$ 508,76, tiveram 1,9 vezes mais chances de sofrer violência doméstica comparadas àquelas que viviam com renda inferior a U\$ 280,22.

O hábito de consumir bebida alcoólica, a idade, a situação socioeconômica e a *escolaridade* foram fatores associados a violência sexual contra a mulher. A baixa escolaridade, tanto da mulher quanto do autor da agressão, aumentou a chance da mulher sofrer violência sexual^(28,102). Ser analfabeta ou ter marido analfabeto, aumentou a chance de violência na relação com o parceiro íntimo⁽²⁹⁾. Mulheres com menos de oito anos de escolaridade tiveram 15,9% de agressões sexuais enquanto àquelas com mais de oito anos tiveram um percentual de 8,5%, em resultado de estudo que incluiu 2.379 mulheres brasileiras⁽³⁵⁾. Ter um marido com nível educacional alto é um fator protetor para a ocorrência de violência sexual por parceiro íntimo⁽²⁹⁾. A diferença de escolaridade entre parceiros íntimos também foi fator significativo para a violência sexual. A probabilidade da mulher sofrer violência sexual foi maior

quando a sua escolaridade era maior do que a do parceiro⁽⁶¹⁾.

Na relação entre parceiros íntimos, a mulher *ter baixa autonomia*, evidenciada pelo isolamento social e comportamento controlador do autor da agressão, foi associada a maior prevalência de violência sexual^(29-30,54,61). Pesquisa que envolveu 1.296 mulheres casadas, com idade de 15 a 24 anos no Nepal, encontrou como resultado para as mulheres com baixa autonomia 42,0 % de prevalência de violência sexual, enquanto que entre aquelas com maior autonomia, o percentual foi de 23,0 %⁽²⁹⁾.

As mulheres que conviviam com maridos que tomavam sozinho as decisões da casa tiveram 2,3 vezes maior probabilidade de sofrer violência, quando comparadas aquelas que tomavam as decisões em conjunto⁽⁵⁴⁾. A baixa autonomia para 57% das mulheres estava relacionada a não ter acesso a meios de comunicação social⁽²⁹⁾. O isolamento social foi apontado também como fator associado a violência por parceiro íntimo, para mulheres na Alemanha⁽⁶¹⁾.

Chama a atenção que a violência sexual foi 39,0% maior para as mulheres com parceiro íntimo que apresentavam alto nível de comportamento controlador⁽³⁰⁾. Este comportamento está relacionado a baixa autonomia que reduz as oportunidades das mulheres de se envolverem na tomada de decisões, em todos os níveis, aumentando a ocorrência e também a aceitação do uso de violência⁽²⁵⁾.

Ser mulher se configurou como um fator de risco associado à violência sexual^(79,98). Choudhary et al.⁽⁷⁹⁾ em estudo que incluiu 61.187 pessoas, de ambos os sexos, encontraram que as mulheres de cor branca (73,7%), com menos de 54 anos (67%) e casadas (65,5%) tiveram maior probabilidade de sofrer violência sexual. Ser do sexo feminino aumenta em 36,4% a ocorrência da violência sexual intrafamiliar e 50,4% a chance de ocorrência de violência sexual na comunidade⁽⁹⁷⁾. Ainda, as notificações de violência sexual, pelos profissionais de saúde, em adolescentes até 15 anos, no Brasil, foram 2,8 vezes maior nas mulheres quando comparadas aos homens⁽⁶³⁾. Na população com 60 anos ou mais as mulheres tiveram maior notificação de violência sexual do que os homens, 6,0% para 1,2%, respectivamente⁽⁶⁸⁾.

Estudos^(6,29) apontam que *ter múltiplos parceiros* aumenta o risco de sofrer violência sexual para a mulher. Francisco et al.⁽⁶⁴⁾, em estudo realizado na Uganda, com homens e mulheres de 18 a 49 anos, verificaram que ter parceiro extraconjugal aumentou em quatro vezes a probabilidade de sofrer violência sexual. Por outro lado, as mulheres sem parceiro atual, mas que foram casadas, tiveram mais chance de reportar violência sexual em estudo desenvolvido no Brasil⁽³⁵⁾.

Em síntese, os estudos apontam que mulheres jovens solteiras, que fazem uso de bebida alcoólica ou convivem em ambiente doméstico, com situação de alcoolismo, e mulheres com mais de 25 anos de idade, casadas, com baixa escolaridade, baixa autonomia, sem renda própria, que convivem com um ou mais parceiros íntimos, que fazem uso de bebida alcoólica e tem baixa escolaridade tem maior risco para sofrer violência sexual. O reconhecimento destes fatores pode apontar para ações a serem desenvolvidas na prevenção das violências sofridas pelas mulheres. Outra forma de reconhecer a violência sofrida é a partir da identificação das suas consequências na saúde das mulheres.

Na sequência as consequências da violência sexual para a saúde das mulheres, de acordo com os estudos encontrados nesta revisão, são apresentadas.

3.1.3 Violência Sexual contra a Mulher: Consequências

Na revisão de literatura, das 71 publicações, 34 abordaram as consequências da violência sexual na saúde mental e física da mulher agredida. Neste item, inicialmente aborda-se as repercussões na saúde mental, como sentimentos de ansiedade, culpa, baixa autoestima, estresse pós-traumático, depressão e a ideação suicida, para, em seguida, descrever as repercussões físicas desta agressão, entre elas, o limiar de dor elevado, a morbidade ginecológica, a gravidez indesejada e as infecções sexualmente transmissíveis.

Com relação as repercussões na saúde mental, ressalta-se que a sua gravidade está relacionada com as circunstâncias da agressão sexual. Quando a agressão inclui a penetração vaginal ou anal, quando o ato resulta em lesões físicas ou o agressor faz o uso de uma arma para intimidação as repercussões tendem a ser maiores⁽⁸⁴⁾. Ainda, o uso de força física e a revitimização na violência sexual podem contribuir para ampliar as consequências negativas na saúde mental das mulheres^(30,81,88).

Outro agravante ocorre quando a violência sexual é cometida por parceiro íntimo ou familiar. Nestes casos tende a acontecer por um período mais prolongado de tempo e a deixar mais sequelas psicológicas, uma vez que o agressor é uma pessoa de confiança, afetivamente próxima, com quem, na maioria das vezes, o convívio é mantido^(91,97). O aparecimento de consequências psicológicas negativas, está relacionado também à vulnerabilidade psicológica da pessoa agredida e a falta de rede de apoio familiar e social⁽⁸⁴⁾. O impacto da

violência sexual na saúde se estabelece de forma mais prolongada quando a mulher agredida não pode contar com uma rede de apoio de amigos e familiares⁽⁸⁵⁾.

A violência sexual repercute na saúde mental da mulher agredida levando a quadros de ansiedade e distúrbios psicossomáticos, afetando em curto e longo prazo sua vida familiar, social e sexual⁽⁹⁴⁾. O sentimento de culpa foi identificado em 48,3% das mulheres que sofreram agressão sexual e a baixa auto estima em 59,7%, além disso foi identificado estresse pós traumático em 44,5% das mulheres⁽⁸⁴⁾.

O estresse pós traumático é uma das consequências psicológicas da violência sexual evidenciada em vários estudos^(74,81,84,98), se caracteriza por sintomas que envolvem altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo agredido tem a impressão de estar revivendo o evento traumático.

Mulheres que sofreram violência sexual apresentaram 4 vezes mais estresse pós-traumático na vida, e no mês anterior à pesquisa, quando comparadas àquelas que não sofreram esta agressão⁽⁷⁵⁾. Pesquisa, com 3.001 mulheres americanas⁽⁸⁸⁾, confirmou que o transtorno de estresse pós-traumático está associado ao histórico de estupro e de estupro facilitado pelo uso de drogas e álcool.

Em estudo com adolescentes canadenses, abusadas sexualmente, 27,8% apresentaram sintomas de estresse pós-traumático. Entre as adolescentes que sofreram violências sexuais com penetração, 30,9% tiveram maior incidência de sintomas de estresse pós-traumático, quando comparadas àquelas que não relataram este ato. Outro dado encontrado, a ser ressaltado, é que as adolescentes que relataram mais de um episódio de agressão sexual eram mais propensas a apresentar os sintomas de estresse pós traumático (34,7%) em comparação com àquelas que relataram apenas um episódio⁽⁷⁸⁾.

Ainda, as mulheres que sofreram violência sexual com uso da força física, comparadas com as mulheres que reportaram violência sexual sem o uso da força física, tiveram significativamente mais sintomas de estresse pós-traumático⁽³⁰⁾. Estas consequências na saúde mental perduram ao longo do tempo com graus de gravidade diferentes. Pesquisadores no Brasil⁽¹⁰⁰⁾ identificaram que no primeiro mês após o evento de violência sexual, 43,0% das mulheres sofriam estresse pós-traumático moderado ou muito grave e, após 6 meses, a prevalência foi ainda de 21,0%.

A depressão foi uma consequência da violência sexual apontada por mulheres, nos estudos^(79-80,88,90). Entre aquelas que reportaram violência sexual houve maior probabilidade de serem diagnosticadas

com depressão, quando comparadas àquelas que não reportaram essa agressão⁽⁷⁹⁾. Estudo desenvolvido com mulheres na menopausa⁽⁸³⁾ identificou que entre aquelas que sofreram violência sexual os níveis de depressão foram significativamente mais altos, quando comparadas as que não sofreram. O estudo apontou ainda, que a violência sexual é entre as violências, a que acarreta piores consequências para a saúde feminina na fase do climatério.

Além da depressão, a ideação suicida foi significativamente mais alta para quem sofreu agressão sexual^(71,77,99). Estudo desenvolvido por Kiani et al.⁽⁹⁶⁾, com mulheres iranianas, identificou que 53,1% das que sofreram violência sexual por parceiro íntimo nutriam pensamentos suicidas. Enquanto, 39,8% dos adolescentes estudantes, do interior de São Paulo, com histórico de violência sexual, salientaram ter pensado em suicídio e 16,5% declararam ter tentado. Entre as adolescentes do sexo feminino 57,6% pensaram em se matar, enquanto no sexo masculino, 22,6% relataram este pensamento⁽⁹³⁾. O histórico de abuso sexual associado a ideação suicida e planejamento suicida, foi associado com os comportamentos de automutilação⁽⁷³⁾, em estudo na Malásia, que envolveu adolescentes, entre 17 e 18 anos, 2.174 mulheres e 2.407 homens.

Ainda, a agressão sexual faz crescer o risco de abuso de drogas⁽⁹⁸⁾. Este achado foi corroborado por McCauley et al.⁽¹⁰¹⁾ ao identificarem que o histórico de violência sexual foi associado com maior probabilidade de uso de drogas lícitas e ilícitas. Pesquisa realizada na Noruega⁽⁹⁵⁾ que envolveu 6.471 mulheres, entre 30 e 60 anos, verificou que 7% das mulheres que sofreram violência sexual reportaram compulsão alcoólica, 7,7% o uso de maconha e 1,9% de outras drogas ilícitas. A violência física e/ou sexual foi significativamente associada com o uso de psicofármacos, ansiolíticos e antidepressivos.

Além das consequências para a saúde mental, sofrer violência sexual foi significativamente associada com a saúde frágil das mulheres⁽⁹⁸⁾. Mulheres sexualmente abusadas tiveram limiar de dor elevado, e classificações de intensidade de dor superiores, apresentaram menor tolerância à estimulação dolorosa e maior somatização, quando comparadas ao grupo controle que não sofreu violência sexual⁽⁸⁶⁾.

Ainda, a violência sexual foi associada com desconforto maior durante o exame vaginal, angústia e constrangimento relacionados aos exames médicos ginecológicos^(87,89). Mulheres que sofreram violência física, sexual, ou ambas, tiveram mais chance de reportar sintomas de morbidade ginecológica^(76,82). Outras graves consequências para a saúde

de mulheres que sofrem violência sexual são contaminação por infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada⁽⁷²⁾. Estudo com 6.879 mulheres americanas que sofreram violência sexual⁽⁹²⁾ verificou que 1,3% delas contraiu uma infecção sexualmente transmissível e 1,7% ficou grávida. Penetrações vaginais e anais sem proteção expuseram 96,5% das mulheres adultas e adolescentes às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo hepatite viral e HIV, segundo pesquisa no Brasil⁽²⁶⁾, o risco para essas doenças foi 14,0% maior para os casos em que ocorreu penetração vaginal e anal, simultaneamente, durante a violência sexual.

Os estudos demonstram que a violência sexual é um evento traumático, com efeitos potencialmente devastadores sobre a saúde física e mental das mulheres. Estudar a violência sexual em mulheres, fatores associados e consequências, é uma importante forma de contribuir para diminuir a invisibilidade desta realidade vivenciada por inúmeras mulheres. Não se pode deixar de apontar que muitas situações de violência contra a mulher não são identificadas, por não ser informada, por medo, vergonha ou receio de se expor e ser mal interpretada.

Este estudo vem ao encontro de um dos desafios que o setor saúde está sendo convocado, dar visibilidade as violências a que as mulheres estão sendo expostas, colaborando para chamar atenção para os seus direitos e para as questões de gênero. Neste contexto, políticas públicas voltadas para à mulher, em especial a mulher em situação de violência sexual, são imprescindíveis para o enfrentamento. O próximo item discorre sobre os movimentos internacionais e nacionais que resultaram em políticas públicas na busca da garantia dos direitos da mulher.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

As políticas públicas são definidas como diretrizes e princípios norteadores das ações do poder público que objetivam atender às demandas de grupos sociais vulneráveis, a fim de ampliar ou efetivar o direito à cidadania⁽³⁸⁾. Historicamente essas políticas foram desenhadas e aplicadas por grupos sociais que dominam a sociedade, nos quais as mulheres não estavam presentes, nem na tomada de decisões, nem como destinatárias específicas das políticas públicas elaboradas⁽¹⁰⁶⁾.

Destaca-se ainda que o reconhecimento da violência contra a

mulher, como um problema que afeta a saúde, exige, para seu enfrentamento, a formulação de políticas específicas e a organização de práticas de serviços peculiares ao setor saúde⁽¹⁰⁷⁾.

A seguir apresenta-se alguns dos movimentos e marcos que conduziram a implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra a mulher. Inicialmente destaca-se àquelas de âmbito internacional, para depois discorrer sobre o cenário nacional. Por fim, aborda-se a atenção às mulheres em situação de violência sexual, campo do qual provem os dados para este projeto.

Em termos históricos, somente a partir do final de década de 1960 e meados de 1970, as ações desencadeadas contra as mulheres, em nome de pretensas diferenças biológicas e culturais, chamaram a atenção de grupos ativistas, de governos e da comunidade internacional. Essas ações colaboraram para que a violência contra a mulher entrasse na pauta de convenções e tratados internacionais, assim como outras ações que objetivaram romper a desigualdade de gênero instaurada por longas práticas sexistas⁽¹⁰⁸⁾. Iniciou-se, então, o processo de conscientização sobre a necessidade da criação de mecanismos institucionais para a redução das violências contra as mulheres⁽¹⁰⁹⁾. Essas convenções e tratados resultaram em documentos internacionais que contribuíram para a construção de compromissos e legislações com objetivo da diminuição da violência contra a mulher e a garantia de seus direitos.

A seguir, serão descritas àquelas julgadas mais importantes para a compreensão histórica em termos de políticas públicas internacionais para o enfrentamento da violência contra a mulher. Optou-se por apresentá-las de acordo com o ano em que ocorreram, trazendo pontos de destaque.

A *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)*⁽¹¹⁰⁾ (1979), realizada pela ONU, é o primeiro tratado internacional que dispõe sobre os direitos humanos das mulheres, a busca da igualdade de gênero e a repressão de qualquer discriminação contra as mulheres. É considerada a carta dos direitos humanos das mulheres⁽¹¹¹⁻¹¹²⁾, proposta como parâmetro mínimo das ações estatais na promoção dos direitos humanos das mulheres e na repressão às suas violações pelos países que a adotam⁽¹¹³⁾.

A *segunda Conferência Mundial sobre a Mulher* (1980), ocorreu em Copenhague, na Dinamarca⁽¹¹⁴⁾. O relatório, declara que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e que “todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, religião ou qualquer outra condição”^(115, p.1).

Na *Conferência Mundial do Final da Década da Mulher* (1985) a ONU declarou os anos de 1976 a 1985 como a Década da Mulher. No final desse período, essa organização realizou em Nairóbi, no Quênia, uma conferência que, entre outras pautas, discutiu o domínio e o controle de propriedade das mulheres, bem como melhorias nos seus direitos em relação à herança, à guarda dos filhos e à perda da nacionalidade⁽¹¹⁶⁾.

A *Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher* (1993) faz parte da Declaração e Plataforma de Ação da III Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena. Essa declaração da ONU é considerada um marco para o “nascimento do feminismo global” por reconhecer a urgente necessidade da aplicação universal às mulheres dos direitos e princípios de igualdade, segurança, liberdade, integridade e dignidade. Definiu a violência contra a mulher como uma violência de gênero e o compromisso por parte dos Estados para a sua eliminação⁽¹¹⁷⁾, criou, pela primeira vez, uma clara classificação das diferentes formas de violência⁽¹¹⁸⁾.

A *Conferência sobre Violência e Saúde* (1994) realizada em Washington, nos Estados Unidos, pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), destacou os movimentos feministas que propunham ações relativas ao gênero e à violência^(36,119). Também a força do feminismo, no diagnóstico situacional e nas propostas relacionadas às questões de gênero, se destacaram no documento de conclusão dessa conferência⁽¹²⁰⁾.

Considerada a convenção em que os direitos da mulheres foram reconhecidos, a *Convenção de Belém do Pará* (1994) foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, em 6 de junho de 1994. Definiu a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseada nas diferenças de gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada. Apontou, ainda, direitos a serem respeitados e garantidos, deveres dos Estados participantes e definiu os mecanismos interamericanos de proteção⁽¹²¹⁾.

A *IV Conferência Mundial sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz* (1995), conhecida como Conferência de Beijing, teve por objetivos garantir à mulher o respeito de sua integridade física, mental e moral; o direito à liberdade e à segurança pessoais; o direito à dignidade inerente à sua pessoa e à proteção de sua família; o direito à igual proteção perante a lei e da lei; o direito à igualdade de acesso às funções públicas de seu país, inclusive na tomada de decisões. Definiu os direitos das mulheres como direitos humanos, e se comprometeu com ações

específicas, para garantir o respeito a esses direitos⁽¹⁸⁾.

A *Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* (2000) estabeleceu os objetivos para o desenvolvimento do milênio, publicada em 2000, tendo a abordagem de gênero integrada em muitos dos seus objetivos propostos, o 3º objetivo, estabelecido como o de promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher, e o 5º objetivo propõe reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna⁽¹²²⁾.

Essas conferências e declarações internacionais influenciaram na regulamentação das políticas de atenção às mulheres em situação de violência no Brasil, com destaque às publicadas a partir dos anos de 1980, que enunciaram e definiram um conjunto de direitos humanos mínimos.

O Brasil ratificou, em 1994, a declaração de combate à discriminação contra a mulher. Em 1995, aprovou e aderiu à Conferência Mundial de Beijing e à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Esta última, conhecida também como a Convenção de Belém do Pará, foi um instrumento importante para impulsionar a implementação de políticas e legislações para o combate da violência contra as mulheres no Brasil⁽¹²³⁾. Em março de 2001, o governo brasileiro assinou o Protocolo Facultativo à CEDAW e, em 2002, ratificou-o, assumindo mecanismos para monitorar o exercício efetivo dos direitos das mulheres⁽¹¹³⁾.

Os compromissos assumidos pelo governo brasileiro foram impulsionados pelos movimentos que deram visibilidade à violência contra a mulher no país. Desde os primeiros anos, da década de 1980, surgia um ativo movimento feminista no Brasil em defesa da saúde da mulher e na luta contra a violência. Neste período, o assassinato no país de mulheres, por maridos e ex-maridos, mobilizou o movimento de mulheres para evitar a impunidade dos agressores, que tinha como base de defesa o argumento da legítima defesa da honra. Essa movimentação deu visibilidade à violência por parceiro íntimo, trazendo a discussão para o âmbito das políticas públicas. A criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, em 1985, bem como a constituição da primeira Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo, são reflexos dessas mobilizações⁽¹²⁴⁾.

A partir dos anos de 1990 esse movimento ampliou a discussão da violência contra a mulher para três campos principais: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social⁽¹²⁸⁾. Ressalta-se que, ainda hoje, a violência é concebida como do âmbito da segurança pública e do judiciário, com a lenta inclusão dessa questão na agenda da saúde⁽¹²⁵⁾.

A atenção às mulheres em situação de violência sexual está entre os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, na qual se destaca a proposição de expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres em situação de violência. Para isso, propõe uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual⁽³⁹⁾.

Essa política de atenção à saúde da mulher iniciou como um programa, em 1994, e passou a ser uma política em 2004, incorporando a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual⁽³⁸⁾.

Entretanto, Vasconcelos et al.⁽¹²⁶⁾ questionam a real implementação dessa política, destacando que a integralidade da assistência não é efetivada na prática pelos serviços. Enfatizam que, para acontecer, seria necessário maior controle social no que tange à implantação e avaliação dessas políticas, assim como a sua efetivação pelos gestores e profissionais que atuam diretamente com o público feminino. No entanto, reconhecem o avanço da proposta e da inclusão de temas como o abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. As ações dessa política recebem algumas críticas por estarem voltadas a ações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos⁽¹²⁷⁾ e, desde 2011, para a atenção obstétrica com a implantação da Rede Cegonha⁽¹²⁸⁾.

Para além do setor saúde, numa ação intersetorial, outro importante marco na construção de políticas públicas, voltadas ao enfrentamento das violências cometidas contra as mulheres, ocorreu em janeiro de 2003, com a criação da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), ligada à Presidência da República. Em julho de 2004, essa Secretaria fomentou a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que subsidiou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, publicado em 2005, traduzindo em ações o compromisso do Estado em enfrentar a violência contra a mulher e as desigualdades de gênero⁽¹²⁹⁾.

O Plano Nacional de Política para as Mulheres tem por objetivos: - implantar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, contribuindo para garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência, reduzir os índices de violência, - garantir o cumprimento dos instrumentos e acordos internacionais e, - revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres⁽¹²⁹⁾. O conceito de enfrentamento não se

restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres, que são eixos estruturantes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres⁽¹¹⁾. Entre as diretrizes dessa política estão incentivar a formação e capacitação de profissionais para o enfrentamento da violência contra as mulheres, em especial no que tange à assistência, à estrutura das redes de atendimento à mulher em situação de violência nos estados, municípios e no Distrito Federal⁽¹¹⁾.

Em 2006, um marco nacional importante foi a publicação da Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, legislação reconhecida, pela ONU, como uma das melhores do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres⁽¹³⁰⁾, reconhece a situação de fragilidade e de extremo perigo em que a violência doméstica e familiar coloca a mulher e, desta forma, determina para o Estado a responsabilidade de prevenir as situações de violência, proteger e dar assistência, ajudar na reconstrução de sua vida, e ainda punir os agressores⁽⁴²⁾. Resultado de luta histórica dos movimentos feministas e de mulheres por uma legislação contra a impunidade no cenário nacional, essa lei cria meios de atendimento humanizado às mulheres, agrega valores de direitos humanos à política pública e contribui para educar toda a sociedade⁽¹³⁰⁾.

Em 2007, aconteceu a segunda Conferência Nacional de Política para as Mulheres, organizada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, a terceira ocorreu em 2011. Esta última foi a base para o III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015), que tem como princípios orientadores a autonomia das mulheres em todas as dimensões da vida; a busca da igualdade efetiva entre mulheres e homens; o respeito à diversidade e o combate a todas as formas de discriminação; o caráter laico do Estado; a universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; a participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas; a transversalidade como princípio orientador de todas as políticas públicas⁽¹²⁹⁾. Esses planos representam um passo importante no diálogo e articulação entre governo e sociedade na busca de maior efetividade no enfrentamento da violência de gênero⁽¹³¹⁾.

O Programa “Mulher, Viver sem Violência” foi lançado em 2013, pela Presidência da República, com objetivo de integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência, articulando os serviços de saúde, justiça, segurança pública, rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Entre seus eixos está a implementação da Casa da Mulher Brasileira, local que

concentra serviços de atendimento à mulher em situação de violências e a ampliação do Ligue 180, transformado em serviço de denúncia de violências⁽¹³²⁾.

Com relação à violência sexual, o governo brasileiro reconhece essa violência como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública. Pauta-se para isso nos acordos internacionais, dos quais o Brasil é signatário, em especial a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994), e na legislação nacional vigente – a Constituição Federal, o Código Penal, a Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), entre outros – para normatizar a atenção às mulheres em situação de violência sexual⁽³⁹⁾.

É importante enfatizar que, apesar das normativas, persistem desafios para a garantia da atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do país. Para Bernz et al.⁽¹³³⁾ garantir a atenção integral às mulheres em situação de violência faz-se necessário, além da difusão de cultura de direitos e equidade de gênero, oportunizar suporte teórico-prático para os profissionais detectarem as situações de violência, encontrarem as formas de abordar a mulher e dar acompanhamento ao caso.

