

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Lidieine Gonçalves Kataguirí

Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias, 2016

Uberaba

2017

Lidieine Gonçalves Kataguirí

Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias, 2016

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde da família.

Orientador: Profa. Dra. Leiner Rezende Rodrigues

Orientanda: Lidieine Gonçalves Kataguirí

Uberaba

2017

Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

K31v Kataquiri, Lidieine Gonçalves  
Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias, 2016 /  
Lidieine Gonçalves Kataquiri. -- 2017.  
74 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro, Uberaba, MG, 2017

Orientadora: Profa. Dra. Leiner Rezende Rodrigues

Coorientadora: Profa. Dra. Sybelle de Souza Castro

1. Violência sexual. 2. Determinantes sociais da saúde. 3. Saúde da Mulher.  
I. Rodrigues, Leiner Rezende. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 364.633

Lidieine Gonçalves Kataguirí

Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias, 2016.

Dissertação apresentado ao Programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM, como requisito para obtenção do título de mestre.

Uberaba, 14 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leiner Resende Rodrigues  
Orientadora – UFTM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sybelle de Souza Castro  
Membro Titular – UFTM

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regiane Máximo de Souza  
UNESP

## **AGRADECIMENTO**

Agradeço a Deus pela oportunidade e delicadeza nesse dois anos, às minhas orientadoras Sybelle de Souza Castro, Leiner Resende Rodrigues e Lúcia Marina Scatena pela dedicação, carinho, gentileza e disponibilidade em compartilhar saberes neste período de construção deste trabalho.

Aos professores e colaboradores do curso de Mestrado em Atenção à Saúde, que contribuíram para conclusão desta etapa de grande aprendizado.

Ao meu esposo pelo apoio, carinho, paciência e cuidado comigo e com nosso filho, permitindo que eu pudesse me dedicar aos estudos e trabalho.

“Se quer plantar para poucos dias,  
plante flores. Se quer plantar por muitos  
anos, plante uma árvore. Se quer plantar  
para a eternidade, plante ideias”

Provérbio Oriental

## RESUMO

KATAGUIRI, Lidieine Gonçalves. **Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias**, 2016. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba/MG, 2017.

A violência sexual é considerada um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência, caracterizada por qualquer ato sexual ou tentativa do ato sem consentimento explícito, praticados por qualquer pessoa independente da relação com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao ambiente do lar ou do trabalho, em relação de poder abusiva ao envolver pessoas com poderes desiguais de conhecimento, maturidade, força física, recursos e estratégias. Este estudo teve como objetivos descrever o perfil epidemiológico dos casos de violência sexual notificados no estado de Minas Gerais no ano de 2016, segundo sexo e faixa etária; calcular a incidência de violência sexual, razão de sexo por faixa etária e completude das variáveis; identificar indicadores de contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde em municípios do estado Minas Gerais e verificar a correlação entre a incidência de violência sexual. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo. O estudo foi desenvolvido com a utilização do banco de dados secundários do SINAN, fornecidos pela Secretaria do Estado de Saúde (SES)/MG, referentes às notificações de violência sexual em 2016. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva, cálculos das taxas incidência de violência sexual e razão de sexo e coeficiente de correlação de Spearman. Em Minas Gerais em 2016, houve 1996 casos notificados de violência sexual, a média de completude das variáveis analisadas foi de 85,1%, houve predomínio em mulheres (85,4%), faixa etária 10 a 14 anos (21,5 %), raça parda (38,2 %), com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (15,1%), e agressores conhecidos das vítimas (58,9%). A taxa de incidência de violência sexual por sexo (feminino/masculino) segundo faixa etária variou de 3,30 (na faixa etária de 0 a 9 anos) a 22,07 (na faixa etária  $\geq$  60 anos). A profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis foi realizada em 30% dos casos, e a contracepção de emergência em 18,6%. Os indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura dos serviços de saúde identificados foram: cobertura de agente comunitário de saúde, cobertura da

estratégia de saúde da família, IDHM (renda, longevidade e educação), índice de Gini e taxa de analfabetismo, sendo que apenas esta última tem correlação positiva com a taxa de incidência de violência sexual. Ao analisar a associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor verificou se o agressor/padrasto foi associada a escolaridade de 0 a 4 série, raça parda e local de ocorrência a residência; o agressor/pai foi associado ao local de ocorrência ignorado, seguido do local de ocorrência residência, faixa etária de 0 a 9 anos, sexo masculino, que não sofreram violência física ou psicológica, em municípios de 200 a 500 mil habitantes. E o agressor desconhecido foi associada às mulheres brancas com 15 anos ou mais de idade, escolaridade da 5ª série até o ensino superior, a violência sexual não se repete mas foi utilizada violência física e a situação ocorreu em via pública. A violência sexual requer atenção especial dos pesquisadores, governantes e de toda a sociedade, para que haja mudança nesta realidade lamentável. Os serviços de saúde devem otimizar as ações que envolvem o processo de notificação dos casos e a articulação com a rede de assistência e proteção às vítimas. Atenção especial deve ser dada à profilaxia pós exposição nos casos de violência sexual, especialmente os casos primários e agudos.