Na continuidade, destaca-se a atenção à saúde das mulheres em situações de violência sexual no Brasil, bem como algumas considerações a respeito dessa prática no país.

3.3 ATENÇÃO SAÚDE DA MULHER AGREDIDA SEXUALMENTE

O setor saúde tem papel fundamental na atenção às mulheres agredidas sexualmente com o objetivo de minimizar os danos e as sequelas decorrentes dessas situações⁽³⁹⁾. É importante destacar o desafio para os profissionais nos serviços de saúde em realizar a atenção às mulheres, na situação de violência, como um cuidado integral⁽¹³¹⁾.

Cabe ressaltar que, por vezes, a mulher que está sofrendo os agravos físicos, psicológicos e sociais, decorrentes da violência sexual, ao pedir ajuda, está sujeita a ser submetida à outra violência: a do preconceito, do julgamento e da intolerância⁽¹³⁴⁾.

Neste sentido, é importante destacar que a formação para a atenção à pessoa em situação de violência sexual não está integrada aos currículos de graduação nem nas formações realizadas em serviço, o que pode contribuir para a fragilidade da atuação dos profissionais. Além disso, o desconhecimento das legislações e normas técnicas vigentes contribui para a invisibilidade da demanda e para a prestação de

assistência nem sempre adequada⁽¹³⁵⁾.

Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo⁽¹³⁶⁾, em dezenove serviços de saúde de atenção primária, verificou que a violência física e (ou) sexual por parceiro íntimo na vida foi de 45,3%, e por outros agressores, de 25,7%. No entanto, o registro de episódios de violência pelos profissionais de saúde nos prontuários de atendimento ocorreu em apenas 3,8% dos casos, demonstrando a dificuldade de identificação, por parte dos profissionais de saúde, das violências que chegam aos serviços. O despreparo dos serviços públicos para o atendimento faz com que muitas mulheres não denunciem os agressores e a violência sofrida, nem procurem a assistência necessária⁽¹³⁴⁾.

Os profissionais de saúde nem sempre estão preparados para cumprir as atribuições na atenção às situações de violência sexual⁽¹³⁷⁾. Estudo com acadêmicos do último ano de medicina, enfermagem e odontologia, de uma universidade federal do Sul do Brasil, constatou a dificuldade do profissional de saúde em identificar pessoas em situação de violência no desempenho de suas atividades, o que acaba contribuindo para a invisibilidade da violência e a dificuldade no atendimento às pessoas nessa situação⁽¹³⁸⁾. Com frequência, os profissionais de saúde são os primeiros a serem informados sobre episódios de violência. No entanto, essa violência informada está mascarada por outros problemas ou sintomas, passando desta forma não percebida pelos serviços de saúde⁽³⁷⁾.

Outro fator a ser destacado é a dificuldade das mulheres em relatar os episódios de violência sexual. Mesmo ocorrendo com tamanha frequência, essas situações não são reveladas facilmente. Há a naturalização das violências e a aceitação cultural destas, o que produz (e é produzido pela) banalização⁽¹⁹⁾.

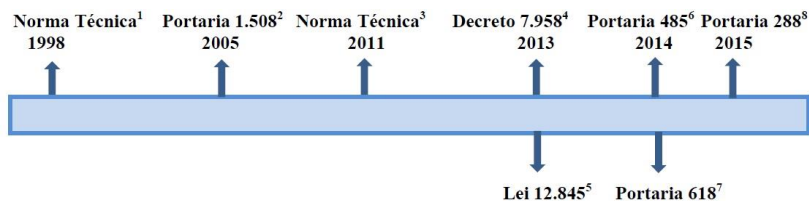
A falta da abordagem dessa temática pelos profissionais, nos seus atendimentos, dificulta a identificação das situações de violências vivenciadas pelas mulheres. Um dos fatores que leva a essa situação é a menor adesão dos profissionais de saúde na busca por situações de violência sexual entre frequentadoras dos serviços de saúde⁽²⁴⁾. Moraes et al⁽⁸³⁾ desenvolveram estudo, em São Paulo, com mulheres que sofreram violência, os resultados apontaram que 75% das mulheres relataram que teriam pedido ajuda caso o profissional tivesse abordado a violência durante atendimento, e 17,7% disseram que não contariam sobre a violência sofrida, mesmo questionadas. Essas mulheres sugeriram que os profissionais precisam dar mais abertura para as pessoas falarem, precisam passar mais segurança (58,1%), e que o profissional deve estimular as mulheres a não aceitar a violência e fazer

a denúncia (20,2%). O setor saúde ainda encara o tema como questão de cunho policial, o que provoca certa paralisia pelo temor de envolvimento com a justiça⁽¹³⁹⁾.

Esses fatores apontam para a necessidade de maior divulgação da temática, visando o empoderamento das mulheres, o preparo e a capacitação dos profissionais de saúde para assegurar um atendimento comprometido e de qualidade à mulher em situação de violência sexual⁽¹³⁶⁾.

O governo brasileiro tem construído normas técnicas, portarias e decretos com o objetivo de garantir a atenção às mulheres em situação de violência sexual. A linha do tempo (Figura 2) demonstra a evolução histórica dessas normativas. Observa-se maior concentração a partir do ano de 2013 de decretos e portarias que objetivam organizar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual.

Figura 2 - Linha do Tempo das Principais Normativas Brasileiras para a Atenção à Saúde das Mulheres em Situação de Violência Sexual.



Fonte: Saúde Legis.⁽¹⁴⁰⁾

A seguir, aborda-se os documentos, segundo o ano de publicação, relacionando-os com aspectos voltado à atenção às mulheres em situação de violência sexual:

A *Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* (1998)¹ estabelece as condutas para o atendimento das pessoas em situação de violência sexual⁽³⁹⁾.

A *Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005*², dispõe sobre o procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em Lei, no âmbito do SUS⁽¹⁴¹⁾.

A *Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento* (2011)³, estabelece as condutas na atenção ao abortamento⁽¹⁴²⁾, pautando aspectos éticos, profissionais e jurídicos, bem como o acolhimento, a escuta e as considerações técnicas a respeito da atenção clínica ao abortamento e ao posterior planejamento sexual e reprodutivo.

O Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013⁴, estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS⁽¹⁴³⁾.

A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013⁵, dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual para todos os hospitais do SUS⁽¹⁴⁴⁾.

A Portaria 485, de abril de 2014⁶, redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, estabelecendo serviços ambulatoriais e de referência para o atendimento⁽⁴⁰⁾.

A Portaria 618, de 18 de julho de 2014⁷, altera a tabela de serviços especializados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para o serviço 165 (Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual) e dispõe sobre regras para seu cadastramento⁽⁴¹⁾.

A Portaria Interministerial 288, de 25 de março de 2015⁸, 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 Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento, ao registro de informações e à coleta de vestígios⁽¹⁴⁵⁾.

A atenção às mulheres em situação de violência sexual⁽³⁹⁾ envolve acolhimento, registro da história, exame clínico e ginecológico, exames complementares e procedimentos de acordo com o caso, com acompanhamento (incluindo o psicológico), coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e a coleta de material para identificação do provável agressor.

As ações, na área da saúde, de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres têm duas abordagens de acordo com o tempo decorrido da violência sofrida. A abordagem dos casos recentes, ocorridos até 72 horas, e a abordagem para os casos de violência sexual considerada crônica (ou seja, que ocorreu há mais de 72 horas ou é de repetição), ambas têm o objetivo de prestar assistência e reduzir os danos decorrentes da violência sofrida⁽³⁹⁾.

O serviço de saúde é responsável também pelo encaminhamento dos procedimentos de interrupção da gestação, conforme previsto no Brasil, desde 1940, pelo Decreto Lei 2.848, artigo 28, Inciso II do Código Penal, que permite o abortamento quando a gravidez resulta de violência sexual⁽⁴⁵⁾. Neste caso, exige-se o consentimento da mulher que foi estuprada ou, quando esta é incapaz, de seu representante legal. Não há necessidade de autorização judicial nem de uma sentença

condenando o autor do crime sexual para que o setor saúde preste a atenção necessária nestes casos⁽¹⁴⁶⁾. A autonomia da mulher deve ser respeitada, acatando-se eventual recusa de qualquer procedimento⁽¹⁴²⁾.

As mulheres tendem a silenciar sobre a violência sexual sofrida, seja por medo de represália, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa⁽¹⁴⁷⁾. Desta forma, é importante salientar a necessidade de atentar aos princípios de direitos humanos da não discriminação e não estigmatização da mulher que sofreu violência sexual. Vale ressaltar também a privacidade e as necessárias garantias sociais que devem ser estabelecidas, como a manutenção de uma rede de serviços para o apoio social e psicológico e para a proteção nessa situação⁽¹⁴⁸⁾.

A assistência à saúde da mulher que sofre violência sexual é prioritária. A recusa infundada ou injustificada de atendimento pode ser caracterizada ética e legalmente como omissão, não cabendo neste caso a alegação de objeção de consciência, como previsto nos casos da realização do abortamento previsto em lei⁽¹⁴⁶⁾.

Ainda, com relação aos serviços de saúde, na atenção a pessoas em situação de violência sexual, estes podem ser ambulatoriais, de referência ou de referência para a interrupção legal da gestação⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

O serviço de atenção ambulatorial oferece acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar, preenchimento da ficha de notificação/investigação e encaminhamento quando necessário. Os medicamentos para profilaxias indicadas, inclusive anticoncepção de emergência, deverão ser dispensados e administrados. Esses serviços ambulatoriais podem ser as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios de especialidades e outros, que compõem a rede de atenção⁽⁴⁰⁾.

Ao serviço de referência, além do atendimento ambulatorial, compete a organização para a coleta de vestígios e material para identificação do agressor. Essas referências poderão ser organizadas em hospitais gerais e maternidades, nos prontos-socorros, nas Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) e no conjunto de serviços de urgência não hospitalares, desde que atuem nas 24h do dia, e nos 7 dias da semana, e tenham equipe mínima, como preconiza a Portaria 485/2015. Os serviços de referência para Interrupção de Gravidez, nos Casos Previstos em Lei, desenvolvem suas ações em conformidade com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde⁽⁴⁰⁾.

Desde 2014 os serviços cadastrados no CNES como de referência para atenção a pessoas em situação de violência sexual têm o atendimento remunerado na tabela do SUS. O cadastro é realizado pelos

serviços de saúde e é público, permitindo publicizar os pontos de atenção no setor⁽⁴¹⁾.

É importante ressaltar que o setor de saúde tem papel fundamental na definição e articulação dos serviços e organizações que, direta ou indiretamente, atendem situações de violências. A atenção às pessoas em situação de violências envolve duas redes: a intersetorial e a intrassetorial. A rede intersetorial engloba a atuação de todos os órgãos e instituições que têm relação com a atenção, como a saúde, a assistência social, os sistemas de justiça, a segurança pública, o Ministério Público, a Defensoria Pública, as Varas da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar e os Conselhos de Direitos e a Sociedade Civil organizada, existentes no território. A rede intrassetorial na saúde é constituída inicialmente pelos serviços ambulatoriais e serviços de referência para atenção a pessoas em situação de violência, e pelos serviços de saúde mental, pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde⁽¹⁴⁹⁾.

A falta de uma rede de atenção estruturada é outra dificuldade enfrentada e referida pelos profissionais, o que tem dificultado a atenção integral às mulheres em situação de violência⁽¹³³⁾. Enfatiza-se que esse fato não pode ser impeditivo da atuação pelos serviços de saúde, mesmo sem a rede estruturada, tem papel fundamental na atenção e na minimização dos danos causados pela violência sexual.

O setor saúde detém também o importante papel de notificar os casos atendidos de violência sexual. Essa ação, além de dar visibilidade a esse agravo, proporciona subsídios para o diagnóstico e o planejamento nas políticas de saúde. Na sequência aborda-se o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e a notificação de violências no serviços de saúde.

3.4 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO E A NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A notificação da violência sexual, objeto deste estudo, é realizada a partir do preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências pelos profissionais de saúde e da sua inserção no sistema de informação de Agravos de Notificação – SINAN.

O SINAN foi desenvolvido no início da década de 90 com objetivo de coletar dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Iniciou em 1993 com projetos piloto, um deles

em Santa Catarina. Em 1998 foi publicada portaria ministerial tornando obrigatória a alimentação regular da base de dados pelos municípios e estados⁽¹⁵⁰⁾.

Em 2006 o SINAN incorporou a Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA implantado inicialmente nos serviços sentinelas, por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006. O instrumento de vigilância, a ficha de notificação /investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências foi construída por gestores e profissionais de saúde das três esferas que compõem o SUS, de instituições de ensino e pesquisa e parcerias não governamentais⁽¹⁵¹⁾. Mais uma vez em 2007, Santa Catarina foi um dos locais piloto na implantação do SINAN VIVA.

Atualmente dois componentes de vigilância fazem parte do VIVA: 1- VIVA/Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que faz a vigilância contínua da violência doméstica, sexual e/ou outras violências e 2-VIVA Inquérito, que atua em alguns municípios selecionados em forma de inquéritos pontuais sobre acidentes e violências em emergências hospitalares⁽¹⁵²⁾.

A vigilância por meio de inquéritos é realizada bi anualmente com dados coletados nos serviços de urgência e emergência através de amostragem. A vigilância contínua das violências e acidentes é realizada pelos serviços de saúde sendo que a Portaria GM/MS 104, de 25 de janeiro de 2011, incluiu no rol das doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

A adesão dos serviços de saúde à notificação contínua se deu de forma gradual através de pactuações entre os gestores estaduais e municipais e sob a coordenação da vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis.

O fluxograma de notificação das violências no SINAN inicia nos serviços de saúde públicos ou privados, no âmbito municipal, que realizam coleta de dados continuamente de acordo com as semanas epidemiológicas com a notificação de qualquer caso de violência sexual independente de sexo ou faixa etária.

É importante destacar que a notificação de violências é um dos componentes da assistência a pessoas em situação de violência a ser realizada pelos profissionais de saúde. Notificar possibilita dar visibilidade às violências e à assistência prestada às pessoas agredidas. O SINAN tem a responsabilidade de oferecer informações para diagnóstico de situação como subsídio para ações de enfrentamento às violências.

A violência contra a mulher, atendida nos serviços públicos e

privados no Brasil, é de notificação compulsória estabelecida pela Lei 10.778, de 24 de fevereiro de 2003. A Portaria nº 2.406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004⁽¹⁵³⁾, instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento e fluxo para notificação.

Em 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n.º 1968/GM, normatizando a Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes pelos Profissionais de Saúde. Essa publicação ratificou o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente, tornando compulsória para toda a rede de saúde a notificação aos Conselhos Tutelares e às Secretarias Municipais de Saúde de quaisquer formas de violências contra menores de 18 anos de idade⁽¹⁵⁴⁾.

A notificação pelo profissional de saúde à autoridade competente de todo o caso de violência sexual está determinada no código penal brasileiro, que estabelece pena de seis meses a dois anos e multa para o descumprimento⁽⁴⁵⁾.

A Lei das Contravenções Penais, Decreto Lei 3.688 de 3 de outubro de 1941⁽⁴⁴⁾, estabelece que é crime de ação pública ter conhecimento, no exercício da função, e não comunicar a autoridade competente de qualquer crime de ação pública incondicionado à representação. Desta forma, o profissional de saúde, no exercício de sua profissão, deverá comunicar à autoridade competente toda a suspeita ou confirmação de violência sexual incondicionada. Neste grupo estão incluídos os menores de 18 anos de idade e as pessoas vulneráveis⁽¹⁴⁶⁾. A comunicação de caso de violência sexual deve ser feita ao Conselho Tutelar quando se tratar de menor de idade, e ao Conselho do Idoso, quando a pessoa tiver 60 anos ou mais⁽¹⁵⁵⁻¹⁵⁷⁾.

Em 2014 a Ficha de Notificação/Investigação de Violências passou por uma atualização com exclusão de alguns campos e inclusão de outros passando a denominar-se Ficha de Notificação/Investigação de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

Ainda, em 2014, a ação de notificação de violência sexual, além de ser compulsória, passou a ser imediata. Portanto, deve ser comunicada à vigilância epidemiológica no máximo em 24 horas, a partir do conhecimento da ocorrência do caso⁽¹⁵⁸⁾. Essa notificação imediata tem o objetivo de agilizar o atendimento à mulher agredida e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas de infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão⁽³⁹⁾. Em 2015 a notificação de violências se tornou um instrumento intersetorial, com a possibilidade de ser preenchida também por profissionais da assistência social e da educação.

É importante destacar que estudo com profissionais de saúde identificou dificuldades, por parte destes, para a notificação de violências, motivadas por medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos. O estudo apontou ainda o desconhecimento dos profissionais sobre a notificação e sobre que ações devem ser conduzidas para o enfrentamento da violência contra mulheres⁽¹⁵⁹⁾.

Apesar das dificuldades, a notificação/investigação de violências vem sendo fortalecida no país como uma ação que dá visibilidade às violências sofridas. O Estado de Santa Catarina se destaca neste processo por estar entre os que apresentam maior uniformidade de notificação e maior número de municípios envolvidos com a notificação⁽⁴⁸⁾.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado com base nos dados da violência sexual (notificada por profissionais de saúde) contra mulheres no Estado de Santa Catarina. Situado na Região Sul do Brasil, o Estado se divide em 295 municípios, 16 regiões e 09 macrorregiões de saúde, com uma população de 6.383.286 habitantes em 2012. Na distribuição populacional, as mulheres representam 50,4% da população total; com 10 anos e mais de idade, correspondem a 43,78% do total da população feminina⁽¹⁶⁰⁾.

Dos 295 municípios catarinenses, 58,7% têm população menor do que 10.000 habitantes, os quais acumulam 12,9% da população estadual. Somente 12 municípios contam com mais de 100.000 residentes, concentrando 42,7% da população do Estado. Destes, apenas 4 têm mais de 200.000 residentes, e concentram 23,3% da população⁽¹⁶¹⁾. No ano de 2011 foram emancipadas dois municípios, chegando-se ao total de 295. Joinville é o município com a maior população, 515.288 habitantes em 2012 e Florianópolis, a capital do Estado⁽¹⁶²⁻¹⁶³⁾.

Na economia, o Estado ocupa a quarta posição no *ranking* nacional, tendo o maior PIB *per capita* da Região Sul do país (R\$ 24.398,42 em 2010)⁽¹⁶⁴⁾. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é o segundo do país (0,840), e no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) tem 11 municípios entre os primeiros 50 classificados no país. Apresenta o segundo menor analfabetismo do Brasil (3,9%)⁽¹⁶³⁾ e a maior escolarização de pessoas de 6 a 14 anos (99,2%)⁽¹⁶²⁾. Tem 1,5% de domicílios com renda *per capita* de até ¼ do salário mínimo (pobreza extrema)⁽¹⁶²⁾, com índice de desigualdade (índice GINI) de 0,445, ao passo que o do Brasil é de 0,508⁽¹⁶⁵⁾.

Com relação a emprego, renda e escolaridade das mulheres no Estado, pesquisa em 2014, indica que 44,1% das vagas de emprego em Santa Catarina são preenchidas por mulheres, destas 59,7% tem curso

superior completo. A diferença salarial entre homens e mulheres é expressiva, o salário médio das mulheres é 85% do recebido pelos homens. Entre os trabalhadores com escolaridade até o 5º ano incompleto, as mulheres recebem 86,9% do salário médio de contratação dos homens. Esse percentual cai para 83,3% para as mulheres com o curso superior completo⁽¹⁶⁶⁾.

Na atenção à saúde da população, 75,2% são atendidos por equipes de saúde da família. São 1.533 equipes atuando, 217 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 85 Centros de Atenção Psicossocial⁽¹⁶⁷⁻¹⁶⁸⁾. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁽¹⁶⁹⁾, Santa Catarina tem 207 hospitais gerais e 18 hospitais especializados que potencialmente são portas de entrada para a atenção à vítima de violência sexual, por meio dos serviços de urgência e emergência, principalmente nos eventos acontecidos até 72 horas. São 70 os serviços de saúde que se cadastraram no CNES na especialidade de atenção à pessoas em situação de violência sexual. Destes, 56 efetuaram o cadastro como serviço de atenção ambulatorial e 14 como serviço de referência. Ainda, 4 informam no CNES ser referência para a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

Santa Catarina tem cadastradas no SINAN 242 unidades notificadoras de violências⁽¹⁷⁰⁻¹⁷¹⁾. Na atenção à saúde das pessoas em situação de violência sexual, desde 2008, o Estado tem implementado ações nos 11 municípios, com mais de 100 mil habitantes, para que estruturarem redes de atenção a pessoas em situação de violência, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Este projeto trata de um estudo das violências sexuais contra mulheres notificadas pelos profissionais de saúde com o preenchimento e inserção no SINAN das Fichas de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e (ou) Outras Violências⁽¹⁷²⁾. O banco de dados utilizado é do SINAN VIVA Contínuo, obtido na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica, setor de Sistemas de Informação.

Definiu-se para este estudo, a faixa etária das mulheres a partir dos 10 anos de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde⁽³⁸⁾. A delimitação do período a partir de 2008 ocorreu em função das informações no banco estadual do SINAN estarem completas a partir deste ano, e, o término em 2013, devido as alterações realizadas na ficha de notificação de violências pelo Ministério da Saúde em 2014, não permitindo uniformidade nas informações disponíveis.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Notificações de violências sexuais contra mulheres de 10 anos e mais de idade, residentes em Santa Catarina, no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o estudo, incluíram-se todas as notificações das unidades de saúde digitadas no sistema SINAN, nos anos de 2008 a 2013, dos casos de violências sexuais contra mulheres a partir de 10 anos de idade.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as notificações de violência sexual contra mulheres de 10 anos e mais não residentes em Santa Catarina.

4.6 VARIÁVEIS

Nos Quadros 2, 3, 4 e 5, estão descritas as variáveis independentes incluídas no estudo a partir da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e (ou) outras violências relacionadas à mulher agredida, à agressão, ao agressor e ao atendimento no serviço de saúde.

Quadro 2 - Variáveis Relacionadas à Mulher Agredida.

Variáveis	Natureza	Descrição
Idade	Qualitativa Ordinal	10 a 14 anos; 15 a 19 anos - adolescentes ⁽¹⁷³⁾ 20 ou mais anos -adultas
Escolaridade (anos de estudo)	Quantitativa Discreta	0 - 4 anos; 5 - 8 anos; 9 - 11 anos; 12 anos e mais
Cor da Pele	Qualitativa nominal	Branca; preta; amarela; parda; Indígena
Situação Conjugal	Qualitativa nominal	Solteira; casada/união consensual; viúva/separada
Continua...		

Variáveis	Natureza	Descrição
Conclusão		
Ocupação	Qualitativa nominal	Estudante; empregada (todas as categorias – CBOs*); outras (aposentada, dona de casa, desempregada)

*Código Brasileiro de Ocupações

Quadro 3 - Variáveis Relacionadas à Agressão.

Variáveis	Natureza	Descrição
Violência de Repetição	Qualitativa nominal	Sim; não
Local de Ocorrência	Qualitativa nominal	Residência (residência e habitação coletiva); rua (via pública); outro (escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio ou serviços, indústrias, construção)
Turno de Ocorrência	Qualitativa nominal	Noite; madrugada; tarde; manhã
Violência Sexual por Tipo de Penetração	Qualitativa nominal	Vaginal; anal; oral. Mais de um tipo de penetração (vaginal + anal; vaginal + oral; vaginal + oral + anal; anal + oral). Sem penetração.
Consequências para a mulher agredida	Qualitativa nominal	Tentativa de suicídio; IST*; gravidez
Evolução	Qualitativa nominal	Óbito

* Infecções Sexualmente Transmissíveis

Quadro 4 - Variáveis Relacionadas ao Agressor.

Variáveis	Natureza	Descrição
Sexo do provável autor da agressão	Qualitativa nominal	Masculino; feminino; ambos os sexos
Número de envolvidos	Qualitativa nominal	Um, dois ou mais.
Vínculo com a mulher agredida	Qualitativa nominal	Parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado); conhecido/amigo; familiar (pai, mãe, padrasto, madrasta, filho (a), irmão(a)); desconhecido; outros (cuidador(a), patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, outros).
Suspeita de uso de álcool	Qualitativa nominal	Sim; não

Quadro 5 - Variáveis Relacionadas ao Atendimento no Serviço de Saúde.

Variáveis	Natureza	Descrição
Atendimento em até 72 horas	Qualitativa nominal	Sim ou não
Procedimentos Realizados	Qualitativa nominal	Profilaxia IST bacteriana. Profilaxia hepatite B. Profilaxia HIV*. Anticoncepção de emergência.

* Human Immunodeficiency Virus

4.7 SELEÇÃO DE DADOS

Os dados foram extraídos em 16 de maio de 2014, a partir da exportação do banco de dados estadual do SINAN VIVA Contínuo, utilizando-se do tabulador Tabwin e criando uma tabela no programa Excel com todos os casos de violências contra homens e mulheres, no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2013, totalizando 29.401 notificações. Destas 15.508 foram de violências contra mulheres de 10 anos e mais e 2.029 violências sexuais, representando 13,0% do total. Neste banco de 2.029 notificações, 15 não eram de mulheres residentes em Santa Catarina, por isso foram excluídas do estudo. O banco analisado incluiu 2.014 casos notificados de violência sexual contra mulheres de 10 anos e mais.

4.8 PROCESSO DE ANÁLISE DA QUALIDADE DO BANCO DE DADOS

O processo de análise de qualidade do banco de dados foi realizado a partir da análise das informações coletadas em relação aos critérios de *não duplicidade*, *completitude* e *consistência*. Essa análise tem por objetivo verificar o banco quanto a ser completo (conter todos os campos preenchidos), sem duplicidades e ter consistência das informações nos campos⁽¹⁷⁴⁾. De acordo com os manuais do SINAN⁽¹⁷³⁾ e Lima et al⁽¹⁷⁵⁾ estas são dimensões de qualidade da informação em uma base de dados.

Não duplicidade, definida como o grau em que, no conjunto de registros, cada evento do universo de abrangência do sistema de informação é apresentado uma única vez⁽¹⁷⁴⁾. A avaliação no SINAN ocorreu a partir da exportação de relatório para o Tabwin dos casos,

selecionando critérios de: nome/sobrenome do paciente, número da notificação, data da ocorrência, nome da mãe, data de nascimento, sexo, data de notificação da violência, unidade notificadora^(174,176).

A partir do relatório dos casos possivelmente duplicados a análise foi realizada caso a caso. Verificando a duplicidade, um foi excluído. De acordo com Abath et al.⁽¹⁷⁷⁾ definido como aceitável o percentual de duplicidade de até 5%.

Para este estudo, na análise de não duplicidade, as violências sexuais notificadas e foram encontradas 04 duplicidades de registro, 1, em 2011 e 3, em 2013, resultando um percentual de duplicidade de 0,1. As quatro informações duplicadas foram excluídas, permanecendo 2.010 notificações de violências sexuais para compor o banco de dados do estudo.

A *completitude*, definida como o grau em que os registros do sistema de informação apresentam valores não nulos. Para esta análise, os campos considerados incompletos são os preenchidos como ignorados e em branco⁽¹⁷⁴⁾. Para análise do grau de completitude das variáveis, foram adotados os critérios utilizados por Abath et al.⁽¹⁷⁷⁾ de completitude boa igual ou superior a 75,1%; regular de 75,0 a 50,1%; baixa de 50,0 a 25,1%; muito baixa igual ou inferior a 25,0%.

A *consistência* definida pelo Ministério da Saúde nos manuais do SINAN⁽¹⁷⁴⁾ como o grau em que variáveis relacionadas apresentam valores coerentes e não contraditórios. Entende-se por consistência a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados. Para a análise do grau de consistência foi empregado o parâmetro utilizado por Abath et al.⁽¹⁷⁷⁾ e Souza et al.⁽¹⁷⁸⁾, de excelente, para resultados iguais ou superiores a 90,0%, regular, de 70,0 a 89,0% e baixa inferior, a 70,0%.

Para a análise do banco de dados quanto a sua completitude e consistência foram selecionadas variáveis que atendem critérios⁽¹⁷⁴⁾ de ser de preenchimento obrigatório, ser considerada pelo Ministério da Saúde como essencial à análise epidemiológica e operacional e ser importante na análise da violência sexual para a construção do perfil do caso. Estas variáveis da Ficha de Notificação de Violências incluídas na análise de completitude e consistência, para este estudo seguiram os critérios do Ministério da Saúde⁽¹⁷⁴⁾ e de Abath et al.⁽¹⁷⁷⁾, adaptados para a violência sexual (Quadro 6).

Para a análise da completitude neste estudo selecionaram-se 59 variáveis importantes para o estudo: Raça / Cor; Escolaridade; Situação Conjugal/Estado Civil; Possui Deficiência / Transtorno; Ocupação; Gestante; Município, Horário e Local de Ocorrência; Ocorrência de

Repetição; Tipo de Violência Sexual: Outra Violência Sexual; Exploração Sexual; Pornografia; Atentado Violento ao Pudor; Estupro; Assédio Sexual; Procedimento Realizado: Aborto Previsto em Lei; Contracepção de Emergência; Coleta Secreção Vaginal; Coleta Sêmen; Coleta Sangue; Prevenção de Hepatite B; Prevenção de HIV; Profilaxia de IST; Características da Lesão: Natureza da Lesão; Parte do Corpo Atingida; Vínculo com Mulher Agredida: Outros vínculos; Própria Pessoa; Policial; Institucional; Patrão/Chefe; Cuidador; Conhecido; Irmão; Desconhecido; Filho; Ex Namorado; Namorado; Ex Cônjuge; Cônjuge; Padrasto; Mãe; Pai; Número de Agressores; Sexo autor da agressão; Autor Alcoolizado; Encaminhamento no setor de Saúde; Encaminhamento para outros setores: IML; CREAS; Centro de Referência da Mulher; Ministério Público; Outra Delegacia; Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente; Delegacia de Atendimento a Mulher; Serviço Sentinela; Casa Abrigo; Vara da Infância e Juventude; Conselho Tutelar; Evolução do Caso. Todas as variáveis foram analisadas quanto à sua completitude, para os anos de 2008 a 2013, calculando o percentual e a média de campos completos em cada ano.

A análise de completitude, conforme Tabela 1, revelou que a proporção média de preenchimento das variáveis foi de 93,3%. A menor completitude ocorreu na variável hora da ocorrência, com proporção média de 67,2% e, a maior, na variável sexo do provável autor da agressão, com 98,7%.

A seguir, complementando a análise de completitude, para verificar se houve diferença na proporção de campos preenchidos como ignorados e em branco, nos anos estudados, realizou-se o teste de tendência linear no programa estatístico Stata (*StataCorp College Station, Estados Unidos*) versão 13.0. Testou-se as mesmas variáveis em relação ao ano de ocorrência. Para 17 variáveis (28,8%) constatou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na proporção de campos ignorados ou em branco no período estudado, para 42 variáveis (71,1%) não houve diferença.

Com relação a consistência foram analisadas as combinações possíveis entre os campos, considerando o banco de notificações de violências sexuais contra mulheres de 10 anos e mais. Desta forma, foram realizadas as análises: Idade (=10 anos) x Escolaridade (5 ou mais anos); Violência Sexual (sim) x Tipo de Violência Sexual (não para todos os tipos); Tipo de Violência Sexual (pornografia infantil) x Idade (>19 anos); Sexo Autor Agressão (masculino) x Vínculo (mãe); Violência Sexual (sim) x Desfecho Final (inconclusivo/ignorado/branco); Agressor Vínculo Grau Parentesco (desconhecido) x Vínculo

Grau Parentesco (sim para qualquer outro vínculo).

Com relação à análise de consistência, a Tabela 2 demonstra que a média de 98,9% no período, sendo a menor proporção média de consistência, ocorreu entre as variáveis violência sexual e desfecho final inconclusivo/ignorado/em branco, com 96,7%.

Desta forma, o banco de dados tem um percentual de não duplicidade de 99,9%, de completitude média de 93,3% e de consistência média de 98,9%, entre as variáveis selecionadas para a análise.

Quadro 6 - Variáveis da Ficha de Notificação de Violências incluídas na análise de completitude e consistência.

Bloco de Notificação	Nome da variável	Campos da variável	Critério
Dados Gerais	Município de Notificação	Único	Obrigatório
	Unidade de Saúde de Notificação		
	Data da Ocorrência da Violência		
Notificação Individual	Idade	Único	Obrigatório
	Gestante		Importante
	Raça/Cor		
	Escolaridade		
Dados de Residência	Município de Residência	Único	Obrigatório
Dados da Pessoa Atendida	Situação Conjugal/Estado Civil	Único	Essencial
	Apresenta algum tipo de deficiência ou transtorno		
Dados da Ocorrência	Município de ocorrência	Único	Essencial
	Hora da ocorrência		Importante
	Local da ocorrência		Essencial
	Ocorreu outras vezes		
Violência Sexual	Tipo de Violência Sexual	*	Essencial
	Procedimento realizado	†	
Lesão	Natureza da lesão	Único	Essencial
	Parte do corpo atingida		
Dados do provável agressor	Vínculo/grau com a pessoa agredida	‡	Essencial
	Sexo do provável autor da agressão	Único	

Continua...

Bloco de Notificação	Nome da variável	Campos da variável	Critério
Conclusão			
Evolução e encaminhamento	Encaminhamento para o setor saúde	Único	Essencial
	Encaminhamento da mulher agredida para outros setores	§	
	Classificação final	Único	Obrigatório
	Evolução do caso		Essencial
	Data do encerramento		Obrigatório

* Tipo de violência sexual: assédio sexual; estupro; atentado violento ao pudor; exploração sexual; outros.

† Procedimento realizado: profilaxia IST; profilaxia HIV; profilaxia hepatite B; coleta de sangue; coleta de sêmen; coleta de secreção vaginal; contracepção de emergência; aborto previsto em lei.

‡ Vínculo com a pessoa atendida: pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado; ex-namorado; filho; irmão; amigo/conhecido; desconhecido; cuidador; patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; outros.

§ Encaminhamento para outros setores: Conselho Tutelar; Vara da Infância/Juventude; Casa Abrigo; Programa Sentinela; Delegacia de Atendimento à Mulher; Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente; outras delegacias; Ministério Público; Centro de Referência da Mulher; Centro de Referência da Assistência Social; Instituto Médico Legal; outros.

Tabela 1 - Número e Percentual de campos preenchidos na ficha de notificação/investigação de violência sexual segundo variável/campo de informação e ano de notificação, em Santa Catarina, 2008 a 2013.

Variáveis/campo de informação	Ano da Notificação												Média p- % valor*	
	2008		2009		2010		2011		2012		2013			
	N	%	n = 140	%	n = 248	%	n = 428	%	n = 529	%	n = 638	%		
Características														
Raça / Cor	26	96,3	138	98,5	242	97,5	419	97,9	519	98,1	616	96,5	97,5	0,67
Escolaridade	23	85,1	117	83,5	213	85,8	361	84,3	455	86,0	527	82,6	84,6	0,10
Situação Conjugal/estado civil	26	96,3	117	83,5	194	78,2	388	90,6	488	92,2	582	91,2	88,7	0,01
Possui Deficiência / transtorno	27	100,0	136	97,1	241	97,1	416	97,2	514	97,1	613	96,0	97,4	0,92
Ocupação	26	96,3	105	75,0	166	66,9	309	72,1	406	76,7	520	81,5	78,1	0,88
Gestante	23	85,1	124	88,5	218	87,9	397	92,7	502	94,8	588	92,1	90,2	0,10
Município de Ocorrência	26	96,3	127	90,7	207	83,4	416	97,2	513	96,9	613	96,0	93,4	0,01
Hora de ocorrência	14	51,8	105	75,0	169	68,1	302	70,5	371	70,1	433	67,8	67,2	0,92
Local de Ocorrência	27	100,0	135	96,4	235	94,7	397	92,7	507	95,8	610	95,6	95,9	0,96
Ocorreu outras vezes	25	92,5	130	92,8	230	92,7	394	92,0	502	94,9	585	91,6	92,8	0,19
Tipo de Violência Sexual														
Outra Violência Sexual	27	100,0	133	95,0	222	89,5	410	95,7	494	93,3	617	96,7	95,0	0,06
Exploração Sexual	27	100,0	136	97,1	233	93,9	413	96,5	497	93,9	621	97,3	96,4	0,40
Pornografia	27	100,0	136	97,1	234	94,3	410	95,7	498	94,1	621	97,3	96,4	0,78
Atentado Violento ao Pudor	20	74,0	135	96,4	234	94,3	409	95,5	500	94,5	622	97,4	92,0	<0,01
Estupro	18	66,6	107	76,4	231	93,1	415	96,9	510	96,4	629	98,5	88,0	<0,01
Assédio Sexual	25	92,5	134	95,7	231	93,1	412	96,2	522	98,6	622	97,4	95,6	0,25
Procedimento Realizado														
Aborto Previsto em Lei	21	77,7	98	70,0	184	74,1	385	89,9	465	87,9	592	92,7	82,1	<0,01
Contraceção de Emergência	21	77,7	105	75,0	198	79,8	403	94,1	478	90,3	604	94,6	85,3	0,04
Coleta Secreção Vaginal	21	77,7	101	72,1	193	77,8	396	92,5	474	89,6	590	92,4	82,6	0,02
Coleta Sêmen	27	100,0	130	92,8	221	89,1	400	93,4	471	89,0	593	92,9	92,9	0,62
Coleta Sangue	27	100,0	135	96,4	226	91,1	411	96,0	479	90,5	605	94,8	94,8	0,02

Continua...

Variáveis/campo de informação	Ano da Notificação													
	2008		2009		2010		2011		2012		2013			
	n = 27	%	n = 140	%	n = 248	%	n = 428	%	n = 529	%	n = 638	%		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Continuação														
Profilaxia Hepatite B	27	100,0	136	97,1	227	91,5	405	94,6	474	89,6	601	94,2	94,5	0,08
Profilaxia HIV	27	100,0	136	97,1	233	93,9	409	95,5	473	89,4	606	94,9	95,1	0,27
Profilaxia IST Bacteriana	27	100,0	136	97,1	233	93,9	407	95,0	474	89,6	601	94,2	95,0	0,02
Características da Lesão														
Natureza da Lesão	7	25,9	107	76,4	214	86,2	348	81,3	421	79,5	525	82,2	71,9	<0,01
Parte do corpo atingida	15	55,5	122	87,1	238	95,9	395	92,2	497	93,9	594	93,1	86,3	0,02
Vínculo com a mulher agredida														
Outros vínculos	27	100,0	135	96,4	230	92,7	413	96,5	501	94,7	613	96,0	96,0	0,45
Própria Pessoa	27	100,0	138	98,5	236	95,1	416	97,2	498	94,1	619	97,0	97,0	0,28
Policial	27	100,0	138	98,5	237	95,5	415	96,9	497	93,9	617	96,7	96,9	0,13
Institucional	27	100,0	138	98,5	237	95,5	413	96,5	494	93,3	619	97,0	96,8	0,12
Patrão/Chefe	27	100,0	138	98,5	237	95,5	414	96,7	496	93,7	618	96,8	96,9	0,02
Cuidador	26	96,3	138	98,5	237	95,5	413	96,5	496	93,7	617	96,7	96,2	0,19
Vínculo com a mulher agredida														
Conhecido	27	100,0	138	98,5	237	95,5	414	96,7	500	94,5	616	96,5	96,9	0,30
Irmão	27	100,0	138	98,5	237	95,5	414	96,7	495	93,5	618	96,8	96,8	0,37
Desconhecido	27	100,0	139	99,2	239	96,3	411	96,0	497	93,9	620	97,1	97,1	0,65
Filho	27	100,0	138	98,5	236	95,1	416	97,2	497	93,9	618	96,8	96,9	0,07
Ex Namorado	27	100,0	138	98,5	237	95,5	413	96,5	496	93,7	618	96,8	96,8	0,01
Namorado	27	100,0	138	98,5	238	95,9	412	96,2	500	94,5	618	96,8	97,0	0,20
Ex Cônjuge	27	100,0	138	98,5	237	95,5	415	96,9	497	93,9	618	96,8	96,9	0,54
Cônjuge	27	100,0	138	98,5	237	95,5	415	96,9	496	93,7	617	96,7	96,9	0,07

Continua...

Variáveis/campo de informação	Ano da Notificação												
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		
	n = 27	%	n = 140	%	n = 248	%	n = 428	%	n = 529	%	n = 638	%	
Conclusão	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Média p-valor*
Padrasto	27	100,0	138	98,5	238	95,9	415	96,9	500	94,5	618	96,8	97,1 0,60
Mãe	27	100,0	138	98,5	237	95,5	415	96,9	498	94,1	617	96,7	96,9 0,67
Pai	27	100,0	138	98,5	238	95,9	409	95,5	496	93,7	618	96,8	96,7 0,11
Informações Agressor													
Numero de Agressores	27	100,0	138	98,5	239	96,3	410	95,7	515	97,3	618	96,8	97,4 0,15
Sexo autor da agressão	27	100,0	139	99,2	243	97,9	421	98,3	524	99,0	624	97,8	98,7 0,05
Autor Alcoolizado	23	85,1	116	82,8	192	77,4	344	80,3	427	80,7	506	79,3	80,9 0,29
Encaminhamento no setor de Saúde	27	100,0	137	97,8	234	94,3	409	95,5	484	91,4	586	91,8	95,1 0,17
Encaminhamento para outros setores													
IML	27	100,0	134	95,7	240	96,7	415	96,9	500	94,5	619	97,0	96,8 0,33
CREAS	27	100,0	132	94,2	236	95,1	416	97,2	500	94,5	620	97,1	96,3 0,42
Centro de referencia da mulher	27	100,0	132	94,2	239	96,3	414	96,7	501	94,7	620	97,1	96,5 0,20
Ministério Público	27	100,0	130	92,8	237	95,5	416	97,2	506	95,6	620	97,1	96,3 0,01
Outra Delegacia	26	96,3	135	96,4	239	96,3	418	97,6	510	96,4	622	97,4	96,7 0,45
Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente	26	96,3	133	95,0	240	96,7	417	97,4	507	95,8	624	97,8	96,5 0,60
Delegacia de Atendimento a Mulher	27	100,0	132	94,2	239	96,3	416	97,2	510	96,4	619	97,0	96,8 0,01
Serviço Sentinela	27	100,0	131	93,5	237	95,5	416	97,2	501	94,7	621	97,3	96,4 0,03
Casa Abrigo	27	100,0	132	94,2	239	96,3	416	97,2	504	95,2	620	97,1	96,7 0,90
Vara da Infância e Juventude	27	100,0	131	93,5	237	95,5	418	97,6	514	97,1	620	97,1	96,8 0,91
Conselho Tutelar	27	100,0	132	94,2	244	98,3	425	99,3	516	97,5	622	97,4	97,6 0,36
Evolução do Caso	27	100,0	132	94,2	214	86,2	406	94,8	512	96,7	609	95,4	94,6 <0,01
Média													93,3

Fonte: SINAN/SFS/SC

* Teste de Tendência Linear

Tabela 2 - Numero e percentual de consistência no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência sexual segundo variáveis / campos de informação e anos de notificação, em Santa Catarina, 2008 a 2013.

Variáveis/campo de informação	Ano da Notificação											
	2008 n = 27		2009 n = 140		2010 n = 248		2011 n = 428		2012 n = 529		2013 n = 638	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idade (=10 anos) X escolaridade (5 ou mais anos)	27	100,0	137	97,8	246	99,1	419	97,9	516	97,5	628	98,4
Violência Sexual (sim) x Tipo de violência sexual (não para todos os tipos)	27	100,0	137	97,8	246	99,1	422	98,6	525	99,2	628	98,4
Tipo de violência Sexual (pornografia infantil) x Idade (>19 anos)	27	100,0	140	100,0	247	99,6	426	99,5	529	100,0	638	100,0
Sexo Autor Agressão (Masc) X vínculo (mãe)	27	100,0	139	99,2	248	100,0	425	99,3	528	99,8	635	99,5
Violência Sexual (Sim) X Desfecho final (inconclusivo/ignorado/branco)	25	92,5	136	97,1	242	97,5	418	97,6	521	98,4	618	96,8
Agressor Vínculo Grau Parentesco (Desconhecido) X Vínculo Grau parentesco (sim para qualquer outro vínculo)	27	100,0	140	100,0	247	99,6	428	100,0	529	100,0	634	99,3
Média:												98,9

Fonte: SIN-ANSES/SC

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das notificações de violência sexual contra a mulher foram analisados por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) segundo variáveis relacionadas a mulher agredida adolescente ou adulta (cor da pele, escolaridade, ocupação e situação conjugal), agressão sofrida (local, turno de ocorrência, tipo de penetração, se foi violência de repetição, lesão física, consequências e evolução), ao agressor (sexo, número de envolvidos, vínculo com a mulher agredida e suspeita de uso de álcool). Realizado o teste do qui quadrado e as diferenças com um valor p igual ou inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas. Foram calculados percentuais e os intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}).

Utilizou-se o programa estatístico Stata (*StataCorp College Station*, Estados Unidos) versão 13.0 para analisar as violências sexuais de acordo com as consequências informadas como gravidez e infecções sexualmente transmissíveis. Para a gravidez (sim ou não) as variáveis de exposição foram uma combinação entre atendimento em até 72 horas e contracepção de emergência gerando quatro categorias: não atendimento em até 72 horas e não receber contracepção de emergência; não atendimento em até 72 horas e receber contracepção de emergência; atendimento em até 72 horas e não receber contracepção de emergência; atendimento em até 72 horas e receber contracepção de emergência. As variáveis de ajuste foram idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais), escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais, ignorado) e violência de repetição (a partir da resposta se ocorreu outras vezes sim ou não). A análise ajustada foi realizada em dois níveis, no primeiro idade e escolaridade e no segundo as demais variáveis.

Para IST (sim ou não) as variáveis foram atendimento em até 72 horas, receber profilaxia para hepatite B, HIV e IST bacteriana número de agressores (um, dois ou mais) e violência de repetição (sim ou não) idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais) escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais anos). A análise ajustada foi realizada em dois níveis, no primeiro, idade e escolaridade e no segundo, as demais variáveis.

As variáveis foram analisadas por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). A associação entre as variáveis foi testada por meio da regressão logística com os valores expressos em razão de chance (RC) não ajustada e ajustada e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as variáveis entraram no modelo de análise ajustada e os valores

de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

4.10 LIMITAÇÕES

Entre as limitações de estudo que utiliza a notificação como fonte de dados é importante considerar, que o subregistro e a subnotificação podem influenciar os resultados.

4.11 QUESTÕES ÉTICAS

As informações terão confidencialidade e os resultados seguem o rigor científico da investigação. Desta forma, são respeitados os preceitos éticos contidos na resolução CNS 466/2012, que trata da ética de pesquisas científicas. O projeto de pesquisa passou pela aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, pois, mesmo envolvendo dados secundários, compreende um estudo com seres humanos, como sujeitos de pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, e aprovado com o parecer n.º 450.596/2014 (Anexo B).

5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro, “*Características da violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas em Santa Catarina, estado do sul do Brasil*” e será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública.

O segundo artigo, “*Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil*” será submetido a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

5.1 ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ADOLESCENTES E ADULTAS EM SANTA CATARINA, ESTADO DO SUL DO BRASIL

Características da violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas em Santa Catarina, estado do sul do Brasil

Characteristics of sexual violence against adolescent and adult women in Santa Catarina, southern Brazil.

Características de la violencia sexual en contra a las mujeres adolescentes y adultas en Santa Catarina, estado del sur de Brasil.

Carmem Regina Delziovo¹
Elza Berger Salema Coelho¹

1. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

* Este artigo é parte da tese de doutorado de Carmem Regina Delziovo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conflitos de interesses e financiamentos: os autores declaram ausência de potenciais conflitos de interesses na realização desse estudo.

Número de palavras: 5.976

Número de figuras/tabelas: 3

Endereço para correspondência:

C. R. Delziovo

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Campus Universitário - Trindade

Cep: 88040-970 – Florianópolis/SC

E-mail: carmemdelziovo@hotmail.com

Resumo

Estudo descritivo da violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas no estado de Santa Catarina, a partir das informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de 2008 a 2013. Foram notificados 15.508 casos de violências, 2.010 sexuais (12,9 %) contra adolescentes foram 950 notificações para as de 10 a 14 anos (47,3%), 450 contra as de 15 a 19 anos (22,4%) e 610 notificações (30,3%) para mulheres de 20 anos e mais (adultas). Adolescentes sofreram violência por agressor único, no domicílio, à noite, com penetração vaginal, maior recorrência da agressão e gravidez. Para as adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos os agressores foram desconhecidos em 32,9% e 33,1% das notificações. As adultas foram agredidas na residência em via pública, à noite e madrugada, por agressor único, com penetração vaginal em mais da metade das violências notificadas, maior número de lesões físicas e tentativas de suicídio. Conhecer as características é importante para direcionar as ações de enfrentamento à violência sexual.

Palavras chave: Violência Sexual; Mulheres; Adolescentes; Vigilância Epidemiológica; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Descriptive study of sexual violence against adolescent and adult women in the state of Santa Catarina, grounded in information of Sistema de Informação de Agravos de Notificação from 2008 to 2013. There were 15.508 reported cases of violence, which 2.010 were sexual (12.9%). Among sexual violence, 950 notifications were against teenagers between 10-14 years (47.3%), 450 against 15-19 years (22.4%) and 610 notifications (30.3%) for women with 20 years or older (adult). Adolescents experienced violence by a single offender, at home, in the night, with vaginal penetration, with higher recurrence of aggression and pregnancy. For teenagers between 10-14 years and 15-19 years, the perpetrators were unknown respectively in 32.9% and 33.1% of the notifications. The adults were attacked in the residence and public highway at night and dawn, for one offender with vaginal penetration in over half of the reported violence, with higher physical injuries and suicide attempts. Know the characteristics is important to direct actions against sexual violence.