Palavras - chave: Violência sexual. Determinantes sociais da saúde. Saúde da Mulher.



## ABSTRACT

KATAGUIRI, Lidieine Gonçalves. Sexual violence and the correlation with social and sanitary inequities, 2016. Dissertation (Master of Health Care) - Graduate Program in Health Care, Federal University of Triangulo Mineiro, Uberaba / MG, 2017. MG, 2017.

Sexual violence is an important public health problem due to its high prevalence, being defined as any sexual act or attempt at having sexual intercourse without explicit consent, practiced by anyone independently of the person's relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home or work environment, in an abusive power relationship between people with unequal powers of knowledge, maturity, strength, resources and strategies. This study aimed to verify how thorough is the information contained in the charts for the notification of domestic, sexual and/or other interpersonal violence at SINAN; to describe the epidemiological profile of sexual violence cases notified in the state of Minas Gerais in 2016, according to gender and age group; to verify the incidence of sexual violence and the ratio of gender per age group; identify and solve the sociodemographic, economic and health service coverage indexes in the cities of the state of Minas Gerais; to verify the correlation between the incidence of sexual violence and the sociodemographic, economic, and health service coverage/strategy context indexes in health services in municipalities of the state of Minas Gerais. This is a cross-sectional, quantitative and retrospective study. It was developed through the aid of the secondary data bank of SINAN, made available by the State's Health Secretariat (SES)/MG, regarding the notifications of sexual violence in 2016. Descriptive statistics was used to analyze the data, calculate the rates of sexual violence incidence, the ratio per gender and coefficient of Spearman's correlation. In Minas Gerais, in the year 2016, there were 1996 notified cases of sexual violence. The completeness in the forms of the variables analyzed were 85.1%, most victims were women (85.4%) from 10 to 14 years of age (21.5%), brown skinned (38.2%), having a level of formal education varying from the fifth grade to an incomplete eighth grade in elementary school (15,1%). In most cases the victim knew the aggressor (58.9%). The ratio of sexual violence per gender (female/male), according to age group, varied from 3.30 (in the age group from 0 to 9 years of age) to

22.07 (in the age group  $\geq 60$ ). The prophylaxis of sexually transmitted diseases was conducted in 30% of cases and emergency contraception in 18.6%. Identified sociodemographic, economic and health service coverage indexes were: community health agent coverage, family health strategy coverage, IDHM (income, longevity and education, Gini index and illiteracy levels, the latter being the only one with a positive correlation to the incidence of sexual violence. The analysis of the association of the sociodemographic and exposition profiles of people who suffered sexual violence when it comes to their aggressors, it was found that when the aggressor was the step-father the aggression was associated to education levels from absent to the fourth grade, brown skin and the aggression took place at the victim's home. When the aggressor was the father, the most common response regarding place was "unknown", followed by the victim's home, the age group varying from 0 to 9 years of age, male victims, who did not suffer physical or psychological violence, in municipalities with between 200 and 500 thousand inhabitants. Unknown aggressors were associated to white 15-year-old or older women, educational level ranging from the fifth grade to higher education. In this case, the sexual violence only took place once and it happened in a public location. Sexual violence requires special attention from researchers, governors and of all society, so that changes in this regretful reality can occur. Health services must optimize actions that involve the process of case notification and the articulation with the network for the assistance and protection of the victims. Special attention should be given to post-exposure prophylaxis in cases of sexual violence, especially in primary and acute cases.

Keywords: Sex Offenses. Social Determinants of Health. Women's Health.

## RESUMEN

KATAGUIRI, Lidieine Gonçalves. Violencia sexual y la correlación con iniquidades sociales y sanitarias, 2016. Disertación (Maestrado en Atención a la Salud) – Programa de Pos-Graduación en Atención a la Salud, Universidad Federal del Triángulo Mineiro, Uberaba/MG, 2017.

La violencia sexual es considerada un importante problema de salud pública en el mundo por su alta prevalencia. Es caracterizada por cualquier acto sexual o tentativa de hacerlo sin que haya consentimiento claro, practicado por cualquiera, no importa cual su relación con la víctima, en cualquier escenario, incluyendo, pero no se limitando, al ambiente doméstico o al de trabajo, en una relación de poder abusiva por envolver personas con poderes desiguales de conocimiento, madurez, fuerza física, recursos o estrategias. Los objetivos de este estudio fueron verificar como completas son las informaciones de los bancos de datos de los formularios de notificación de violencia doméstica, sexual y/u otras violencias interpersonales en SINAN; describir el perfil epidemiológico de los casos de violencia sexual notificados en el estado de Minas Gerais en el año 2016, de acuerdo con el género y la edad de las víctimas; calcular la incidencia de violencia sexual y la razón aritmética de sexo por grupo de edad; identificar y elegir los indicadores sociodemográficos, económicos y de cobertura de los servicios de salud de los municipios del estado de Minas Gerais; verificar la correlación entre la incidencia de violencia sexual y los indicadores de contexto sociodemográfico, económico y de cobertura/estrategia de los servicios de salud y en los municipios del estado de Minas Gerais. Esta es una investigación transversal, cuantitativa y retrospectiva, desarrollada por medio del banco de datos secundarios del SINAN, fornecidos por la Secretaria de Salud del Estado (SES)/MG, referentes a las notificaciones de violencia sexual en 2016. Para analizar a los datos, se utilizó la estadística descriptiva, cálculos de las tasas de incidencia de violencia sexual, razón aritmética de sexo y coeficiente de la correlación de Spearman. En Minas Gerais en 2016, ocurrieron 1996 casos notificados de violencia sexual, los formularios estaban en media 85,1% rellenos, la mayoría de las víctimas eran mujeres (85,4%) entre 10 y 14 años (21,5%), piel parda (38,2%), que habían estudiado del quinto al octavo año de la enseñanza fundamental (15,1%), y conocían a sus