Key word: Sex Offenses; Women; Adolescent; Epidemiological Surveillance; Epidemiology, Descriptive.

Resumen

Estudio descriptivo de la violencia sexual contra las mujeres adolescentes y adultas en el estado de Santa Catarina, a partir de informaciones del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación de 2008 a 2013. Hubo 15.508 casos reportados de violencia, 2.010 fueron de violencia sexual (12,9%). Contra a adolescentes, 950 notificaciones de 10-14 años (47,3%), 450 en contra a las de 15-19 años (22,4%) y 610 notificaciones (30,3%) contra las mujeres de 20 años y mayores (adultos). Adolescentes experimentar violencia por parte de un solo delincuente, en el hogar, en la noche, con penetración vaginal, con mayor recurrencia de agresión y embarazo. Para las de 10-14 años y 15-19 años, los autores fueron desconocidos en el 32,9% y el 33,1% de las notificaciones. Las adultas fueron agredidas en la residencia y en vía pública por la noche y la madrugada, por un delincuente, con penetración vaginal en más de la mitad de la violencia que se informa, mayor número de lesiones físicas e intentos de suicidio. Conocer las características es importante para las acciones contra la violencia sexual.

Palabra clave: Violencia Sexual; Mujeres; Adolescentes; Vigilancia Epidemiológica; Epidemiología Descriptiva.

Introdução

A violência sexual é compreendida como ato ou tentativa do ato sexual, investidas ou comentários sexuais indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa a partir da coerção¹. É reconhecida como um problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, com elevadas prevalências²⁻³, afetando principalmente mulheres⁴. Perpetrada predominantemente por homens⁵, a maioria das agressões ocorre por um único agressor⁶.

Um estudo conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, sobre violência sexual contra a mulher cometida por parceiro íntimo, encontrou prevalências de violência alguma vez na vida variando entre 6% no Japão e 58,6% na Etiópia. Black et al.⁶ em estudo realizado nos Estados Unidos, com 100 mil mulheres, encontraram prevalência de 3,5% para este tipo de violência. Outro estudo Americano⁸, por sua vez, aponta que 10,8% das mulheres foram agredidas sexualmente.

No Brasil, as prevalências de violência sexual variam de 40,4%,

em pesquisa com mulheres de 18 a 39 anos⁹, e 12,4%, com mulheres de 19 a 60 anos¹⁰. A maior prevalência desse tipo de violência ocorre com adolescentes de 10 a 14 anos (66%) predominantemente no sexo feminino (91%)¹¹. Resultados semelhantes foram encontrados em dois estudos, do Conselho Tutelar de Feira de Santana na Bahia, com prevalência de violência sexual de 46,7%¹² e 46,3%¹³. As adolescentes entre 10 a 14 anos estão mais sujeitas a violência sexual por familiares, enquanto, entre 15 a 19 anos, são os conhecidos e/ou amigos que praticam essa violência¹³.

São fatores associados a violência sexual a baixa escolaridade da mulher¹⁴, não ter formação profissional², ter um ou mais parceiros íntimos¹⁰, consumir bebida alcoólica, bem como presenciar situações de alcoolismo, todos estes aumentam em 18,9% a chance de violação sexual no ambiente doméstico¹⁵. Mulheres com parceiros que frequentemente encontram-se embriagados têm sete vezes mais chances de serem sexualmente agredidas¹⁶. O impacto negativo da violência sexual reflete-se em danos imediatos e a longo prazo³, e são agravados pela sobreposição de violências sofridas¹⁷. Flake et al.⁹ identificaram maior percentual de violência sofrida quando ocorre a combinação da psicológica com a sexual (23,5%), seguida da psicológica, física e sexual (15,8%).

Nas violências sexuais sofridas pelas mulheres a penetração vaginal está presente na maioria das agressões, de acordo com a literatura nacional⁵ e internacional¹⁸, submetendo-as ao risco de gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV e a hepatite viral⁵. Estas agressões ocorrem com maior frequência no horário noturno, para as mulheres adultas¹⁹ e, para menores de 16 anos, as agressões ocorrem à noite e à tarde²⁰.

No Brasil, em 2009 e 2010, de um total de 113.643 notificações de violências, 18,8% foram violências sexuais, e entre as mulheres esse tipo de violência representou 24,2% do total das notificadas²¹. O estado de Santa Catarina, local deste estudo, tem um dos maiores números de violência sexual do Brasil segundo dados da segurança pública. Em 2012, enquanto a taxa nacional foi de 25 casos para 100 mil mulheres, Santa Catarina ocupou o 5º lugar do país com 44,3 casos por 100 mil mulheres²². Diante do exposto, este estudo tem por objetivo descrever as características da violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas, notificadas por profissionais de saúde, nos anos de 2008 a 2013, em Santa Catarina - Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo retrospectivo descritivo, com dados secundários notificados de violência sexual contra a mulher, cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, do estado de Santa Catarina, situado na região sul do Brasil. O estado tinha uma população de 6.383.286 habitantes em 2012, sendo que as mulheres representam 50,4% da população, e aquelas com idade igual ou maior a 10 anos correspondem a 43,78 % do total da população feminina ²³.

O SINAN VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, teve sua implantação no estado em 2007, com o SINAN VIVA Contínuo que realiza a vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências. É alimentado por profissionais dos serviços de saúde, por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências ²⁴.

Desenho do Estudo

Este estudo foi desenvolvido com base nos dados inseridos no SINAN VIVA Contínuo, a partir das notificações de violência sexual contra mulheres de 10 anos ou mais, residentes em Santa Catarina. As notificações foram extraídas, em 16 de maio de 2014, utilizando-se o programa Tabwin, do banco do SINAN, disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, setor de Sistemas de Informação.

Crerios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas as notificações de 2008 a 2013 de violências sexuais contra mulheres, a partir de 10 anos de idade. A idade a partir dos 10 anos foi definida com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde ²⁵. Das 15.508 notificações de violências contra mulheres, 2.029 foram sexuais, destas foram excluídas 15 notificações de não residentes em Santa Catarina e 04 por duplicidade, resultando na inclusão de 2.010 notificações de violência sexual.

Validação dos dados

Inicialmente, as notificações que compuseram o banco de dados foram analisadas, em relação a completitude, não duplicidade, e a consistência, que segundo Lima et al. ²⁶ constituem dimensões de qualidade da informação em uma base de dados.

Para a análise da completitude selecionou-se 59 variáveis

relevantes para o estudo; procedeu-se a análise com base nos anos de 2008 a 2013, calculando o percentual e média de campos completos a cada ano. A proporção média de preenchimento das variáveis foi de 93,3%. A menor completitude ocorreu na variável hora da ocorrência, com proporção média de 67,2%, a maior, na variável sexo do provável autor da agressão, com 98,7% de completitude.

Prosseguindo a análise de completitude para verificar se houve diferença na proporção de campos preenchidos, como ignorados e/ou em branco, realizou-se o teste de tendência linear no programa estatístico Stata (StataCorp College Station, Estados Unidos) versão 13.0. Testou-se as mesmas variáveis em relação ao ano de ocorrência. Para 17 variáveis (28,8%), constatou-se diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) para a proporção de campos ignorados ou em branco das variáveis segundo ano de ocorrência, para 42 variáveis (71,1%) não houve diferença.

Para verificação da não duplicidade, as violências sexuais notificadas foram analisadas para reconhecer a presença de informações idênticas em notificações diferentes, consideradas como duplicidade de registro, aceitável o percentual de não duplicidade acima de 95,0%²⁷. Como resultado dessa análise o banco de dados apresentou 99,9% de não duplicidade.

Com relação à consistência, compreendida como a coerência entre as categorias assinaladas em dois campos relacionados²⁸, foram analisadas as combinações possíveis entre os campos do banco de notificações de violências sexuais contra mulheres de 10 anos e mais entre elas idade, escolaridade, tipo de violência sexual, sexo do agressor e vínculo com a mulher agredida. Considerado coerente as informações na notificação com relações possíveis entre as variáveis para agressão sexual de mulheres nesta faixa etária. A consistência média foi de 98,9%, entre as variáveis selecionadas para a análise. Para Abath et al.²⁷, resultados iguais ou superiores a 90,0% são considerados excelentes. De acordo com os parâmetros de análise de qualidade adotados, o banco de dados deste estudo teve aceitável duplicidade, boa completitude e excelente consistência.

Análise dos Dados

Todas as análises foram estratificadas segundo faixas etárias. Para as adolescentes de 10 a 19 anos optou-se dividir em dois grupos etários, 10 a 14 e 15 a 19 anos, pela maior vulnerabilidade das de menor idade²⁹. As demais características foram analisadas de acordo com as informações registradas nas fichas de notificação de violência:

Variáveis de quem sofreu a agressão: cor da pele (branca, parda, preta, amarela/indígena); escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 ou mais); ocupação (estudante, empregada (todas as ocupações), outros (aposentada, desempregada, dona de casa)); estado civil (solteira, casada/união estável, separada/viúva);

Do autor da agressão: sexo (masculino, feminino, ambos os sexos); número de envolvidos (um, dois ou mais); vínculo/grau de parentesco com a mulher agredida (parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado), conhecido (conhecido/amigo), familiar (pai; mãe; padrasto; filho; irmão; cunhado; sogro), desconhecido, outro (cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/ agente da Lei, outros); consumo de álcool (sim ou não);

Da agressão sofrida: local (residência (residência e residência coletiva), via pública, outros); turno de ocorrência (manhã: 6 às 11:59h, tarde: 12 às 17:59h, noite: 18 às 23:59 h: madrugada: 24 às 5:59h); tipo de penetração sofrida (vaginal, anal, oral, mais de um tipo de penetração, sem penetração); consequências (infecções sexualmente transmissíveis-IST, gravidez, tentativa de suicídio), lesões sofridas - com lesão (contusão, corte/perfuração/laceração, entorse/luxação, fratura, traumatismo dentário, traumatismo crânio encefálico, politraumatismo, intoxicação, queimadura, outros), sem lesão; ocorreu outras vezes (sim, não) ; evolução para óbito (sim ou não).

Utilizou-se o programa estatístico Stata, versão 13.0 para analisar as violências notificadas em adolescentes (idades de 10 a 14 e 15 a 19 anos ³⁰) e mulheres adultas (20 anos e mais) apresentada por meio de estatística descritiva com valores médios e frequência relativa (%), com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Foi testada a significância estatística por meio do teste do qui-quadrado (χ^2) e considerado valor p inferior a 0,05 estatisticamente significante. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 450.596/14.

Resultados

Foram selecionadas para este estudo 2.010 notificações de violências sexuais que representam 12,9% de todos os tipos de violência notificadas contra as mulheres, 35,7% para as de 10 a 19 anos e 5,7% para as com 20 anos ou mais). Considerando somente as notificações de violência sexual, contra adolescentes foram 950 notificações sendo para

as de 10 a 14 anos (47,3%), 450 contra as de 15 a 19 anos (22,4%) e 610 notificações (30,3%) para mulheres de 20 anos e mais (adultas). Nas notificações das violências sexuais, independente da idade, predominou a cor da pele branca, com maior percentual para as adolescentes de 15 a 19 anos (83,7%). A menor escolaridade, 0 a 4 anos de estudo, foi maior entre as adultas (24,4%), seguidas pelas adolescentes de 10 a 14 anos (19,9%). Na faixa etária, 10 a 14 anos 97,5% eram estudantes e, como era de se esperar, 98,4% solteiras. Das mulheres adultas 51,4% estavam empregadas e 49,1% solteiras.

Houve significância estatística para a violência sexual sofrida por adolescentes e adultas nas variáveis, escolaridade, ocupação e situação conjugal com maior prevalência de violência sexual para as adolescentes estudantes com 5 a 8 anos de estudo e solteiras e para as adultas com 9 a 11 anos de estudo, empregadas e casadas ou em união estável (Tabela 1).

Tabela 1 – Violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo suas características sócio demográficas, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Características sócio demográficas	Total †		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 anos e mais		P*
	N	%	n(%)	IC	n(%)	IC	n(%)	IC95%	
Cor da pele									0,051
Branca	1603	81,8	729(80,1)	77,3-82,5	370(83,7)	80,0-86,9	504(83,3)	80,3-86,2	
Parda	221	11,3	123(13,4)	11,2-15,7	47(10,6)	7,7-13,4	51(8,4)	6,2-10,6	
Preta	106	5,4	46(5,0)	3,6-6,4	19(4,2)	2,3-6,1	41(6,8)	4,7-8,7	
Amarela/Indígena	30	1,5	14(1,5)	0,7-0,2	7(1,5)	0,4-2,7	9(1,5)	0,5-2,4	
Escolaridade‡									<0,001
0 a 4 nos	308	18,2	158(19,9)	17,1-22,7	25(6,3)	3,9-8,8	125(24,4)	20,6-28,0	
5 a 8 anos	892	52,6	583(73,6)	70,5-76,6	170(43,4)	38,5-48,4	139(27,0)	23,2-30,9	
9 a 11 anos	406	23,9	51(6,4)	4,7-8,1	181(46,2)	41,3-51,2	174(34,0)	29,8-38,0	
12 ou mais	90	5,3	-	-	15(3,8)	1,9-5,7	75(14,6)	11,5-17,6	
Ocupação									<0,001
Estudante	1001	65,4	684(97,5)	96,2-98,6	275(77,3)	72,8-81,6	42(8,9)	6,2-11,4	
Empregado§	299	19,5	8(1,1)	0,03-1,9	47(13,2)	9,6-16,7	244(51,4)	46,9-55,9	
Outros¶	232	15,1	10(1,4)	0,5-2,3	34(9,5)	6,4-12,6	188(39,7)	35,2-44,0	
Situação Conjugal									<0,001
Solteira	1464	81,6	774(98,4)	97,4-99,2	408(94,3)	92,0-96,4	282(49,1)	44,9-53,1	
Casada/União estável	223	12,4	12(1,5)	0,6-2,3	25(5,7)	3,5-7,9	186(32,3)	28,5-36,1	
Separada/Viúva	108	6,0	1(0,1)	0,0-0,3	-	-	107(18,6)	15,4-21,7	

Fonte: SINAN/SES/SC

* Valor de p do teste qui quadrado

† Os totais divergem devido a ausência de dados (ignorados e em branco)

‡ Segundo anos de estudo

§ Empregado: Incluídos todas as ocupações

¶ Outros: Aposentada, desempregada, dona de casa

Para a maioria das mulheres, independentemente da idade, a violência sexual aconteceu na residência. A proporção de ocorrências na

residência foi mais elevada para as adolescentes de 10 a 14 anos (76,8%) enquanto que para as adolescentes de 15 a 19 anos e adultas houve maior proporção de ocorrências na via pública ou outras. Em relação ao turno, para as adolescentes de 10 a 14 anos, houve maior proporção de agressões à noite e (42,3%) e à tarde (25,9%), enquanto as adultas foram vítimas principalmente à noite (34,8%) e de madrugada (33,0%). A penetração vaginal foi a mais praticada pelo agressor (59,9%) não houve diferenças estatisticamente significativas segundo faixas etárias em relação ao tipo de penetração. A violência de repetição foi mais frequente nas meninas de 10 a 14 anos (51,0%) do que nas adolescentes de 15 a 19 anos (29,5%) e adultas (27,5%) Houve diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias para o local da ocorrência, turno e repetição, ao comparar adolescentes e mulheres adultas (Tabela 2).

Tabela 2 - Violência Sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo características relacionadas a agressão, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Características	Total†		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 anos e mais		P*
	N	%	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%	
Local de ocorrência									<0,001
Residência‡	1217	63,7	685(76,8)	73,9-79,4	228(53,0)	48,1-57,6	304(51,8)	47,7-55,8	
Via Pública	452	23,6	126(14,1)	11,8-16,3	138(32,0)	27,5-36,4	188(32,0)	28,2-35,8	
Outros	242	12,7	82(9,1)	7,2-11,0	65(15,0)	11,6-18,4	95(16,2)	13,1-19,1	
Turno de Ocorrências§									<0,001
Noite	535	38,4	244(42,3)	38,2-46,3	125(36,9)	31,7-42,0	166(34,8)	30,4-39,0	
Tarde	287	20,6	150(25,9)	22,4-29,5	67(19,7)	15,5-24,0	70(14,6)	11,4-17,8	
Madrugada	329	23,6	80(13,9)	11,0-16,6	91(26,9)	22,1-31,5	158(33,0)	28,8-37,2	
Manhã	243	17,4	103(17,9)	14,7-20,9	56(16,5)	12,5-20,4	84(17,6)	14,1-20,9	
Tipo de Penetração Sofrida									0,217
Vaginal	1053	59,9	475(59,0)	55,5-62,3	243(60,6)	55,7-65,4	335(60,8)	56,6-64,7	
Anal	48	2,7	29(3,5)	2,3-4,8	7(1,7)	0,4-3,0	12(2,2)	0,9-3,3	
Oral	40	2,3	18(2,2)	1,2-3,2	5(1,2)	0,1-2,3	17(3,0)	1,6-4,5	
Mais de um Tipo	373	21,2	175(21,8)	18,8-24,5	93(23,2)	19,0-27,3	105(19,0)	15,7-22,3	
Sem Penetração	245	13,9	109(13,5)	11,1-15,8	53(13,3)	9,8-16,5	83(15,0)	12,0-18,0	
Violência de Repetição									<0,001
Não	1140	61,1	423(49,0)	45,5-52,2	301(70,5)	66,1-74,8	416(72,5)	68,6-76,1	
Sim	726	38,9	442(51,0)	47,7-54,4	126(29,5)	25,1-33,8	158(27,5)	23,8-31,1	
Consequências									
IST	49	2,8	19(2,4)	1,3-3,5	18(4,7)	2,5-6,8	12(2,2)	0,9-3,4	0,049
Gravidez	110	6,4	67(8,5)	6,5-10,4	22(5,7)	3,3-8,0	21(3,9)	2,2-5,5	0,003
Tentativa de Suicídio	33	1,7	11(1,2)	0,5-2,0	8(1,9)	0,5-3,2	14(2,4)	1,1-3,7	0,242
Lesões Físicas 									<0,001
Sim	907	55,9	322(42,5)	39,0-46,0	225(62,8)	57,8-67,8	360(71,0)	67,0-74,9	
Não	715	44,0	435(57,4)	53,9-60,9	133(37,1)	32,1-42,1	147(28,9)	25,0-32,9	
Óbito	8	0,4	1(0,1)	0,0-0,3	3(0,7)	0,0-1,4	4(0,7)	0,1-1,3	0,350

Fonte: SINAN/SES/SC

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

* Valor de p do teste qui quadrado

† Os totais divergem devido a dados faltantes (ignorados e em branco)

‡ Incluídos Residência e Residência Coletiva

§ Turno de Ocorrência: Manhã:6 as 11:59h; Tarde:12 as 17:59h; Noite:18 as 23:59 h; Madrugada: 24 as 5:59h

|| Lesões: contusão, corte/perfuração, entorse/luxação, fratura, trauma dentário,traumatismo crânioencefálico, politraumatismo, intoxicação, queimadura, outros.

Considera-se importante destacar as consequências da violência sexual que ocorreram em todas as faixas etárias, 4,7% das adolescentes de 15 a 19 anos tiveram infecção sexualmente transmissível (IST) decorrente da agressão, 2,4% das de 10 a 14 anos e 2,2% das com 20 anos e mais. As adolescentes de 10 a 14 anos tiveram mais gravidez (8,5%) quando comparadas às de 15 a 19 anos (5,7%) e adultas (3,9%). Nestas últimas, a tentativa de suicídio foi maior (2,4%), que as de 15 a 19 anos (1,9%) e nas de 10 a 14 anos (1,2%).

As agressões com lesões físicas foram significativamente mais notificadas nas adultas (71,0%) predominando contusões e cortes. Chama a atenção casos de traumatismo crânio encefálico (1,7%) para estas. Tiveram lesões físicas em decorrência da violência sexual 62,8% das adolescentes de 15 a 19 anos e 42,5% das adolescentes de 10 a 14 anos. Chama a atenção os oito óbitos em decorrência da agressão, uma adolescente na faixa etária de 10 a 14 anos, três de 15 a 19 anos e quatro mulheres com mais de 20 anos. As diferenças foram estatisticamente significativas entre as faixas etárias para IST, gravidez e lesões físicas (Tabela 2).

Tabela 3 - Violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas segundo características relacionadas ao autor da agressão, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Características Gerais	Total†		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 anos e mais		P*
	N	%	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%	
Sexo do Agressor									0,002
Masculino	1914	96,8	895(95,4)	93,9-96,6	431(97,8)	96,3-99,1	588(98,3)	97,2-99,3	
Feminino	25	1,2	13(1,3)	0,6-2,1	6(1,3)	0,2-2,4	6(1,0)	0,2-1,8	
Ambos	39	2,0	31(3,3)	2,1-4,4	4(0,9)	0,1-1,7	4(0,7)	0,1-1,3	
Número de Agressores									
Um	1633	83,9	777(83,7)	81,2-86,0	357(82,5)	78,8-86,0	499(85,3)	82,4-88,1	0,457
Dois ou mais	314	16,1	152(16,3)	13,9-18,7	76(17,5)	13,9-21,1	86(14,7)	11,8-17,5	
Vínculo Agressor / Mulher Agredida‡									0,807
Desconhecido	638	32,5	305(32,9)	29,8-35,8	145(33,1)	28,6-37,5	191(31,7)	27,0-35,1	
Conhecido	553	28,2	272(29,4)	26,3-32,2	114(26,0)	21,9-30,1	169(28,0)	24,3-31,5	
Familiar	458	23,3	200(21,5)	18,9-24,2	112(25,7)	21,4-29,6	146(24,2)	20,9-27,8	
Parceiro íntimo	274	13,9	133(14,3)	12,0-16,5	57(13,0)	9,8-16,1	84(14,0)	11,2-16,8	
Outros	41	2,1	18(1,9)	1,0-2,8	10(2,2)	0,8-3,6	13(2,1)	1,0-3,3	
Consumo de Álcool pelo Agressor									<0,001
Não	979	60,9	554(72,2)	68,9-75,3	207(56,3)	51,1-61,3	218(46,2)	41,6-50,7	
Sim	629	39,1	214(27,8)	24,6-31,0	161(43,7)	38,6-48,8	254(53,8)	49,2-58,3	

Fonte: SINAN/SES/SC

* Valor de p do teste qui quadrado

† Os totais divergem devido a dados faltantes (ignorados e em branco)

‡ Vínculo/grau de parentesco do provável agressor: Parceiro Íntimo: cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex namorado; Conhecido: conhecido/amigo; Familiar: pai; mãe; padrasto; filho; irmão; cunhado; sogro; Desconhecido: desconhecido; Outros: Cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/ agente da Lei, outros.

Praticamente a totalidade dos agressores foi do sexo masculino em todas as faixas etárias das mulheres agredidas. Houve predominância de agressor único em mais de 80% das violências e em cerca de um terço das mulheres o agressor foi registrado como desconhecido. Chama atenção o elevado percentual de agressões perpetradas por familiares (cerca de 1/5 nas adolescentes de 10 a 14 anos e 1/4 nas de 15 a 19 anos e adultas). O agressor havia consumido álcool em 27,8% das ocorrências de violência sexual com adolescentes de 10 a 14 anos e mais da metade das mulheres adultas. Houve significância estatística para o sexo e consumo de álcool pelo agressor, ao se comparar adolescentes e mulheres adultas, com maior proporção de agressores masculinos tanto para adolescentes como para adultas, e maior proporção de agressores que consumiram bebida alcoólica para as mulheres adultas (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A maioria das mulheres que sofreu violência sexual, foi de cor da pele branca, condição que pode estar relacionada à predominância na população do estado (89,3%)³¹. As adolescentes eram principalmente estudantes e solteiras, enquanto, dentre as mulheres adultas, a maioria estava empregada, quase metade solteira, com até oito anos de estudo. Destaca-se que menor escolaridade tem sido associada a maior probabilidade de sofrer violência sexual¹⁴.

Em Santa Catarina, as notificações de violência sexual foram em maior número em adolescentes do que em adultas, informando violência sexual com penetração vaginal, na residência, com graves consequências, tais como gravidez, infecções sexualmente transmissíveis e morte. Para as adolescentes chama a atenção o maior número de agressões notificadas nas de 10 a 14 anos, a ocorrência de repetição, os agressores de seu convívio e o maior número de gravidez. Para as adultas, as agressões na residência e em via pública, por conhecidos e desconhecidos, no período da noite e madrugada, com lesões físicas, tentativa de suicídio e óbito.

Para as adolescentes, o percentual de notificação de violência sexual foi de 69,7%; destas, 47,3 % tinham de 10 a 14 anos. Menor percentual foi encontrado em Belém do Pará²¹, 45,9%, e Recife³², 43,0%, para adolescentes de 10 a 19 anos. Em contrapartida, estudo multicêntrico³³ encontrou prevalências diferenciadas de violência sexual, que variou de 1,2% em Shangai a 12,3% em Baltimore e 12,6% em Johannesburg, com adolescentes de 15 a 19 anos, enquanto na

Espanha ³⁴, 5,3% para adolescentes de 15 a 16 anos relatou violência sexual entre 1.713 estudantes de escola secundária.

Importante destacar que a faixa de idade considerada adolescente tem grandes variações. Desta forma, um diferencial do presente estudo é a desagregação por idade, permitindo visibilizar as diferenças entre as adolescentes de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos. Também é importante ressaltar que as de 10 a 14 anos encontram-se em fase de vulnerabilidade, não tendo, muitas vezes, maturidade para compreender a teia criada pelo agressor, que pode seduzir conquistando a confiança, ou impondo a sua autoridade, para concretizar a prática sexual ¹³. Para romper com esse tipo de violência, as adolescentes dependem da iniciativa de terceiros para quebrar o silêncio, denunciar e/ou acionar a rede de proteção conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente ³⁵.

Na faixa etária, de 10 a 14 anos a frequência na escola é obrigatória no Brasil ³⁶, e essa pode ser uma forte aliada no enfrentamento da violência sexual. Professores devem estar atentos à mudança de conduta ou sinais de violência nas alunas, para fazerem encaminhamentos articulados em rede com a saúde, segurança pública e assistência social. Na Bahia ³⁷, em 2.522 casos de violência sexual, 73,0% com até 18 anos, somente 23 abusos foram identificadas pela escola, apontando que estas ainda não promovem ações específicas de enfrentamento, nem adotam medidas preventivas que contribuam para um efetivo combate a este tipo de violência.

Os achados da pesquisa quanto ao local da agressão corroboram com outros estudos ³⁸ que identificaram para as adolescentes de 10 a 14 anos, a própria residência como o local onde ocorre o maior número das agressões. O mesmo foi encontrado em São Paulo, onde 72,6% das agressões sexuais ocorreram no espaço doméstico, e 80,0% das agredidas tinham idade até 14 anos ³⁹. Dados de conselho tutelar apontam 58,0% das agressões sexuais foram com adolescentes de 10 a 14 anos, 52,7% na residência da agredida e 30,1% do agressor ⁴⁰. No caso das adolescentes de 15 a 19 anos o local se diferencia, com número expressivo de violências em vias públicas (32,0%), com maior ocorrência à noite e madrugada. Resultados semelhantes foram encontrados entre 687 mulheres, a maioria adolescentes, atendidas em centro de referência ²⁰, onde as agressões aconteceram em via pública (41,7%) e à noite (75,9%).

Mesmo com altas prevalências de violência sexual com adolescentes a subnotificação ⁴¹⁻⁴² se evidencia, sendo importante destacar alguns fatores que contribuem com essa realidade, como o

silêncio da vítima, o medo da dissociação da família caso o fato seja descoberto ⁴³ o descrédito na fala da agredida, quando esta faz a denúncia e é culpabilizada por ter sido abusada ⁴¹. O lado mais cruel, se é que podemos distinguir, dessas violências, é que mais da metade das notificações no presente estudo para as adolescentes de 10 a 14 anos foram violência de repetição, com agressores familiares (21,5%) ou conhecidos (29,4%) das adolescentes. São situações favorecidas pelos limites impostos pela privacidade familiar ⁴⁰, e os dados encontrados reforçam a necessidade de dar visibilidade a estas agressões, possibilitando estabelecer medidas protetivas, a partir de uma sociedade atenta e ativamente contrária à violência, o que poderá colaborar para que tais situações não se repitam ⁴⁴.

Chama a atenção neste estudo o elevado percentual de agressão por desconhecido entre as adolescentes (32,9% nas de 10 a 14 anos e 33,1% nas de 15 a 19 anos), percentual maior do que para as adultas. Esse dado difere de outros estudos ¹³⁻⁴⁰ que identificam serem os agressores predominantemente familiares e conhecidos para essa idade.

É importante ressaltar que a maioria das adolescentes sofreram violência sexual na residência, o que se contrapõe à informação de ser o agressor desconhecido. É possível, entender esse descompasso presumindo que esse dado em específico, oriundo do setor saúde, pode ter sido facilitado pela cumplicidade da família em não informar o agressor. Quando os dados sobre violência sexual provêm dos conselhos tutelares, com função de defesa dos direitos das adolescentes, ocorre a investigação junto as famílias, podendo-se identificar agressores no convívio familiar e/ou conhecidos da adolescente ⁴².

Para as mulheres de 20 anos e mais o percentual de violência sexual entre todas as violências notificadas foi de 5,7%, menor frequência que a encontrada em Recife, Pernambuco onde 31,9% das violências foram acima de 20 anos de idade ³². Chama a atenção este menor número de notificações em Santa Catarina, uma vez que a segurança pública aponta esse estado como o quinto em ocorrência de violência sexual no país. Esse dado pode estar relacionado à dificuldade das mulheres em expor a situação, do julgamento pela intolerância do preconceito ⁴⁵, tendendo assim a silenciar, por medo de represália, vergonha, sentimentos de humilhação e culpa ⁴⁶.

Por outro lado, a compulsoriedade não é garantia de notificações ⁴⁷. O confronto com situações de violência sexual, para os profissionais de saúde, os coloca frente a frente com medos e sentimentos de impotência, diante da complexidade da situação, o que pode ampliar a subnotificação ⁴⁸, de forma a não ser indicadora de que

os profissionais não se preocupam com a violência contra a mulher⁴⁹.

O estudo demonstra que as mulheres adultas sofreram agressão em via pública (32,0%) e em maior proporção na residência (51,8%), situação que amplia a possibilidade destas ocorrerem por parceiro íntimo, uma vez que 32,3% das mulheres informaram ser casadas ou ter união estável. A violência sexual por parceiro íntimo tem reconhecimento dificultado, pela crença da relação íntima ser privada, e pela não percepção de que a relação sexual sem o consentimento da mulher seja uma violência. Essa afirmação é corroborada por estudo realizado em São Paulo¹⁰ que aponta prevalência de 12,4% de violência sexual contra a mulher pelo parceiro íntimo, sendo que apenas 48,7% identificaram a situação de violência, com maior percentual para a sexual (76,3%).

A violência em via pública está relacionada a agressor desconhecido²⁷⁻²⁸ da vítima, informado por 31,7% das mulheres do estudo. Estas agressões ocorreram principalmente no período da noite (34,8%) e madrugada (33,0%), dado encontrado na literatura⁴⁶ com até 80,0% das agressões²⁷, o não reconhecimento do autor é favorecido pelo fator surpresa e dificuldade de identificar o agressor. A violência em via pública pode estar relacionada ao deslocamento para o local de trabalho, uma vez que 51,4% das mulheres do estudo informam estar empregadas, achado que vai ao encontro de estudo nacional⁵⁰ que encontrou taxas mais elevadas de violência sexual em mulheres trabalhadoras.

Nesse estudo, a violência tanto na residência quanto em via pública ocorreu com 53,8% dos agressores tendo consumido bebida alcoólica situação grave, quando comparado com estudo realizado em Sergipe⁵¹, onde 25,0% dos agressores utilizaram esta substância. Segundo Barrett et al.¹⁶ mulheres com parceiros frequentemente embriagados têm sete vezes mais chances de serem sexualmente agredidas, quando comparadas às mulheres com parceiros que não ingerem bebida alcoólica frequentemente, ao ponto de ficarem alcoolizados.

É importante destacar que de acordo com as notificações, as violências sexuais submeteram as mulheres desse estudo a infecções sexualmente transmissíveis, 59,9% das mulheres que foram expostas a estas situações por agressão com penetração vaginal e 21,2% tiveram exposição maior, por terem sofrido mais de um tipo de penetração. Este tipo de agressão submete a mulher a risco de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e hepatite viral⁵.

As agressões impuseram consequências graves, como as

infecções sexualmente transmissíveis que demandam tratamento longo e podem levar à morte. Estudo em hospital de referência na Bahia para portadores de HIV/Aids que envolveu 194 pacientes observou que 33,5% foram a óbito no período de janeiro a dezembro de 2008 por doenças oportunistas ⁵². Drezett et al. ⁵³ verificaram em serviço de referência para a violência sexual que cerca de 50% das mulheres agredidas sexualmente enfrentam alguma IST, enquanto estudo ³ com 6.879 mulheres americanas verificou que 1,3% delas contraiu uma infecção sexualmente transmissível decorrente de violência sexual. Diante disso, ressalta-se a necessidade de acesso em tempo oportuno para as medidas profiláticas e a assistência adequada nos serviços de saúde como fundamental para a redução destes agravos para a mulher.

A violência sexual com penetração vaginal é a mais praticada contra as mulheres segundo estudos nacionais ^{5,20} e internacionais ^{6,54} expondo-as à infecções e à gravidez, que ocorre em 0,5 a 5,0% dos casos ⁵⁵, percentual maior (8,5%) foi encontrado nesse estudo para as adolescentes, o que se caracteriza uma segunda forma de violência, pois o fato compromete a adolescência, afasta da escola, cria responsabilidade precoce e desestrutura a família produzindo marcas persistentes ⁵⁶. Esta gravidez, quase sempre extremamente rejeitada pela mulher, frequentemente termina em aborto, que por desconhecimento ou falta de acesso, é realizado em serviços clandestinos, expondo as mulheres a graves consequências, incluindo a morte ⁴⁵.

O cenário da violência sexual e suas consequências para as mulheres acima de 20 anos, trouxe além da gravidez e IST, lesões físicas como contusões, cortes e traumatismo crânio encefálico. As notificações de violência sexual mostraram que 71,0% destas sofreram lesões físicas em decorrência da agressão. Contrariamente, estudo em centro de referência para violência sexual em São Paulo estima que em torno de 10,0% as agressões resultem em lesões físicas extragenitais e 3,0% genitais ⁵³. Estas lesões demonstram o uso da força física pelo agressor e/ou a tentativa de defesa das vítimas.

As tentativas de suicídio como decorrentes da violência ocorreram mais entre mulheres com 20 anos e mais (2,4%), resultado semelhante ao estudo americano que encontrou associação significativa 3,64 maior risco para a ideação suicida nas mulheres que sofreram agressão sexual, entre 8.160 mulheres com idade acima de 18 anos ⁵⁷. Cabe destacar as oito mulheres que morreram em decorrência da violência sofrida mostrando a grave situação apontada pelo mapa da violência de 4,5 mil mulheres assassinadas no Brasil no ano de 2011, e o crescimento de 17,2% de 2001 a 2011 no índice de homicídios de

mulheres⁵⁸. Os homicídios na agressão sexual, considerados femicídios⁵⁹, são a expressão máxima da violência contra a mulher⁶⁰, uma violência de gênero contra a qual a sociedade precisa ser mobilizada.

Entre as limitações desse estudo, podemos apontar a influência da subnotificação, especialmente por se tratar de violência sexual. Entre os pontos fortes deste trabalho está a relevância das informações sobre esta violência contra adolescentes e mulheres adultas, a partir do SINAN com a abrangência estadual, permitindo o reconhecimento das agressões, das características das vítimas e do perfil do agressor, estratificando-se as informações por faixa etária.

Esse estudo aponta as características da violência sexual a partir das notificações realizadas pelos profissionais de saúde demonstrando que esta ocorre em todas as faixas etárias, trazendo graves consequências, incluindo mortes, e indicando que este tema seja objeto de estudo e subsidie a implementação de políticas públicas de enfrentamento da violência sexual e suas consequências.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
2. Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. *BMC Res Notes*. 2012 Jun;5:291. doi: 10.1186/1756-0500-5-291.
3. Breiding MJ. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill Summ*. 2014 Sep;63(8):1-18.
4. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. 2011 Mar;3:105-15. doi: 10.2147/IJWH.S17016.
5. Blake MT, Drezett J, Vertamatti MA, Adami F, Valenti VE, Paiva AC, et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*. 2014 Jan 22;14:15. doi:

- 10.1186/1472-6874-14-15.
6. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Ryan GW. Prevalence of Sexual Violence Against Women in 23 States and Two U.S. Territories, BRFSS 2005. *Violence Against Women*. 2014 Apr 22;20(5):485-99.
 7. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006 Oct 7;368(9543):1260-9.
 8. Brecklin LR, Ullman SE. The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes. *J Interpers Violence*. 2010 Aug;25(8):1503-22.
 9. Flake TA, Barros C, Schraiber LB, Menezes PR. Intimate partner violence among undergraduate students of two universities of the state of Sao Paulo, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013 Dec;16(4):801-16.
 10. Mathias AK, Bedone A, Osis MJ, Fernandes AM. Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in Sao Paulo state, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 Jun;121(3):214-7.
 11. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 Dec;32(4):781-7.
 12. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Mar;19(3):759-71.
 13. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Mar;19(3):773-84.

14. Ruiz-Muñoz D, Wellings K, Castellanos-Torres E, Álvarez-Dardet C, Casals-Cases M, Pérez G. Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Ann Epidemiol*. 2013Oct;23(10):620-8.
15. Paludo SS, dei Schirò EDB. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. *Estud Psicol (Natal)*. 2012 Sept/Dec;17(3):397-404.
16. Barrett BJ, Habibov N, Chernyak E. Factors affecting prevalence and extent of intimate partner violence in Ukraine: evidence from a nationally representative survey. *Violence Against Women*. 2012 Oct;18(10):1147-76. doi: 10.1177/1077801212464387.
17. Organização Mundial da Saúde - OMS. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Washington, D.C.: OMS; 2012.
18. Imhoff LR, Liwanag L, Varma M. Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse. *Arch Surg*. 2012 Dec;147(12):1123-9. doi: 10.1001/archsurg.2012.1144.
19. Badejoko OO, Anyabolu HC, Badejoko BO, Ijarotimi AO, Kuti O, Adejuyigbe EA. Sexual assault in Ile-Ife, Nigeria. *Niger Med J*. 2014 May;55(3):254-9. doi: 10.4103/0300-1652.132065.
20. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública [online]*. 2013 May [acesso em 2015 set 12];29(5):889-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf>.
21. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Mai;18(5):1263-72.
22. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. 7th. ed. São Paulo: Forum Brasileiro de

- Segurança Pública; 2013.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2012: uma análise das condições de vida da população brasileira. Brasília; 2012.
 24. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 25. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
 26. Lima CRA, Schramm JMA, Coeli CM, Silva MEM. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. 2009 Oct [acesso em 2015 set 12];25(10):2095-109. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n10/02.pdf>.
 27. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 Jan-Mar;23(1):131-42. doi: 10.5123/S1679-49742014000100013.
 28. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do Sinan Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. *Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*. Brasília: MS; 2010.
 29. Organización Mundial de La Salud. Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra: OMS; 1965.
 30. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2015 set 12]. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 26. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf.
 31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos. Atlas do Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE;

- 2010 [acesso em 12 set. 2015]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm.
32. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013 Jul-Set;22(3):403-12. doi: 10.5123/S1679-49742013000300005.
33. Decker MR, Peitzmeier S, Olumide A, Acharya R, Ojengbede O, Covarrubias L, et al. Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15-19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study. *J Adolesc Health*. 2014 Dec;55(6 Suppl):S58-67. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.022.
34. Pichiule Castañeda M, Gandarillas Grande AM, Díez-Gañán L, Sonogo M, Ordobás Gavín MA. [Young people dating violence surveillance in Madrid, Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2014 Oct;88(5):639-52. doi: 10.4321/S1135-57272014000500008.
35. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990 jul 16;Seç. 1, Ano CXXVIII(135):13563-577.
36. Arelaro LRG, Jacomini MA, Klein SB. O ensino fundamental de nove anos e o direito à educação. *Educ Pesqui*. 2011 Jan/Abr;37(1-220):35-51. doi:10.1590/S1517-97022011000100003.
37. Rocha GOR, Lemos FC, Lirio FC. Enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil: políticas públicas e o papel da escola. *Cad Educ FaE/PPGE/UFPel*. 2011 Jan/Abr [acesso em 2015 set 12];38:259-87. Disponível em:
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1550/1457>
39. Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev Assoc Med Bras*. 2012 Non/Dec;58(6):659-65.

doi:10.1590/S0104-42302012000600009.

40. Zambon MP, Jacintho ACÁ, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Med Bras.* 2012 July/Aug;58(4):465-71. doi: 10.1590/S0104-42302012000400018.
41. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Apr/June;19(2):246-55. doi: 10.1590/S0104-07072010000200005.
42. Viodres Inoue SR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia.* 2008;25(1):11-21. doi: 10.1590/S0103-166X2008000100002.
43. Ribeiro MA, Ferriane MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. *Cad Saúde Pública* [online]. 2004 Mar/Apr;20(2): 456-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/13.pdf>.
44. Baptista RS, Costa Carlione, França ISX, Costa CMP, Brito VRS. Caracterização do abuso sexual em crianças e adolescentes notificado em um Programa Sentinela. *Acta Paul Enferm.* 2008 Oct;21(4):602-8. doi: 10.1590/S0103-21002008000400011.
45. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp; 2005.
46. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública* [online]. 2007 Feb [acesso em 2015 set 12];23(2):465-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/24.pdf>.
47. Villela WV, Lago T. Conquistas e desafios Atendimento de mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saúde Pública* [online]. 2007 Fev [acesso em 2015 set 12];23(2):471-475. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/25.pdf>.

48. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007 June;41(3):359-67. doi: 10.1590/S0034-89102007000300006.
49. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007 June; 41(3):472-7. doi: 10.1590/S0034-89102007000300021.
50. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* [online]. 2013 Set [acesso em 2015 set 12];29(9):1805-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>.
51. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I; Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008 June;42(suppl 1):127-37. doi: 10.1590/S0034-89102008000800015.
52. Sousa LC, Machado LC, Miranda ACPT. Perfil sociodemográfico e epidemiológico das vítimas de violência sexual no estado de Sergipe. *ICSA* [online]. 2013 Jun;1(3):21-33. doi: 10.17564/2316-3798.2013v1n3p21-33
53. Amorim MAS, Miranda DB, Cabral RCS, Batista AVM. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Hiv/Aids em hospital de referência da Bahia, Brasil. *Rev Enferm UFPE* [online]. 2011Ago;5(6):1475-482. DOI: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201122
54. Drezett J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Rev Psicol UNESP*. 2003, 2(1):36-50.
55. Dalal K, Wang S, Svanstrom L. Intimate partner violence against women in Nepal: an analysis through individual, empowerment, family and societal level factors. *J Res Health Sci*. 2014 Autumn;14(4):251-7.

56. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3th ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
57. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública* [online]. 2015 Feb [acesso em 2015 set 12];31(2):345-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00345.pdf>.
58. Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:1286. doi:10.1186/1471-2458-14-1286.
59. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: homicídios e juventude no Brasil. Rio de Janeiro: Flacso; 2013[acesso em 2015 set 12]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf.
60. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011 Jun;45(3):564-74. doi: 10.1590/S0034-89102011000300015.
61. Garcia LP, Freitas, LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. IPEA; 2013 [acesso em 31 out. 2015]. Disponível em https://fusiondotnet.files.wordpress.com/2014/09/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf.

5.2 ARTIGO 2 - VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER E O ATENDIMENTO NO SETOR SAÚDE EM SANTA CATARINA - BRASIL

Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil

Carmem Regina Delziovo¹
Elza Berger Salema Coelho¹

1. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

* Este artigo é parte da tese de doutorado de Carmem Regina Delziovo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Conflitos de interesses e financiamentos: os autores declaram ausência de potenciais conflitos de interesses na realização desse estudo.

Número de palavras: 4.116

Número de figuras/tabelas: 4

Endereço para correspondência:

Carmem Regina Delziovo

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Campus Universitário - Trindade

CEP 88040-970 - Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

E-mail: carmemdelziovo@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Estimar a ocorrência de gravidez ou infecção sexualmente transmissível (IST) decorrente da violência sexual e testar associação entre gravidez, IST e aspectos do atendimento nos serviços de saúde.

Método: Estudo realizado da violência sexual contra a mulher em Santa Catarina notificada ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação entre 2008 e 2013. Para a gravidez analisadas 1.230 notificações e para IST 1.316. As covariáveis foram idade, escolaridade, tempo de atendimento, profilaxias para IST, contracepção de emergência, número de agressores, violência de repetição. As variáveis foram analisadas por meio de proporções e intervalos de confiança de 95%. As associações foram testadas por regressão logística não ajustada e ajustada e valores expressos em razão de chance, considerado significativo valor de $p < 0,05$.

Resultados: A ocorrência de gravidez foi 7,6%, ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência foram fatores de proteção. A ocorrência de IST foi 3,5%, receber profilaxias resultou em maior proporção de IST.

Conclusões: Segundo as informações das notificações de violências sexuais o acesso das mulheres agredidas aos serviços de saúde em tempo oportuno e oferta de contracepção de emergência tem evitado gravidez decorrente da violência sexual. O acesso às profilaxias para IST não confirmou-se fator de proteção para as mulheres.

Palavras-chave: Violência Sexual, Mulheres, Gravidez, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Serviços de Saúde, Vigilância Epidemiológica.

Abstract

Objectives: To estimate the occurrence of pregnancy and sexually transmitted infection (IST) resulting from sexual violence and to test the association between pregnancy, IST and the care in health services.

Methods: Study conducted with secondary data of sexual violence against women in Santa Catarina notified to the “Sistema de Informações de Agravos de Notificação” between 2008 and 2013. For pregnancy were analyzed 1.230 notifications and 1.316 notifications for IST. The covariates were age, education, length of service, prophylaxis for IST, emergency contraception, number of offenders and repeat violence. The variables were analyzed using proportions and 95%

confidence intervals. Associations were tested using the adjusted and unadjusted logistic regression with values expressed in odds ratio, and it was considered significant values of $p < 0.05$.

Results: The occurrence of pregnancy was 7.6%, to be answered in 72 hours and to receive emergency contraception were protective factors. The occurrence of IST was 3.5%, receive prophylaxis resulted in higher proportion of IST.

Conclusions: According to the information of the reports of sexual violence, battered women's access to health services in a right time and emergency contraception provision has prevented pregnancy resulting from sexual violence. Access to prophylaxis for IST are not confirmed as a protective factor for women.

Key words: Sexual Violence, Women, Pregnancy, Sexually Transmitted Diseases, Health Services, Epidemiological Surveillance.

Introdução

A violência sexual contra a mulher é uma agressão cruel e persistente, considerada uma violência de gênero, uma demonstração extrema de poder do homem sobre a mulher, na subjugação do seu corpo tornado objeto.¹ Compreendida como ato ou tentativa de obter um ato sexual, investidas ou comentários indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa usando a coerção,² este tipo de violência é predominantemente perpetrada por homens e afeta uma grande proporção de mulheres no mundo.³ O Relatório da Organização Mundial da Saúde sobre violência aponta que 35,0% das mulheres no mundo relatam ter sofrido violência física e (ou) sexual alguma vez na vida.² No Brasil, uma, em cada dez mulheres, tem uma ocorrência de violência sexual na vida, segundo estudo realizado com mulheres de 15 a 65 anos por Schraiber et al.⁴

A violência sexual causa danos que podem durar a vida inteira e estar relacionados ao bem-estar físico, a questões sexuais, reprodutivas, emocionais, mentais e sociais das mulheres agredidas. Entre as consequências desta agressão, incluem-se gravidez e infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo HIV/Aids.³ O risco de uma gravidez decorrente da violência sexual varia de 0,5 a 5,0% e de adquirir uma IST varia de 16,0 a 58,0%.⁵

Desta forma, o setor saúde, tem papel fundamental na atenção às mulheres agredidas sexualmente, minimizando os danos decorrentes dessas situações.⁶ A anticoncepção de emergência em 72 horas da

violência sexual impede em média três a cada quatro gestações que ocorreriam.⁵ Da mesma forma, a profilaxia das IST nas primeiras 72 horas está indicada nas situações de exposição com risco de transmissão,⁷ reduzindo a soro conversão de HIV em até 81,0%.⁸

Faz parte do atendimento realizado pelo profissional de saúde identificar a violência, realizar as profilaxias, tratar os agravos resultantes desta, acompanhar pelo menos até seis meses da ocorrência, encaminhar para a rede intersetorial de acordo com a necessidade e notificar a violência.⁵

As informações sobre a violência e o atendimento realizado no setor saúde são encaminhadas a vigilância epidemiológica por meio da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) que tem por objetivo subsidiar a elaboração e execução de políticas públicas para o enfrentamento da violência. A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabeleceu a violência contra a mulher como agravo de notificação compulsória em todos os serviços públicos e privados de saúde do país.

Este sistema é relativamente novo e estudos que tem por base as informações do SINAN de casos de violências com abrangência estadual ainda são reduzidos⁹⁻¹⁰ como são restritas as publicações sobre violência sexual contra mulheres utilizando essa base de dados. Destaca-se a importância da utilização deste sistema como fonte de pesquisa, por possibilitar tanto apontar as necessidades de melhorias no preenchimento da ficha de notificação, quanto conhecer a violência informada pelas mulheres que acessam os serviços de saúde e os atendimentos realizados. As informações das violências sofridas fornecem importantes subsídios para ações de prevenção e proteção podendo potencializar ainda a articulação, estruturação e integração dos serviços em rede de atenção.

Neste contexto, este estudo tem por objetivo analisar, a partir das informações do SINAN do estado de Santa Catarina, a ocorrência de gravidez ou infecção sexualmente transmissível (IST) decorrentes da violência sexual e a associação destas com aspectos dos atendimentos realizados pelos serviços.

Metodologia

Trata-se de estudo com base em dados secundários de violência sexual contra a mulher, inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN no Sistema de Vigilância de Violências e

Acidentes - VIVA Contínuo do estado de Santa Catarina. Situado na região sul do Brasil, tem uma população de 6.383.286 habitantes. As mulheres representam 50,4% da população, as com 10 anos e mais correspondem a 43,7 % do total da população feminina.¹¹ O SINAN VIVA teve sua implantação no estado em 2007, fazem parte do sistema.¹² O VIVA Inquérito que atua em municípios selecionados em forma de inquéritos pontuais sobre acidentes e violências em emergências hospitalares, e o VIVA Contínuo que realiza a vigilância contínua das violências doméstica, sexual e/ou outras violências alimentado por profissionais dos serviços de saúde, por meio da notificação/investigação dos casos.

O banco de dados de 2008 a 2013 do SINAN VIVA Contínuo foi cedido para esse estudo pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, setor de Sistemas de Informação. O instrumento de coleta de dados que alimenta esse sistema é a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e outras violências, preenchida por profissional de saúde ao identificar um episódio de violência contra mulher. O estudo realizado tem por base as informações das notificações de violência sexual, onde a mulher pode estar representada por mais de um episódio de violência notificado.

Foram incluídas as notificações de 2008 a 2013 de violências sexuais contra mulheres, a partir de 10 anos de idade. A idade a partir dos 10 anos foi definida com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.¹³ Das 15.508 notificações de violências contra mulheres, 2.029 foram sexuais, destas foram excluídas 15 notificações de não residentes em Santa Catarina e 04 por duplicidade, resultando na inclusão de 2.010 notificações de violência sexual. Os dados foram coletados em 16.05.2014, a partir da exportação do banco de dados utilizando-se o programa Tabwin.

Para a análise das violências sexuais que resultaram em gravidez foram excluídas as notificações de violência sexual de mulheres: com 50 anos ou mais (66 casos); que não tiveram penetração ou penetração somente oral (274 casos); não informavam tipo de penetração (244 casos); não informavam sobre gravidez (159 casos).

Permaneceram para análise 1.230 notificações de violência sexual. Para gravidez (sim ou não) a variável principal de exposição foi a combinação entre atendimento em 72 horas e contracepção de emergência gerando quatro categorias: não receber atendimento em 72 horas e não receber contracepção de emergência; não receber atendimento em 72 horas e receber contracepção de emergência; receber atendimento em 72 horas e não receber contracepção de emergência;

receber atendimento em 72 horas e receber contracepção de emergência.

As variáveis de ajuste foram idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais), escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais anos, ignorado) e violência de repetição (sim ou não). A análise ajustada foi realizada em dois níveis, o primeiro incluiu a idade e a escolaridade e o segundo a combinação entre tempo de atendimento e contracepção de emergência e violência de repetição. Esta opção se deu pela influencia diferenciada destas variáveis para a gravidez.

Para análise das violências sexuais que resultaram em IST foram excluídas as notificações de violência sexual que não informaram penetração oral, anal ou vaginal, (210 casos), sem informação sobre penetração e negativas para IST (177 casos), sem informação sobre penetração com IST positivo (2 casos), sem informação tanto de penetração quanto de IST (72 casos), com informação positiva de penetração e sem informação de IST (198 casos), as com informação negativa para penetração e sem informação para IST (34 casos) e 1 caso sem penetração com IST. Permaneceram para a análise 1.316 notificações de violência sexual. Para IST (sim ou não) as variáveis de exposição foram atendimento em 72 horas, receber profilaxia para hepatite B, HIV e IST bacteriana. As variáveis de ajuste foram idade (10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 ou mais) escolaridade em anos de estudo (0 a 4 anos, 5 a 8 anos, 9 ou mais anos), número de agressores (um, dois ou mais) e violência de repetição (sim ou não). A análise ajustada foi realizada em dois níveis, no primeiro, idade e escolaridade e no segundo, as demais variáveis.

As variáveis foram analisadas por meio da estatística descritiva em frequência simples e proporção (%) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). A associação entre as variáveis foi testada por meio da regressão logística não ajustada e ajustada com os valores expressos em razão de chance Odds Ratio (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as variáveis entraram no modelo de análise ajustada e os valores de $p \leq 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer nº 450.596/14.

Resultados

Foram selecionados para a análise de gravidez 1.230 notificações de violência sexual contra mulheres entre os anos de 2008 e 2013 no

estado de Santa Catarina, Brasil. A ocorrência de gravidez como consequência da violência sexual foi de 7,6%. Destas mulheres a maioria possuía idade entre 10 e 14 anos (10,8%) e baixa escolaridade (13,3%). Quanto ao atendimento relacionado a saúde é importante destacar que o desfecho gravidez ocorreu, em sua maioria, nas mulheres que não foram atendidas em 72 horas e não receberam anticoncepção de emergência (14,2%). Entre as que foram atendidas em 72 horas e não receberam contracepção de emergência, a gravidez ocorreu em 8,4% e quando o atendimento se realizou em 72h e houve a contracepção de emergência a gravidez ocorreu em 1,6%. Cabe destacar ainda que na violência sexual de repetição a gravidez acontece em maior frequência quando comparada com os casos de violência de episódio único (Tabela 1).

Tabela 1 - Gravidez decorrente de violência sexual em mulheres de 10 a 49 anos segundo covariáveis em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	Violência Sexual		Gravidez		
	n	%	n	%	IC95% p*
Idade (n=1230)					<0,001
10 a 14 anos	546	44,3	60	10,8	(8,4-13,7)
15 a 19 anos	297	24,1	20	6,7	(4,3-10,2)
20 a 49 anos	387	31,4	14	3,8	(2,3-6,3)
Escolaridade (n=1230)					<0,001
0 a 4 anos	165	13,4	22	13,3	(8,9-19,4)
5 a 8 anos	549	44,6	50	9,1	(6,9-11,8)
9 ou mais	338	27,4	15	4,4	(2,6-7,2)
Ignorado	178	14,4	7	3,9	(1,8-8,0)
Violência de Repetição (n=1174)					<0,001
Sim	421	35,8	52	12,3	(9,5-15,8)
Não	753	64,1	32	4,3	(3,1-6,1)
Tempo de atendimento e uso de contracepção de emergência (n=1230)					<0,001
Não atendida em até 72 horas e não recebeu contracepção	387	31,4	55	14,2	(11,0-18,0)
Não atendida em até 72 horas e recebeu contracepção	71	5,7	3	4,2	(1,3-12,3)
Atendida em até 72 horas e não recebeu contracepção	343	27,8	29	8,4	(5,9-11,9)
Atendida em até 72 horas e recebeu contracepção	429	34,8	7	1,6	(0,7-3,3)

Fonte: SINAN/SC.

*p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significativa

Na Tabela 2, na análise não ajustada, houve associação entre idade das mulheres e gravidez. A chance para as adolescentes de 10 a 14 anos engravidarem foi três vezes maior ($p < 0,001$) quando comparadas com mulheres com 20 a 49 anos. A baixa escolaridade (> 4 anos de

estudo) também se mostrou significativamente associada à gravidez ($p < 0,001$) representando chance três vezes maior de engravidar quando comparadas com as mulheres com escolaridade maior (9 ou mais anos de estudo). Tanto ser atendida em 72 horas quanto receber contracepção de emergência, demonstraram ser fatores de proteção significativos para gravidez.

Tabela 2 - Análise não ajustada e ajustada (Odds Ratio) dos fatores associados à gravidez em mulheres de 10 a 49 anos que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	OR (IC95%) Não Ajustada	P†	OR (IC95%) Ajustada*	P†
Idade				
10 a 14 anos	3,00(1,67-5,38)	<0,001	2,00(0,98-4,67)	0,052
15 a 19 anos	1,79(0,90-3,56)	0,097	2,70(1,17-4,67)	0,002
20 a 49 anos	1,00		1,00	
Escolaridade				
0 a 4 anos	3,31(1,66-6,57)	0,001	2,74(1,32-5,71)	0,007
5 a 8 anos	2,15(1,19-3,90)	0,011	1,47(0,76-2,86)	0,245
9 ou mais	1,00		1,00	
Violência de Repetição				
Sim	3,07(1,95-4,84)	<0,001	1,69(1,03-2,76)	0,035
Não	1,00		1,00	
Tempo de Atendimento e Uso de Contracepção de Emergência				
Não atendida até 72h com contracepção	0,26(0,08- 0,87)	0,029	0,26(0,62-1,15)	0,077
Atendida até 72 h sem contracepção	0,55(0,34-0,89)	0,016	0,63(0,37-1,07)	0,090
Atendida em até 72h com contracepção	0,10(0,04-0,22)	<0,001	0,16(0,72-0,39)	<0,001
Não atendida até 72h sem contracepção	1,00		1,00	

Fonte: SINAN/SC

* Análise ajustada com entrada no modelo em dois níveis. No primeiro nível, idade e escolaridade, no segundo, tempo de atendimento e uso de contracepção de emergência

† p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante

Na análise ajustada (Tabela 2), idade entre 15 e 19 anos e baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo) se mantiveram significativamente associadas a maior chance de gravidez. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência implicou em chance 84% menor de gravidez. Mesmo não ser atendida em 72 horas, mas receber contracepção de emergência, diminui a chance de gravidez em 74,0% quando comparada com a referência de não ser atendida em 72 horas e não receber contracepção de emergência. A mulher que sofreu violência de repetição aumentou 1,69 vezes a chance de gravidez no modelo ajustado.

Tabela 3 - Infecção Sexualmente Transmissível (IST) decorrente de violência sexual segundo covariáveis em mulheres de 10 anos e mais, Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	Violência Sexual		IST		
	n	%	n	%	IC95% p*
Idade (n=1316)					0,033
10 a 14 anos	561	42,6	17	3,0	1,8-4,8
15 a 19 anos	308	23,4	18	5,8	3,7-9,0
20 ou mais anos	447	33,9	11	2,4	1,3-4,3
Escaridade (n=1129)					0,119
0 a 4 anos	194	14,7	5	2,5	1,0-6,0
5 a 8 anos	572	43,4	23	4,1	2,8-6,1
9 ou mais	363	27,5	7	1,9	0,9-3,9
Numero de Agressores (n=1296)					0,019
Um	1.091	84,1	33	3,0	2,1-4,2
Dois ou mais	205	15,8	13	6,3	3,7-10,6
Violência de Repetição (n=1261)					0,512
Sim	457	36,2	18	3,9	2,4-6,1
Não	804	63,7	26	3,2	2,2-4,7
Atendimento em até 72 horas (n=1316)					0,971
Sim	833	63,3	28	3,4	2,4-4,9
Não	483	36,7	17	3,5	2,1-5,5
Profilaxia Hepatite B (n=1279)					0,094
Sim	442	34,5	20	4,5	2,9-6,9
Não	837	65,4	23	2,7	1,8-4,1
Profilaxia HIV (n=1288)					0,207
Sim	670	52,0	27	4,0	2,7-5,8
Não	618	47,9	17	2,7	1,7-4,3
Profilaxia IST Bacteriana (n=1286)					0,045
Sim	686	53,3	29	4,3	3,0-6,1
Não	600	46,6	14	2,3	1,3-3,9

Fonte: SINAN/SC

* p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante

A ocorrência informada de infecção sexualmente transmissível como consequência da violência sexual foi de 3,5%. A Tabela 3 apresenta a análise descritiva das notificações demonstrando que a maior proporção de IST (5,8%) ocorreu com mulheres de 15 a 19 anos e escolaridade de 5 a 8 anos de estudo (4,1%). As que foram atendidas em 72 horas e receberam profilaxia para Hepatite B, HIV e IST bacterianas apresentaram maior proporção de IST quando comparadas as que não foram atendidas em 72 horas e não receberam estas profilaxias.

A proporção de IST foi de 6,3% quando a violência sexual ocorreu por dois ou mais agressores, significativamente maior quando comparada a um único agressor (3,0%).

Tabela 4 - Odds Ratio (OR) não ajustada e ajustada dos fatores associados a Infecção Sexualmente Transmissível em mulheres de 10 anos e mais que sofreram violência sexual em Santa Catarina, Brasil, 2008 a 2013.

Variável	OR (IC95%) Não ajustada	p†	OR (IC95%) Ajustada*	p†
Idade				
10 a 14 anos	1,23(0,57-2,67)	0,585	0,91(0,40-2,06)	0,836
15 a 19 anos	2,46(1,14-5,28)	0,021	2,47(1,12-5,41)	0,024
20 anos ou mais	1,00		1,00	
Escolaridade				
0 a 4 anos	1,34(0,42-4,29)	0,616	1,94(0,58-6,42)	0,276
5 a 8 anos	2,22(0,94-5,22)	0,066	2,90(1,17-7,14)	0,021
Ignorada	2,87(1,07-7,67)	0,035	3,57(1,31-9,71)	0,013
9 anos ou mais	1,00		1,00	
Numero de Envolvidos				
Dois ou mais	2,17(1,12-4,19)	0,021	2,39(1,16-4,89)	0,017
Um	1,00		1,00	
Ocorreu Outras Vezes				
Sim	1,22(0,66-2,26)	0,513	1,39(0,67-2,89)	0,374
Não	1,00		1,00	
Atendimento em até 72hs				
Sim	0,98 (0,53-1,81)	0,971	0,85(0,39-1,84)	0,689
Não	1,00		1,00	
Profilaxia Hepatite B				
Sim	1,67(0,91-3,08)	0,097	1,39(0,62-3,13)	0,415
Não	1,00		1,00	
Profilaxia HIV				
Sim	1,48(0,80-2,75)	0,209	0,60(0,20-1,83)	0,378
Não	1,00		1,00	
Profilaxia IST Bacteriana				
Sim	1,91(1,00-3,64)	0,048	2,51(0,84-7,48)	0,096
Não	1,00		1,00	

Fonte: SINAN/SC

*Análise ajustada com entrada no modelo em dois níveis. No primeiro nível, idade e escolaridade, no segundo, as demais variáveis

† p valor $\leq 0,05$ estatisticamente significante

Na Tabela 4, na análise não ajustada, mostrou-se significativamente associada a IST, idade entre 15 e 19 anos, ter essa idade aumentou em 2,46 vezes a chance de contrair uma IST quando comparadas as com 20 anos ou mais. A escolaridade intermediária, 5 a 8 anos de estudo, ampliou em 2,22 vezes a chance de IST quando comparadas as mulheres com 9 ou mais anos de estudo, enquanto que a violência sexual por dois ou mais agressores, ampliou em 2,17 vezes a chance de IST quando comparadas a um agressor único. Na análise ajustada mantiveram-se significativamente associados à maior chance de IST a idade 15 a 19 anos, a escolaridade de 5 a 8 anos e mais de um agressor envolvido.

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram que a gravidez ocorreu para 7,6% das mulheres, em maior proporção para as que não acessaram o serviço de saúde e não receberam a contracepção de emergência, as que sofreram violência de repetição e para as adolescentes de 10 a 14 anos. Quanto a infecção sexualmente transmissível, a ocorrência foi de 3,5%, sendo maior nas mulheres de 15 a 19 anos ou que tiveram mais de um agressor.

A ocorrência de 7,6% (n = 94) de gravidez em decorrência da violência sexual, dentre as 1.230 notificações de violência sexual de mulheres de 10 a 49 anos, encontrada no presente estudo, foi maior que a encontrada em São Paulo¹⁴ e Campinas¹⁵ que identificaram 5,0% e 2,3% de gravidez decorrente de estupro. O estudo em São Paulo envolveu mulheres na maioria adultas e o segundo realizado em Campinas 42,2% das mulheres tinham de 15 a 19 anos. É importante considerar a idade das mulheres, pela maior probabilidade de engravidar das adolescentes quando comparadas as mulheres com mais idade,¹⁴ confirmado por pesquisa sobre fertilidade com 782 casais que analisou 5.860 ciclos menstruais que apontou que a probabilidade de gravidez diminui com a idade com perda substancial para as mulheres, a partir dos 19 anos de idade (50,0%) chegando a 70,0% acima dos 35 anos.¹⁶

Quando observamos o atendimento nos serviços de saúde relacionados ao número de gravidez em decorrência da violência sexual, chama a atenção no presente estudo a ocorrência de 14,2% (55 casos), de mulheres que não foram atendidas em 72 horas e não receberam anticoncepção de emergência. Como ainda, 8,4% (29 casos) foram atendidas no serviço de saúde e não receberam a contracepção.

O acesso em tempo oportuno para evitar a gravidez é uma ação da mulher a partir do reconhecimento da situação de violência vivenciada e do entendimento de que o serviço de saúde é capaz de acolher e intervir no enfrentamento das consequências da agressão. Segundo Vertamatti et al.,⁶ um dos fatores apontados para a demora na procura pelo atendimento de saúde é o agressor ser conhecido da vítima, o que acontece frequentemente na violência sexual contra adolescentes. No presente estudo as adolescentes, tiveram mais notificações de violências, e apresentaram maior percentual de gravidez. Ressalta-se o agravante dessa situação para as menores de 14 anos, em fase inicial de desenvolvimento físico e sexual, muitas vezes ainda nem passaram pela menarca, ficam grávidas em decorrência da violência sexual, condição que acarreta sérias repercussões psicológicas, de saúde e sexualidade.¹⁷

Estudos internacionais¹⁸⁻¹⁹ apontam que para as adolescentes os agressores frequentemente são pessoas de seu círculo de relacionamento, amigos ou familiares. Da mesma forma no Brasil,²⁰ pesquisa realizada com base em notificações de violência aos Conselhos Tutelares, entre 2007 e 2008, para jovens de 10 a 18 anos de idade, identificou como agressor, o padrasto (32,0%), seguido pelo pai (17,0%) e a maior ocorrência da violência sexual foi na faixa etária de 10 a 14 anos (66,0%), com a maior incidência de violência sexual no sexo feminino (91,0%) e no âmbito domiciliar. Esta condição amplia a possibilidade da violência de repetição o que neste estudo aumentou em 1,69 vezes a chance de gravidez.

A violência de repetição pressupõe o convívio próximo com o agressor, muitas vezes familiar e na residência, o que pode contribuir para a demora da procura por serviços de saúde, ampliando as chances de ocorrer a gravidez decorrente da agressão. Para Viodres e Ristum²¹ as famílias tendem a silenciar as violências que ocorrem no seu meio, por vezes até por implicações de ordem econômica e emocional estas temem pelo afastamento do agressor caso seja identificado. Ainda é preciso destacar que o constrangimento, o medo da humilhação e da incompreensão que faz com que muitas vezes a culpa recaia sobre a vítima, contribui para que a denuncia não ocorra ampliando as chances de recorrência da violência.²²

O presente estudo demonstra a relevância da contracepção de emergência na prevenção da gravidez quando aponta menor proporção (1,6%) de gravidez para as mulheres que receberam contracepção de emergência em 72hs, período de maior eficácia do medicamento, seguidas por aquelas que procuraram o serviço após esse período e ainda receberam a anticoncepção, com 4,2% de gravidez. Estes achados corroboram em relação à eficácia da anticoncepção de emergência, tendo indicação de uso em até cinco dias após a agressão, com diminuição da proteção proporcional ao tempo decorrido.²³ Importante considerar que a contracepção de emergência em 72 horas demonstrou ser o maior fator de proteção (84,0%) para a gravidez.

Neste sentido é preocupante que nos resultados encontrados na pesquisa atual somente 50,0% das mulheres que sofreram violência sexual receberam contracepção de emergência, 34,8% em 72 horas e 5,7% depois deste período. Destaca-se que esta está indicada nos contatos certo ou duvidoso com sêmen independente do ciclo menstrual da mulher, com exceção para as que utilizam método contraceptivo de elevada eficácia.⁵ A não indicação deste procedimento viola o direito das vítimas ao acesso a medicamento que tem alta eficácia na prevenção

da gravidez, 92,9% a 94,7% como demonstrado por Shohel et al.,²⁴ em revisão sistemática publicada em 2014 que reuniu estudos duplos cegos randomizados realizados entre 1967 à 2012. Além disso, é importante considerar que apesar da interrupção da gravidez decorrente de violência sexual ser também um direito o acesso a este procedimento ainda não é uma realidade para muitas mulheres, fazendo com que a anticoncepção de emergência se constitua e uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual.²²

Como a gravidez a infecção sexualmente transmissível decorrente da violência sexual se configura pela sobreposição de sofrimento imposto às mulheres destruindo projetos de vida e deixando marcas para sempre interferindo na vida pessoal e familiar das vítimas. Quando as mulheres vítimas de violência sexual procuram os serviços de saúde o fazem na expectativa de encontrar medidas protetoras²² que consigam entre outras, evitar as infecções sexualmente transmissíveis, tendo em vista que uma das maiores preocupações destas é ser contaminada com o HIV.²⁵

No presente trabalho a ocorrência de IST, informada como consequência da violência sexual, foi de 3,5%, não especificando a doença, com maior proporção para as de 15 a 19 anos, que sofreram violência de repetição e por mais de um agressor. Dentre as variáveis analisadas no estudo se manteve associada significativamente a IST, a idade de 15 a 19 anos que aumentou a ocorrência de IST em 2,47 vezes e o número de envolvidos na agressão, dois ou mais agressores, ampliou em 2,17 vezes a ocorrência de IST, o que se explica pela maior exposição nestes casos. Com relação à idade, adolescentes de 15 a 19 anos tem como fatores associados a IST o uso infrequente do preservativo e o uso de drogas lícitas e ilícitas,²⁶ estes fatores se ampliam num contexto de violência sexual podendo justificar maior número de casos neste grupo etário.

Quanto a administração ou não de profilaxias para as IST esta depende da avaliação do risco para a doença em decorrência da agressão,²⁷ no entanto, a recomendação para os serviços de saúde é de haja indicação de profilaxias para todos os casos com potencial risco para as mulheres de contrair uma IST,²⁴ para as quais existem medicamentos de eficácia reconhecida, como a Hepatite B e o HIV e as IST bacterianas, gonorreia, sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase.²⁷ Entre os fatores que expõe a maior ou menor risco estão o tipo de exposição sexual (penetração), a exposição a sangue e/ou secreção do agressor, a presença de IST previa, a infectividade dos microrganismos, a susceptibilidade da vítima, o número de agressores e

a violência de repetição.⁷

Um critério para indicação de profilaxia, em especial para o HIV, é ser atendido em 72 horas após a agressão. No presente estudo 63,3% das mulheres acessaram o serviço de saúde neste período, porém somente 52,0% receberam a profilaxia antirretroviral. Esta informação permite inferir que os profissionais de saúde podem estar selecionando as mulheres de acordo com maior risco para a infecção. Da mesma forma, a profilaxia para Hepatite B foi indicada para 34,5% das mulheres e 53,3% para infecções bacterianas. No caso da Hepatite B, as mulheres agredidas podem ter recebido anteriormente esquema vacinal completo para esta doença não necessitando a profilaxia.

Ainda é preciso considerar que os resultados encontrados apontam um menor percentual de mulheres que receberam profilaxia para IST quando comparado a outros estudos.¹⁵⁻²⁸ Facuri et al.,²⁸ em serviço de referência de São Paulo, encontraram 87,6% dos atendimentos em 72 horas com a prescrição de profilaxias para HIV para 84% dos atendimentos, 82,5% para hepatite B, 86,5% para IST bacteriana. Enquanto, Andalaft et al.²⁹ apontaram que apenas metade dos estabelecimentos do país oferecia profilaxia para Hepatite B, apenas 45% contra HIV e somente 8% dos serviços de saúde que atendiam vítimas de violência sexual faziam uso de protocolo baseado na norma técnica publicada pelo Ministério da Saúde entre 1.395 estabelecimentos de saúde representativos do país pesquisados em 2006. Isso demonstra uma grave situação, em que o acesso aos serviços não garante as mulheres o acesso às profilaxias.

Entre os resultados obtidos neste estudo, as mulheres que foram atendidas em 72 horas e receberam profilaxia para Hepatite B, HIV e IST bacterianas apresentaram maior proporção de IST quando comparadas aquelas que não foram atendidas em 72 horas e não receberam estas profilaxias. Esta é uma informação que precisa ser analisada com cautela, tendo em vista que a informação da ficha de notificação não informa o acompanhamento, nem a realização de exames laboratoriais que confirmem a ocorrência de IST relacionada a agressão sexual. Outro fator a ser considerado é que a indicação dos medicamentos não assegura que a mulher faça uso. Revisão sistemática sobre a adesão da profilaxia pós exposição ao HIV para situações de violência sexual, encontrou um percentual de adesão de somente 40,2%, sendo menor entre adolescentes 36,6%.³⁰ Os medicamentos utilizados para a profilaxia, entre eles para o HIV, causam efeitos adversos, mais de 50% das pessoas que utilizam profilaxia antirretroviral apresentam estes efeitos, principalmente no sistema gastrointestinal.⁵

As emergências dos hospitais são, dentre os serviços de saúde os locais que mais tem disponível atendimento as vítimas de violência sexual²⁹ estas realizam o atendimento emergencial de anticoncepção e profilaxias, de maneira que quando não existe articulação em rede com ambulatorios que possibilitem o acompanhamento das mulheres, a com isso sequencia dos atendimentos é rompida.³¹ O atendimento não pode limitar-se à emergência, visto que a violência sexual tem consequências em longo prazo que devem ser tratadas quando aparecerem, o seguimento, não deve ser menor que seis meses,³² o acompanhamento após o atendimento emergencial é importante para dar suporte a continuidade do tratamento pós exposição.

Nesta pesquisa a ausência de informação sobre o abandono do tratamento pela mulher e qual IST esta teve em decorrência da violência são limitações que também indicam a possibilidade de um futuro estudo complementar com base nos prontuários dos serviços de saúde. É importante considerar ainda, as limitações relacionadas a subnotificação dos registros no banco do SINAN³³ e as informações não disponíveis, por preenchimento incompleto das fichas de notificação, o que não invalida os achados, mas indica cautela na interpretação dos dados.

Por outro lado, este trabalho permitiu conhecer a ocorrência de gravidez e IST informada pelos profissionais de saúde como decorrentes da agressão sexual e analisar as ações informadas pelos serviços de saúde para a profilaxia destes agravos. É fundamental que os serviços de saúde garantam o acesso para as mulheres agredidas sexualmente às medidas de anticoncepção de emergência e as profilaxias de IST. Este acesso inicia-se com a estruturação dos serviços para o atendimento com protocolo estabelecido de acordo com as melhores evidências científicas e com a divulgação da existência do serviço à população, de forma que esta o acesse em tempo oportuno para realizar as medidas profiláticas.

Este estudo apontou como significativamente associada à gravidez decorrente da agressão sexual, o atendimento pelo setor saúde em 72 horas e receber a contracepção de emergência. Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência mostrou-se fator de proteção (84,0%) com menor ocorrência de gravidez nestes casos. Quanto as infecções sexualmente transmissíveis, as notificações mostram que as mulheres que acessaram os serviços de saúde e receberam as profilaxias para HIV, Hepatite B e infecções bacterianas tiveram maior ocorrência, no entanto na análise ajustada não mostrou-se significativamente associada. Essa informação necessita de estudos in loco nos serviços de saúde para que seja ampliada a análise.

As instâncias de gestão do SUS precisam assumir a

responsabilidade tanto da garantia de atendimento as vítimas de violência sexual como do registro das informações na ficha de notificação de violências. Neste sentido as normatizações devem ser acompanhadas de processos de educação permanente para os profissionais de saúde e gestores a fim de que o direito garantido pelas políticas de saúde seja realidade.

Por fim, espera-se que os dados apresentados contribuam para a reflexão sobre o papel dos serviços de saúde na atenção as mulheres agredidas sexualmente na perspectiva de ampliar a resolutividade das ações de profilaxia minimizando o sofrimento causado por este agravo.

Referências

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc Estado*. 2014 maio/ago;29(2):449-69.
2. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Genebra: OMS; 2012.
4. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Franca Junior I. [Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005]. *Rev Saude Publica*. 2008 jun;42(Suppl 1):127-37.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3th ed. Brasília: Ministerio da Saúde; 2012.
6. Vertamatti MAF, Abreu LC, Drezett J, Valenti VE, Barbosa CP. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2013;23(1):46-51.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Myles JE, Bamberger J. Offering prophylaxis following sexual

assault. San Francisco: Department of Public Health/The California HIV PEP after Sexual Assault Task Force/The California State Office of AIDS; 2001.

9. Driessen RM, Philippi JMS, Cruz EF. O sistema de informação de notificação / investigação sobre violência doméstica, sexual e/ou outras violências em Santa Catarina - de 2008 a maio de 2010. Florianópolis: [2010] [acesso em 12 set. 2012]. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/tcc/O_sistema_de_informacao_de_notificacao_investigacao_sobre_violencia_domestica_sexual_e_ou_outras_violencias_em_Santa_Catarina_de_2008_a_maio_de_2010.pdf.
10. Cervantes GV, Schuelter-Trevisol F, Jornada LK. Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Rev Bras Clin Med.* 2013 abr-jun;11(2):145-9.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais 2012: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2012. Brasília: IBGE, 2012 [acesso em 12 set 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2012/default.shtm>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) : 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
14. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(2):126-35.
15. Oshikata CT, Bedone AJ, Papa MSF, Santos GB, Pinheiro CD, Kalies AH. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011 abr;27(4):701-13.

16. Dunson DB, Colombo B, Baird DD. Changes with age in the level and duration of fertility in the menstrual cycle. *Hum Reprod.* 2002 May;17(5):1399-403.
17. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2010 jan/abr;20(45):123-31.
18. Macdowall W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet.* 2013 Nov;382(9907):1845-55.
19. González A E, Montero V A, Martínez N V, Leyton M C, Luttgés D C, Molina G T. Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2012;77(6):413-22.
20. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, Barbosa MAM, Gerk MAS, Freitas SLF. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev Gaúch Enferm.* 2011 dec;32(4):781-7.
21. Viodres Inoue SR, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estud Psicol (Campinas).* 2008;25(1):11-21.
22. Drezett J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. *Rev Psicol UNESP.* 2003;2(1)36-50.
23. Choi DS, Kim M, Hwang KJ, Lee KM, Kong TW. Effectiveness of emergency contraception in women after sexual assault. *Clin Exp Reprod Med.* 2013;40(3):126-30.
24. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MMN, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Women's Health.* 2014 Apr;14:54. doi: 10.1186/1472-6874-14-54.
25. Madi SRC, Knob LF, Lorencetti J, Marcon NO, Madi JM. Violência

- sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. *Rev AMRIGS*. 2010 jan-mar;54(1):13-8.
26. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004 mai-jun;37(3):210-14.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
28. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013 maio;29(5):889-98.
29. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *FEMINA*. 2012 nov/dez 2012;40(6):301-6.
30. Ford N, Irvine C, Shubber Z, Baggaley R, Beanland R, Vitoria M, et al. Adherence to HIV postexposure prophylaxis: a systematic review and meta-analysis. *Aids*. 2014 nov;28(18):2721-7.
31. Cavalcanti LF, Flach RMD, Farias RS. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *Soc Quest*. 2012;Ano XV(28):99-124.
32. Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007 fev;23(2):465-9.
33. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1805-15.

6 CONCLUSÕES

A partir das análises realizadas nesta tese de doutorado pode-se concluir que:

1. Os resultados do presente estudo demonstram maior proporção de notificação de violência sexual em adolescentes, com maior recorrência da agressão e gravidez para as de 10 a 14 anos.

Os dados demonstram que mais da metade das notificações 47,2 % foram de adolescentes de 10 a 14 anos e 22,3% com 15 a 19 anos, enquanto para as adultas foi de 30,3%. Nas adolescentes a violência de repetição foi maior para as de 10 a 14 anos (51,0%) sendo que estas tiveram também maior proporção de gravidez (8,5%), e com três vezes mais chance de engravidar quando comparadas com as mulheres de 20 a 49 anos.

2. As adultas foram agredidas e tiveram maior número de lesões físicas, tentativas de suicídio e óbitos, com maior consumo de álcool pelo agressor.

As mulheres adultas sofreram mais lesões físicas nas agressões sexuais, sendo informadas em 71,0% dos casos, predominando contusões e cortes destacando-se também casos de traumatismo crânio encefálico (1,7%) e as mortes em decorrência da agressão em maior número para as mulheres com 20 anos ou mais. O uso de álcool pelo agressor ocorreu em mais da metade das agressões (53,8%).

3. A penetração vaginal ocorreu em mais da metade das violências notificadas e expôs as mulheres à gravidez e a infecção sexualmente transmissível (IST).

As notificações apontaram que 59,9% das agressões sexuais tiveram penetração vaginal e 21,2% mais de um tipo de penetração em proporção semelhante entre adultas e adolescentes, dentre estas a prevalência de gravidez como consequência da violência sexual foi de 7,6% e de IST de 3,5%.

4. Acesso das mulheres à contracepção de emergência protege da gravidez decorrente da agressão sexual, com maior proteção quando estas acessam os serviços de saúde em 72 horas.

Ser atendida em 72 horas e receber a contracepção de emergência demonstrou maior fator de proteção para a gravidez, e 84,0% para as que foram atendidas depois de 72 horas, e receberam contracepção de emergência a chance de gravidez foi 74,0% menor quando comparadas as não atendidas em 72 horas que não receberam contracepção de emergência. É um direito das mulheres agredidas sexualmente o acesso a serviços de saúde e medidas que reduzam os danos desta agressão, entre elas, a contracepção de emergência. Este acesso precisa ser garantido enquanto política pública a partir da orientação às mulheres sobre esta medida e da indicação pelos profissionais de saúde.

5. As notificações mostram que o acesso às profilaxias para IST não tem protegido as mulheres de infecções sexualmente transmissíveis.

As mulheres com algum tipo de penetração (oral, vaginal, anal ou mais de uma delas) que receberam profilaxia para Hepatite B, HIV e IST bacterianas, tiveram a maior proporção de IST quando comparadas as que não receberam estas profilaxias. O que permite apontar que somente a indicação da medicação não é suficiente para que as mulheres não adquiram IST em decorrência da agressão sexual. A administração das profilaxias precisa ser acompanhada de acolhimento e orientação minimizando as dúvidas da mulher, garantindo acesso a acompanhamento. Ainda, destaca-se a importância da informação à população sobre o acesso em tempo oportuno as profilaxias e o papel dos serviços de saúde na rede de enfrentamento a violência sexual.

Os resultados reforçam a importância da notificação como instrumento de informação sobre a violência sexual sofrida pelas mulheres com potencial para instrumentalizar políticas públicas para o seu enfrentamento. Os estudos que abrangem essa tese trazem um alerta para a necessidade de ampliação de ações de proteção voltadas às adolescentes, em especial as de 10 a 14 anos.

É importante destacar que a ficha de notificação tem potencial para análise dos serviços no atendimento a mulher vítima de violência sexual. No entanto, para que a informação fosse mais completa, seriam necessários campos que informassem o seguimento do tratamento, qual IST foi identificada em decorrência da agressão sexual e qual o critério de identificação de IST, se laboratorial ou clínico.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Violencia contra la mujer: respuesta del sector de la salud. Ginebra, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87060/1/WHO_NMH_VI_P_PVL_13.1_spa.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Ginebra: WHO, 2013.
3. FAWOLE, O. I.; DAGUNDURO, A. T. Prevalence and correlates of violence against female sex workers in Abuja, Nigeria. **Afr. Health Sci.**, v. 14, n. 2, p. 299-313, jun. 2014. doi: 10.4314/ahs.v14i2.4.
4. BURGOS-SOTO, J. et al. Intimate partner sexual and physical violence among women in Togo, West Africa: prevalence, associated factors, and the specific role of HIV infection. **Glob. Health Action.**, v. 7, n. 23456, may. 2014. doi: 10.3402/gha.v7.23456.
5. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã**. Genebra: OMS, 2011.
6. DECKER, M. R. et al. Prevalence and health impact of intimate partner violence and non-partner sexual violence among female adolescents aged 15-19 years in vulnerable urban environments: a multi-country study. **J. Adolesc. Health**, v. 55, n. 6 - Suppl., p. S58-67, dec. 2014.
7. MENEZES, J. P. et al. Perfil sócio-demográfico de mulheres que sofreram com a violência de gênero no Rio de Janeiro: subsídios para a enfermagem. **R. Pesq.: Cuid. Fundam.** [Online], Rio de

- Janeiro, v. 2, Ed. Supl., p. 418-22, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/963/pdf_165>. Acesso em: 12 Set. 2015.
8. DALAL, K.; WANG, S.; SVANSTROM, L. Intimate partner violence against women in Nepal: an analysis through individual, empowerment, family and societal level factors. **J. Res. Health Sci.**, v. 14, n. 4, p. 251-7, Autumn 2014.
 9. PICHIULE CASTANEDA, M. et al. [Young people dating violence surveillance in Madrid, Spain]. **Rev. Esp. Salud Publica**, v. 88, n. 5, p. 639-52, Oct. 2014. doi: 10.4321/S1135-57272014000500008.
 10. BLACK, M. C. et al. Prevalence of Sexual Violence Against Women in 23 States and Two U.S. Territories, BRFSS 2005. **Violence Against Women**, v. 20, n. 5, p. 485-99, apr. 2014.
 11. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília: Ideal Gráfica e Editora, 2011.
 12. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.; FRANCA JUNIOR, I. [Intimate partner sexual violence among men and women in urban Brazil, 2005]. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Suppl 1, p. 127-37, jun. 2008.
 13. SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, Jul./Dez. 1995.
 14. BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Soc. Estado**. v. 29, n. 2, p. 449-69, Maio/Ago. 2014.
 15. BANDEIRA, L. A.; ALMEIDA, T. M. C. A violência contra as mulheres: um problema coletivo e persistente. In: LEOCÁDIO, E.; LIBARDONI, M. (Orgs.). **O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**. Brasília: AGENDE, 2006. p. 19-43.

16. NERY, I. S.; VASCONCELOS, T. B. Políticas públicas de enfrentamento a violência de gênero. In: ENCONTRO NACIONAL DA REDE FEMINISTA NORTE E NORDESTE DE ESTUDOS E PESQUISA SOBRE A MULHER E RELAÇÕES DE GÊNERO - REDOR, 17. 14 a 17 de novembro de 2012. João Pessoa, **Anais Digital**, 2012. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/135/63>>. Acesso e: 12 set. 2015.
17. SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.
18. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). IV Conferência Mundial sobre Mulher: ação para igualdade, desenvolvimento e paz. Pequim, China, 04 e 15 de setembro de 1995.
19. SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-27, jul./ago. 2009.
20. IPEKTEN, A. M.; YILDIZ, H. Domestic sexual violence and sexual problems among gynecology outpatients: an example from Turkey. **Women Health**. v. 54, n. 5, p. 439-54, 2014.
21. MOURA, L. B. A. et al. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 944-53, dez. 2009.
22. OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 455-8, fev. 2007.
23. KRUG, E. G. et al. El informe mundial sobre la violencia y la salud. **Biomédica**, Bogotá, v. 22, Supl. 2, p. 327-36, dec. 2002.
24. SCHRAIBER, L. B. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.
25. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção da**

- violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher:** ação e produção de evidência. Washington, D.C.: OMS, 2012.
26. BLAKE, M. T. et al. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. **BMC Womens Health**. v. 14, n. 15, jan. 2014. doi: 10.1186/1472-6874-14-15.
 27. YBARRA, M. L.; MITCHELL, K. J. Prevalence rates of male and female sexual violence perpetrators in a national sample of adolescents. **JAMA Pediatr.**, v. 167, n. 12, p. 1125-34, Dec. 2013. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.2629.
 28. ALI, T. S. et al. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **Int. J. Womens Health**, v. 3, p. 105-15, mar. 2011. doi: 10.2147/IJWH.S17016.
 29. PURI, M. et al. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. **BMC Res. Notes**, v. 5, p. 291, jun. 2012. doi: 10.1186/1756-0500-5-291.
 30. TIWARI, A. et al. Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study. **BMC Womens Health**, v. 14, p. 70, may. 2014. doi: 10.1186/1472-6874-14-70.
 31. Brecklin LR, Ullman SE. The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes. **J. Interpers. Violence**, v. 25, n. 8, p. 1503-22, aug. 2010. doi: 10.1177/0886260509354584.
 32. BADEJOKO, O. O. et al. Sexual assault in Ile-Ife, Nigeria. **Niger Med J.**, v. 55, n. 3, p. 254-9, may. 2014.
 33. MACDOWALL, W. et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **Lancet**, v. 382, n. 9907, p. 1845-55, nov. 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62300-4
 34. MUKANANGANA, F. et al. Gender based violence and its effects on women's reproductive health: the case of Hatcliffe, Harare,

- Zimbabwe. **Afr. J. Reprod. Health**, v. 18, n. 1, p. 110-22, mar. 2014.
35. MATHIAS, A. K. et al. Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in Sao Paulo state, Brazil. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, v. 121, n. 3, p. 214-7, jun. 2013. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.12.019.
36. MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 11, Sup., p. 1259-67, 2007.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001. Estabelece a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 18 maio 2001. Seção 1, Col. 2, p. 02.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
39. BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Brasília: MS, 2012. (Série A: Normas e Manuais Técnicos - Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6).
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 485/GM/MS, de 01 de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 de abril de 2014. Seção 1, Col. 1, p. 53.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 618/GM/MS, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do SCNES para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 22 de julho de 2014. Seção 1, Col. 1, p. 82.

42. BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 11.340 (Lei Ordinária), de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08 de agosto de 2006, n. 151, Seção 1, Col. 1, p. 1-4.
43. BRASIL. Presidência da República. Lei nº. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 25 de novembro de 2003, n. 229, Seção 1, Col. 1, p. 11-2.
44. BRASIL. Presidência da República. Decreto Lei nº 3.688, de 03 de outubro de 1941. Lei de Contravenções Penais. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 13 de outubro de 1941, Seção 1, Col. 1, p. 19.696.
45. BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial da União**. Rio de Janeiro, 31 de dezembro de 1940, Seção 1, Col. 1, p. 23.911.
46. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: MS, 2010.
47. VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-72, maio 2013.
48. ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-17, set. 2012.

49. BRASIL. Secretaria de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. ano 7, ISSN 1983-7634, 2013.
50. AJAH, L. O. et al. Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. **Int. J. Womens Health**, v. 6, p. 865-72, oct. 2014. doi: 10.2147/IJWH.S70706.
51. MISHRA, A. et al. A cross-sectional study to find out the prevalence of different types of domestic violence in gwalior city and to identify the various risk and protective factors for domestic violence. **Indian J. Community Med.**, v. 39, n. 1, p. 21-5, jan. 2014. doi: 10.4103/0970-0218.126348.
52. SOUZA, C. S. et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-84, mar. 2014.
53. OLIVEIRA, J. R. et al. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-71, mar. 2014.
54. SEMAHEGN, A.; BELACHEW, T.; ABDULAH, M. Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia. *Reprod. Health*, v. 10, p. 63, dec. 2013. doi: 10.1186/1742-4755-10-63.
55. AL-ATRUSHI, H. H. et al. Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. **BMC Womens Health**, v. 13, p. 37, oct. 2013. doi: 10.1186/1472-6874-13-37.
56. FLAKE, T. A. Intimate partner violence among undergraduate students of two universities of the state of Sao Paulo, Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 4, p. 801-16, dec. 2013.

57. HINOJOSA-MILLÁN, S. et al. Prevalencia de violencia sexual en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia, 2010. **Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.** Bogotá, v. 64, n. 1, p. 21-6, jan./mar. 2013.
58. FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 889-98, maio 2013.
59. SILVA, M. C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-12, jul./set. 2013.
60. JUSTINO, L. C. L. et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 781-7, dez. 2011.
61. STOCKL, H.; HEISE, L.; WATTS, C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. **Sociol. Health Illn.**, v. 33, n. 5, p. 694-709, jul. 2011. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01319.x.
62. LAWYER, S. et al. Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. **J. Am. Coll. Health.**, v. 58, n. 5, p. 453-60, mar.-apr. 2010. doi: 10.1080/07448480903540515.
63. GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 659-65, nov./dez. 2012. doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009.
64. FRANCISCO, L. et al. Violence against women and HIV risk behaviors in Kampala, Uganda: baseline findings from the SASA! Study. **Violence Against Women**, v. 19, n. 7, p. 814-32, jul. 2013. doi: 10.1177/1077801213497557.
65. LEYTON M., C.; QUEZADA R., D.; MOLINA G., T. Perfil

- epidemiológico de adolescentes mujeres con antecedentes de agresión sexual consultantes en el área de salud mental de un centro de salud sexual y reproductiva. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.** Santiago, v. 78, n. 1, p. 26-31, 2013. doi.org/10.4067/S0717-75262013000100005.
66. BARRETT, B. J.; HABIBOV, N.; CHERNYAK, E. Factors affecting prevalence and extent of intimate partner violence in Ukraine: evidence from a nationally representative survey. **Violence Against Women.** v. 18, n. 10, p. 1147-76, oct. 2012. doi: 10.1177/1077801212464387.
67. ZAMBON, M. P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Rev. Assoc. Méd. Bras.,** São Paulo, v. 58, n. 4, p. 465-71, jul./aug. 2012. doi: 10.1590/S0104-42302012000400018.
68. MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-41, set. 2012. doi: 10.1590/S1413-81232012000900014.
69. OSHIKATA, C. T. et al. Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 701-13, abr. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2011000400009.
70. Madi, S. R. C. et al. Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil. **Rev. AMRIGS,** Porto Alegre, v. 54, n. 1, p. 13-8, jan.-mar. 2010.
71. FRASER, S. L. et al. Changing rates of suicide ideation and attempts among inuit youth: a gender-based analysis of risk and protective factors. **Suicide Life Threat Behav.** 2015;45(2):141-56.
72. WILLIAMS, C. M.; CLEAR, E. R.; COKER, A. L. Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections. **Sex. Transm. Dis.,** v. 40, n. 10, p.

- 771-5, oct. 2013. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000011.
73. CHAN, L. F. et al. Sexual abuse and substance abuse increase risk of suicidal behavior in Malaysian youth. **Asia Pac. Psychiatry**, v. 5, Suppl 1, p. 123-6, apr. 2013. doi: 10.1111/appy.12057.
74. BORGES, G. et al. Posttraumatic stress disorder in a nationally representative mexican community sample. **J. Trauma Stress**. v. 27, n. 3, p. 323-30, jun. 2014. doi: 10.1002/jts.21917.
75. WALSH, K. et al. Prevalence of sexual violence and posttraumatic stress disorder in an urban African-American population. **J. Immigr. Minor. Health**, v. 16, n. 6, p. 1307-10, dec. 2014. doi: 10.1007/s10903-013-9840-6.
76. JEJEEBHOY, S. J.; SANTHYA, K. G.; ACHARYA, R. Physical and sexual violence and symptoms of gynaecological morbidity among married young women in India. **Glob. Public. Health**, v. 8, n. 10, p. 1151-67, 2013. doi: 10.1080/17441692.2013.860466.
77. SIGFUSDOTTIR, I. D. et al. Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood. **J. Adolesc.**, v. 36, n. 6, p. 1227-36, dec. 2013. doi: 10.1016/j.adolescence.2013.10.001.
78. HÉBERT, M.; LAVOIE, F.; BLAIS, M. Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors. **Cien. Saude Colet.**, v. 19, n. 3, p. 685-94, mar. 2014.
79. CHOUDHARY, E.; SMITH, M.; BOSSARTE, R. M. Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence. **Am. J. Mens. Health**, v. 6, n. 1, p. 28-36, jan. 2012. doi: 10.1177/1557988311414045.
80. DUNN, E. C. et al. The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent-onset major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **Depress. Anxiety**, v. 29, n. 5, p. 392-9, may. 2012. doi: 10.1002/da.21916.

81. FERREE, N. K.; WHEELER, M.; CAHILL, L. The influence of emergency contraception on post-traumatic stress symptoms following sexual assault. **J. Forensic Nurs.**, v. 8, n. 3, p. 122-30, 2012. doi: 10.1111/j.1939-3938, sep. 2012.01134.x.
82. IMHOFF, L. R.; LIWANAG, L.; VARMA, M. Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse. **Arch. Surg.**, v. 147, n. 12, p. 1123-9, dec. 2012. doi: 10.1001/archsurg.2012.1144.
83. MORAES, S. D. T. A. et al. Impact of domestic and sexual violence on women's health. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 22, n. 2, p. 253-8, 2012.
84. SARASUA, B. et al. Factores de Vulnerabilidad y de Protección del Impacto Emocional en Mujeres Adultas Víctimas de Agresiones Sexuales. **Ter. Psicol.**, Santiago, v. 30, n. 3, p. 7-18, dic. 2012. doi.org/10.4067/S0718-48082012000300002.
85. MARTINS, R. C. Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 11, n. 2, p. 727-50, 2011.
86. GRANOT, M. et al. Characteristics of response to experimental pain in sexually abused women. **Clin. J. Pain.**, v. 27, n. 7, p. 616-22, sep. 2011.
87. SWAHNBERG, K.; WIJMA, B.; SIWE, K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 157, n. 2, p. 200-5, aug. 2011. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.02.025.
88. ZINZOW, H. M. et al. Drug- or alcohol-facilitated, incapacitated, and forcible rape in relationship to mental health among a national sample of women. **J. Interpers Violence.**, v. 25, n. 12, p. 2217-36, dec. 2010. doi: 10.1177/0886260509354887.
89. WEITLAUF, J. C. et al. Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? **J. Womens Health (Larchmt)**, v. 19, n. 7, p. 1271-80, jul. 2010. doi: 10.1089/jwh.2009.1673.

90. NAJDOWSKI, C. J.; ULLMAN, S. E. The effects of revictimization on coping and depression in female sexual assault victims. *J Trauma Stress*. 2011;24(2):218-21.
91. OCHOA, M. E. et al. Estrés postraumático y abuso sexual: estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008. **Rev. Univ. Ind. Santander, Salud**. v. 42, n. 1, p. 25-33, jan./apr. 2010.
92. BREIDING, M. J. et al. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. **MMWR Surveill. Summ.**, v. 63, n. 8, p. 1-18, sep. 2014.
93. TEIXEIRA-FILHO, F. S. et al. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 90-102, 2013. doi: 10.1590/S0102-71822013000100011.
94. González A., E. et al. Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, Santiago, v. 77, n. 6, p. 413-22, 2012. doi.org/10.4067/S0717-75262012000600002.
95. STENE, L. E. et al. Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study. **Scand. J. Public. Health**. v. 38, n. 5 Suppl., p. 88-95, nov. 2010. doi: 10.1177/1403494810382815.
96. KIANI, M. et al. A survey on spousal abuse of 500 victims in Iran. **Am. J. Forensic Med. Pathol.**, v. 35, n. 1, p. 50-4, 2014.
97. PALUDO, S. S.; SCHIRÒ, E. D. B. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 3, p. 397-404, 2012.
98. XU, Y. et al. A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions. **Psychiatry**, v. 76, n. 3, p. 223-40, 2013.

99. SANTAULARIA, J. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 14, p. 1286, 2014. doi: 10.1186/1471-2458-14-1286.
100. MACHADO, C. L. et al. Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 113, 1, p. 58-62, apr. 2011. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.10.016.
101. MCCAULEY, J. L. et al. Incapacitated, forcible, and drug/alcohol-facilitated rape in relation to binge drinking, marijuana use, and illicit drug use: a national survey. **J. Trauma. Stress**, v. 23, n. 1, p. 132-40, fev, 2010. doi: 10.1002/jts.20489.
102. RUIZ-MUNOZ, D. et al. Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain. *Ann. Epidemiol.*, v. 23, n. 10, p. 620-8, oct. 2013. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.07.005.
103. PAUL, L. A. et al. College women's experiences with rape disclosure: a national study. **Violence Against Women**, v. 19, n. 4, p. 486-502, 2013. doi: 10.1177/1077801213487746.
104. ZOTARELI, V. et al. Gender and sexual violence among students at a brazilian university. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.
105. TESTA, M.; HOFFMAN, J. H.; LIVINGSTON, J. A. Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization-revictimization relationship. **J. Consult. Clin. Psychol.** v. 78, n. 2, p. 249-59, apr. 2010. doi: 10.1037/a0018914.
106. BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Políticas Públicas para as Mulheres**. Brasília: SPM, 2012. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2012/politicas_publicas_mulheres>. Acesso em: 12 set. 2012.
107. MINAYO, M. C. S. Trajetória histórica de inclusão da violência na agenda do setor saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2007. p.17-29.
108. MELLO, A.; BITTENCOURT, D. R. Violência contra a mulher, direitos humanos e gênero: uma leitura da Lei Maria da Penha. Jus Navigandi, 2014. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/28394/violencia-contra-a-mulher-direitos-humanos-e-genero>>. Acesso em: 12 set. 2014.
109. AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 101-12, jul./set. 2008. doi: 10.1590/S0104-12902008000300011.
110. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres. Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10233.htm> . Acesso em: 12 set. 2015.
111. VICENTE, A. **Direito das mulheres:** direitos humanos. Lisboa: CIDM, 2000. (Coleção Cadernos de Condição Feminina, 59).
112. LOPES, C. B. Direitos humanos das mulheres: dois passos à frente, um passo atrás. In: FACULDADE DE DIREITO DE COIMBRA. (Org.). **Direitos humanos das mulheres:** vários olhares. Coimbra: Coimbra Ed., 2005. p. 157-70.
113. PIMENTEL, S. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw 1979 [Apresentação] Disponível em: <http://compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.
114. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. World Conference of the United Nations decade for women: quality, development and Peace. **Report.** Copenhagen, 14 to 30 July 1980 [Segunda Conferência Mundial sobre a Mulher Copenhague]. New York: ONU, 1980. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/relatorio_conferencia_copenhague.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

115. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948.
116. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Terceira Conferência Mundial Sobre a Mulher. Nairóbi: ONU, 1985.
117. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres. Proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua Resolução n. 48/104, de 20 de Dezembro de 1993. Genebra: ONU, 1993.
118. MONTEIRO, F. J. **Mulheres agredidas pelos maridos**: de vítimas a sobreviventes. Lisboa: Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2000.
119. ORGANIZACION PAN AMERICANA DE LA SALUD. **Violência y Salud**. Resolución n. XIX. Washington D.C.: OPAS, 1994.
120. MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
121. ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção de Belém do Pará: Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**. Belém, Pará, 1994.
122. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Objetivos do Milênio**. Genebra, 2000. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/>>. Acesso em: 12 set 2015.
123. PANDJIARJIAN, V. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. In: DINIZ, C. S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIAN, L. A. L. (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005)**: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 78-139.

124. SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v. 3, n. 5, p. 11-26, ago. 1999.
125. KRUG, E. G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva: OMS, 2002.
126. FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Online]**., Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 12 set 2015.
127. Souto KMB. A política de atenção integral a saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-82, jan.-jun. 2008.
128. Castilhos C. **Para entender a crítica feminista ao Programa Rede Cegonha**. Consciência Feminista, 02 maio 2011. Disponível em: <<http://conscienciafeminista.blogspot.com.br/2011/05/para-entender-critica-feminista-ao.html>>. Acesso em: 12 set 2015.
129. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: 2013-2015**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_PNPM_2013.pdf>. Acesso em: 12 set 2015.
130. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha - Lei 11.340/2006**: conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012. Disponível em: <http://www.semu.ma.gov.br/files/2013/08/lei_maria_da_penha.pdf>. Acesso em: 12 set 2015.
131. D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-50, jul./ago. 2009.

132. BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Programa Mulher Viver sem Violência. Brasília, 2014 set 04. Disponível em:
<<http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/programa-mulher-viver-sem-violencia>>. Acesso em: 12 set 2015.
133. BERNZ, I. M.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. Desafio da violência doméstica para os profissionais de saúde: revisão da literatura. **Saúde Transf. Soc.**, v. 3, n. 3, p. 105-11, 2012.
Disponível em:
<<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1545/21>>. Acesso em: 12 set 2015.
134. BEDONE, A. J.; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465-9, fev. 2007.
135. CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R. M. D.; FARIAS, R. S. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Soc. Quest.**, Ano XV, n. 28, p. 99-124, 2012.
136. SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, jun 2007. doi: 10.1590/S0034-89102007000300006.
137. GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. doi: 10.1590/S1413-81232002000200008.
138. ROSA, R. et al. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 81-90, jan./mar. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832010000100007.
139. DREZETT, J. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003.

140. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.
141. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.508, de 01 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 setembro 2005. Seção 1, Col. 1, p. 124.
142. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília: MS, 2005.
143. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 14 de março de 2013, n. 50, Ano CL, Seção 1, Col. 1, p. 1-2.
144. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 12.845, de 01 de Agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 02 de agosto de 2013, n. 148, Ano CL, Seção 1, Col. 1, p. 1.
145. BRASIL. Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres; Ministério da Justiça; Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 288, de 25 de março de 2015. 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 Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 26 de março de 2015.
146. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aspecto jurídico do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais da saúde. Brasília: MS, 2005. (Série Direitos Sexuais

- e Direitos Reprodutivos, Caderno nº 7).
147. VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento de mulheres que sofreram violência sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 471-5, fev. 2007.
148. COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and Law. **J. R. Soc. Med.**, v, 97, n. 1, p. 43-4, Jan. 2004.
149. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
150. LAGUARDIA, J. et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p.135-46, set. 2004.
151. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 72 p. (F. Comunicação e Educação em Saúde).
152. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva):** 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
153. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.406/GM/MS, de 5 de novembro de 2004. Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08 de novembro de 2004, Seção 1, Col. 1, p. 84.
154. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação e Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

155. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 03 de outubro de 2003, n. 192, Ano CXL, Seção 1, Col. 1, p. 1-6.
156. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 16 de julho de 1990, n. 135, Ano CXL, Seção 1, Col. 1, p. 13563-77.
157. BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011. Altera a Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 27 de julho de 2011, n. 143, Ano CXLVIII, Seção 1, Col. 1, p. 2.
158. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271/GM/MS, de 06 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 de junho de 2014, Seção 1, Col. 1, p. 67.
159. KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-15, set. 2013. doi: 10.1590/0102-311X00096312.
160. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de População. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01 de julho de 2012. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>>. Acesso em: 12 set. 2015.
161. SANTA CATARINA (Estado). Plano Plurianual 2012-2015: Estado de Santa Catarina: o contexto socioeconômico e as estratégias de desenvolvimento. Florianópolis, 2011. Disponível

em:

<<http://www.sef.sc.gov.br/sites/default/files/O%20Contexto%20Socioecon%C3%B4mico%20-%20PPA%202012-2015.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

162. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2012: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Brasília: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaovida/indicadoresminimos/sinteseindicais2012/default.shtm>>. Acesso em: 12 set. 2015.

163. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos. Atlas do Censo Demográfico 2010. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_atlas.shtm>. Acesso em: 12 set. 2015.

164. SANTA CATARINA (Estado). Perfil sócio econômico, financeiro e social. Boletim informativo 1º semestre/2013. Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.sc.gov.br/images/banners_conheca_sc/documentos/perfil_economico_financeiro_social_2013_2.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

165. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011 – PNAD 2011. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/>>. Acesso em: 12 set. 2015.

166. SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Trabalho e Habitação, Diretoria de Trabalho e Emprego. **Inserção Feminina no Mercado de Trabalho Catarinense**: Boletim 2015. Florianópolis, março de 2015. Disponível em: <http://www.sst.sc.gov.br/arquivos/id_submenu/37/mulher_no_mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

167. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Brasília, 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 12 set. 2015.

168. SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Atenção Básica, Florianópolis, 2014. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2015.
169. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Brasília: CNES, 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2015.
170. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs>>. Acesso em: 12 set. 2015.
171. SANTA CATARINA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Vigilância Epidemiológica, Florianópolis, 2013. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2015.
172. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no sistema de informação de agravos de notificação - SINAN NET. Brasília, 2011.
173. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Problemas de salud de la adolescencia. Ginebra: OMS, 1965. (Serie de Informes Tecnicos n. 308).
174. BRASIL. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do SINAN Net: análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências. Brasília: MS, 2010.
175. LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-109, out. 2009.
176. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SINAN Relatórios: manual de operação. Brasília, jun. 2014.

177. ABATH, M. B. et al. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-42, jan./mar. 2014.
178. SOUZA, V. M. M. et al. Avaliação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da Leptospirose - Brasil, 2007. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-105, jan.-mar. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Revisão de literatura por ano de publicação, autor, título e informações coletadas

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
1.	2014	Breiding MJ et al. ⁽⁹²⁾	Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization--national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011.			
2.	2014	Tiwari AI et al. ⁽³⁰⁾	Intimate partner sexual aggression against Chinese women: a mixed methods study.			
3.	2014	Blake M. de T et al. ⁽²⁶⁾	Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women.			
4.	2013	Teixeira-Filho, F. S. et al. ⁽⁹³⁾	Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e (ou) adolescência.			
5.	2012	González A. E. et al. ⁽⁹⁴⁾	Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva.			
6.	2010	Stene L. E. et al. ⁽⁹⁵⁾	Psychotropic drug use among women exposed to intimate partner violence: A population-based study.			
7.	2014	Kiani M. et al. ⁽⁹⁶⁾	A survey on spousal abuse of 500 victims in Iran.			
8.	2014	Dalal K. et al. ⁽⁸⁾	Intimate Partner Violence against Women in Nepal: An Analysis through Individual, Empowerment, Family and Societal Level Factors.			
9.	2014	Pichiule Castañeda M. et al. ⁽⁹⁾	Young people dating violence surveillance in Madrid, Spain.			
10.	2014	Ajah L. O. et al. ⁽⁵⁰⁾	Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria.			
11.	2014	Badejoko O. O. et al. ⁽³²⁾	Sexual assault in Ile-Ife, Nigeria.			
12.	2014	Black M. C. et al. ⁽¹⁰⁾	Prevalence of Sexual Violence Against Women in 23 States and Two U.S. Territories, BRFSS 2005.			

Continua...

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Continuação						
13.	2014	Mishra A. et al. ⁽⁵¹⁾	A Cross-sectional Study to Find out the Prevalence of Different Types of Domestic Violence in Gwalior City and to Identify the Various Risk and Protective Factors for Domestic Violence.			
14.	2014	Mukanangana F. et al. ⁽³⁴⁾	Gender based violence and its effects on women's reproductive health: the case of Hatcliffe, Harare, Zimbabwe.			
15.	2014	Souza, C. dos S. et al. ⁽⁵²⁾	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana - Bahia, Brasil.			
16.	2014	Oliveira, J. R. de et al. ⁽⁵³⁾	Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década.			
17.	2014	Decker M. R. et al. ⁽⁶⁾	Prevalence and Health Impact of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence Among Female Adolescents Aged 15-19 Years in Vulnerable Urban Environments: A Multi-Country Study.			
18.	2013	Semahegn A. et al. ⁽⁵⁴⁾	Domestic violence and its predictors among married women in reproductive age in Fagitalekoma Woreda, Awi zone, Amhara regional state, North Western Ethiopia.			
19.	2013	Al-Atrushi H. H. et al. ⁽⁵⁵⁾	Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq.			
20.	2013	Macdowall W. et al. ⁽³³⁾	Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3).			
21.	2013	Ybarra M. L. & Mitchell K. J. ⁽²⁷⁾	Prevalence rates of male and female sexual violence perpetrators in a national sample of adolescents.			

Continua...

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Continuação						
22.	2013	Mathias A. K. et al. ⁽³⁵⁾	Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil.			
23.	2013	Flake T. A. et al. ⁽⁵⁶⁾	Intimate partner violence among undergraduate students of two universities of the state of São Paulo, Brazil.			
24.	2013	Hinojosa-Millán, S. et al. ⁽⁵⁷⁾	Prevalencia de violencia sexual en estudiantes de la Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia, 2010.			
25.	2013	Facuri, C. de O. et al. ⁽⁵⁸⁾	Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil.			
26.	2013	Silva, M. C. M. e et al. ⁽⁵⁹⁾	Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012.			
27.	2013	Francisco L. et al. ⁽⁶⁴⁾	Violence against women and HIV risk behaviors in Kampala, Uganda: baseline findings from the SASA! Study.			
28.	2013	Leyton M. C. et al. ⁽⁶⁵⁾	Perfil epidemiológico de adolescentes mujeres con antecedentes de agresiones sexuales consultantes en el área de salud mental de un centro de salud sexual y reproductiva.			
29.	2012	Puri, M. et al. ⁽²⁹⁾	The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal.			
30.	2012	Gawryszewski, V. P. et al. ⁽⁶³⁾	Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009.			
31.	2012	Barrett B. J. et al. ⁽⁶⁶⁾	Factors affecting prevalence and extent of intimate partner violence in Ukraine: evidence from a nationally representative survey.			
Continua...						

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Continuação						
32.	2012	Zambon, M. P. et al. ⁽⁶⁷⁾	Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio.			
33.	2012	Mascarenhas, M. D. M. et al. ⁽⁶⁸⁾	Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010.			
34.	2011	Oshikata, C. T. et al. ⁽⁶⁹⁾	Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil.			
35.	2011	Justino, L. C. L. et al. ⁽⁶⁰⁾	Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.			
36.	2011	Ali T. et al. ⁽²⁸⁾	Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors.			
37.	2011	Stöckl H. et al. ⁽⁶¹⁾	Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women.			
38.	2010	Brecklin L. R. & Ullman S. E. ⁽³¹⁾	The roles of victim and offender substance use in sexual assault outcomes.			
39.	2010	Lawyer S. et al. ⁽⁶²⁾	Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women.			
40.	2010	Madi, S. R. et al. ⁽⁷⁰⁾	Violência sexual: experiência do Programa de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual PRAVIVIS, do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS, Brasil.			
41.	2014	Fraser S. L. et al. ⁽⁷¹⁾	Changing Rates of Suicide Ideation and Attempts Among Inuit Youth: A Gender-Based Analysis of Risk and Protective Factors.			
42.	2014	Borges G. et al. ⁽⁷⁴⁾	Posttraumatic stress disorder in a nationally representative mexican community sample.			
43.	2014	Walsh K. et al. ⁽⁷⁵⁾	Prevalence of sexual violence and posttraumatic stress disorder in an urban African-American population.			

Continua...

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Continuação						
44.	2013	Williams C. M. et al. ⁽⁷²⁾	Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections.			
45.	2013	Chan L. F. et al. ⁽⁷³⁾	Sexual abuse and substance abuse increase risk of suicidal behavior in Malaysian youth.			
46.	2013	Jejeebhoy S. J. et al. ⁽⁷⁶⁾	Physical and sexual violence and symptoms of gynaecological morbidity among married young women in India.			
47.	2013	Sigfusdottir I. D. et al. ⁽⁷⁷⁾	Suicidal ideations and attempts among adolescents subjected to childhood sexual abuse and family conflict/violence: the mediating role of anger and depressed mood.			
48.	2013	Hebert M. H. et al. ⁽⁷⁸⁾	PostTraumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors.			
49.	2012	Choudhary E. et al. ⁽⁷⁹⁾	Depression, anxiety, and symptom profiles among female and male victims of sexual violence.			
50.	2012	Dunn E. C. et al. ⁽⁸⁰⁾	The impact of exposure to interpersonal violence on gender differences in adolescent-onset major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).			
51.	2012	Ferree N. K. et al. ⁽⁸¹⁾	The influence of emergency contraception on posttraumatic stress symptoms following sexual assault.			
52.	2012	Imhoff L. R. et al. ⁽⁸²⁾	Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse.			
53.	2012	Moraes, S. D. T. de A. et al. ⁽⁸³⁾	Violência doméstica e sexual em mulheres e suas repercussões na fase do climatério.			
54.	2012	Sarasua, B. et al. ⁽⁸⁴⁾	Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales.			
Continua...						

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Continuação						
55.	2011	Martins, R. C. ⁽⁸⁵⁾	Abuso sexual e resiliência: enfrentando as adversidades.			
56.	2011	Granot M. et al. ⁽⁸⁶⁾	Characteristics of response to experimental pain in sexually abused women.			
57.	2011	Najdowski C. J. & Ullman S. E. ⁽⁹⁰⁾	The effects of revictimization on coping and depression in female sexual assault victims.			
58.	2011	Swahnberg K. et al. ⁽⁸⁷⁾	Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse?			
59.	2010	Zinzow H. M. et al. ⁽⁸⁸⁾	Drug - or alcohol - facilitated, incapacitated, and forcible rape in relationship to mental health among a national sample of women.			
60.	2010	Weitlauf J. C. et al. ⁽⁸⁹⁾	Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences?			
61.	2010	Ochoa Vera et al. ⁽⁹¹⁾	Estrés postraumático y abuso sexual: estudio descriptivo en víctimas denunciantes, Bucaramanga 2007-2008			
62.	2014	Santaularia J. et al. ⁽⁹⁹⁾	Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study.			
63.	2014	Ipekten Alaman M. & Yıldız H. ⁽²⁰⁾	Domestic sexual violence and sexual problems among gynecology outpatients: an example from Turkey.			
64.	2013	Xu Y. et al. ⁽⁹⁸⁾	A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions.			
65.	2012	Paludo, S. dos S. & Schirò, E. D. B. ⁽⁹⁷⁾	Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos.			
Continua...						

Nº	Ano	Autor	Título	Prevalência e Fatores Associados à violência sexual	Consequências da violência sexual para a pessoa agredida	Perfil do autor da agressão
Conclusão						
66.	2011	Machado C. L. et al. ⁽¹⁰⁰⁾	Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence.			
67.	2010	McCauley J. L. et al. ⁽¹⁰¹⁾	Incapacitated, forcible, and drug/alcohol-facilitated rape in relation to binge drinking, marijuana use, and illicit drug use: a national survey.			
68.	2013	Ruiz-Muñoz D. et al. ⁽¹⁰²⁾	Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain.			
69.	2013	Paul L. A. et al. ⁽¹⁰³⁾	College women's experiences with rape disclosure: a national study.			
70.	2012	Zotareli, V. et al. ⁽¹⁰⁴⁾	Gender and sexual violence among students at a brazilian university.			
71.	2010	Testa M. et al. ⁽¹⁰⁵⁾	Alcohol and sexual risk behaviors as mediators of the sexual victimization-revictimization relationship.			

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Julgado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado(a) VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência
Notificação Individual	8 Nome do paciente					9 Data de nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mes 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Ictose gestacional ignorada 5 - Não se aplica 6 - Ignorado		13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
	14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio) ou 2º grau 6 - Ensino médio completo (antigo colégio) ou 2º grau 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS			16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação						
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromas				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3		44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Ignorado			49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espôncamento <input type="checkbox"/> Obj. párfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da agressão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Poltraumatismo 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação	10 - Queimadura <input type="checkbox"/> 11 - Outros <input type="checkbox"/> 88 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
Encaminhamento	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/corço 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 0 - Ignorado	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 0 - Ignorado
Informações complementares e observações	62 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 0- Ignorado		
Encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 0 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 0- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência de Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros		
Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 0- Ignorado	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 0- Ignorado	
Evolução e encaminhamento	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	68 Classificação final 1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/> 3 - Provável <input type="checkbox"/> 8 - Inconclusivo	
Evolução e encaminhamento	69 Evolução do caso 1 - Alta <input type="checkbox"/> 2 - Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3 - Ôbito por Violência <input type="checkbox"/> 4 - Ôbito por outras causas <input type="checkbox"/> 0 - Ignorado	70 Se ôbito por violência, data	
Evolução e encaminhamento	71 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
Notificador	Nome _____ Função _____	Assinatura _____	

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Violência Sexual: Análise do Atendimento de Mulheres e Adolescentes nos Serviços de Saúde em Santa Catarina

Pesquisador: CARMEM REGINA DELZIOVO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24561513.0.0000.0115

Instituição Proponente: Secretaria de Estado e Saúde de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 550.496

Data da Relatoria: 26/03/2014

Apresentação do Projeto:

A complexidade da atenção as mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual exige intervenção com atuação interdisciplinar preconizada pela política pública brasileira com uma estrutura de serviços que busque a atenção integral e a não revitimização. Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou em 1998 a norma técnica para o atendimento de mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual com o objetivo de fornecer subsídio técnico para que se possam estruturar os serviços para atendimento às vítimas de violência sexual. Este estudo tem como objetivo geral analisar o atendimento a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual nos serviços de saúde de Santa Catarina. Procurando responder a questão: Como é a atenção as mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual nos serviços de saúde em Santa

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48-)3212-1680

Fax: (48-)3212-1680

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

SECRETARIA DE ESTADO E
SAÚDE DE SANTA
CATARINA/SES



Continuação do Parecer: 550.496

Catarina?

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual nos serviços de saúde em Santa Catarina.

- a) Mapear e caracterizar os serviços de atenção a pessoas em situação de violência sexual existentes no estado de Santa Catarina.
- b) Analisar o perfil das vítimas de violência sexual notificadas pelos serviços de saúde;
- c) Identificar e analisar os caminhos percorridos pelas vítimas de violência sexual em busca do atendimento nos serviços de saúde;
- d) Identificar fatores facilitadores e dificultadores da atuação dos serviços de atenção a vítimas de violência sexual;
- e) Identificar a atuação de acordo com as normativas do MS com relação a assistência as vítimas de violência sexual nas primeiras 72 hs e a continuidade desta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Garante o anonimato dos participantes da pesquisa, que serão identificados por códigos. As informações serão utilizadas eticamente, de acordo com a resolução CNS 466/12 e os resultados da pesquisa poderão ser publicados, garantindo o anonimato dos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

não consta

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

todos estão de acordo com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

não consta.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações e pendências foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Esteves Junior, 390, 2º Andar

Bairro: Centro

CEP: 88.015-130

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48-)3212-1680

Fax: (48-)3212-1680

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

ANEXO C - Instrução aos Autores Periódico Cadernos de Saúde Pública.



ISSN 0102-311X *versión impresa*

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política

Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

- 1.6 Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).
- 1.7 Questões Metodológicas:** artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.8 Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.9 Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

- 6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

- 7.1** Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

- 8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*.

- 8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
- 8.3** No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

- 9.1** Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

- 10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.
- 10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
- 10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).
- 10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.
- 10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

- 11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.
- 11.2** Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.
- 11.3** Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de

gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document

Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

- 12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- 12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

- 13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

- 14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

- 15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO D - Instrução aos Autores Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.



ISSN 1519-3829 versão impressa
ISSN 1806-9304 versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada.

Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Crítérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática,

podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em

redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores,

seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress*

on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico - Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelho, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br/rbsmi