agresores (58,9%). La tasa de incidencia de violencia sexual por sexo (femenino/masculino) fue de 3,30 (entre las víctimas con de 0 a 9 años) hacia 22,07 (en el grupo con más de 60 años). La profilaxis cuanto a enfermedades sexualmente transmisibles fue conducida en 30% de los casos y la contracepción emergencial en 18.6%. Los indicadores sociodemográficos, económicos y de cobertura de los servicios de salud identificados fueron: cobertura de agentes comunitarios de salud, cobertura de estrategia salud de la familia, IDHM (ingresos, longevidad y educación), el índice de Gini y la tasa de analfabetismo, siendo que esta última es la única a tener una correlación positiva con la tasa de incidencia de violencia sexual. El análisis de la asociación entre el perfil sociodemográfico y de exposición de las personas que sufrirán violencia sexual en relación a su agresor se verificó asociaciones, cuando el agresor era el padrastro, con escolaridad de nula hacia la cuarta serie, piel parda y local de la violencia como la casa de la víctima; cuando el agresor fue el padre, el local de la ocurrencia en la mayoría de los casos fue desconocido, seguido por las ocasiones en que ocurrió en la casa de la familia, las víctimas tenían de 0 a 9 años, eran hombres, y no sufrieran violencia psicológica o física, en municipios de 200 a 500 mil moradores. Agresores desconocidos eran en su mayoría asociados a mujeres blancas con 15 años o más, con educación que variaba de la quinta serie hacia la universidad. En esos casos, la violencia ocurrió solamente una vez y fue en local público. La violencia sexual requiere una atención especial de los investigadores, gobernantes y de toda la sociedad para que a esta triste realidad se pueda cambiar. Los servicios de salud necesitan optimizar las acciones relacionadas al proceso de notificación de los casos y a la articulación con la red de asistencia y protección de las víctimas. La profilaxis posterior a la exposición necesita recibir atención especial, en los casos de violencia sexual, especialmente en los primarios y agudos.

Palabras clave: Delitos Sexuales. Determinantes Sociales de la Salud. Salud de la Mujer.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios que notificaram mais de 10 casos de violência sexual em Minas Gerais,2016.....	39
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual em Minas Gerais no ano de 2016.....	42
Tabela 3 - Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo deficiência, transtorno e agressão, Minas Gerais, 2016.....	44
Tabela 4 - Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo condutas no atendimento das vítimas, Minas Gerais, 2016...	45
Tabela 5 - Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo a relação das vítimas com o agressor, Minas Gerais, 2016...	46
Tabela 6 - Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o local de encaminhamento, Minas Gerais, 2016.....	47
Tabela 7 - Taxa de incidência de violência sexual por sexo segundo faixa etária, Minas Gerais, 2016.....	48
Tabela 8 - Taxa de Incidência de Violência Sexual versus Indicadores de contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde e em municípios do estado Minas Gerais, 2016.....	51

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Distribuição de frequência da completude das variáveis das notificações de violência sexual em Minas Gerais, 2016.....	40
Figura 2-	Plano fatorial: associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor, Minas Gerais, 2016.....	52

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Roteiro de investigação da distribuição das variáveis utilizadas no estudo segundo Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais (SINAN), para a caracterização dos casos de violência sexual no estado de Minas Gerais.....	34
Quadro 2 -	Distribuição da classificação da completude do preenchimento das Ficha de Violência Sexual notificadas no SINAN, Minas Gerais, 2016.....	41
Quadro 3 -	Fontes secundárias e indicadores utilizados na coleta de dados para caracterização do contexto sócio-demográfico, econômico e de cobertura/estratégia de serviços de saúde.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFCM	Análise Fatorial de Correspondência Múltipla
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
DAB/MS	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSIS	Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde de Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice De Desenvolvimento Humano Municipal
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômica Aplicada
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NUPAD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIVA	Sistemas de Vigilância de Violências de Acidentes
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL</b> .....	<b>18</b>
<b>1.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL</b> .....	<b>22</b>
<b>1.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASO</b> .....	<b>24</b>
<b>1.4 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E INEQUIDADES EM SAÚDE</b> .....	<b>27</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>30</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>32</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	<b>32</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b> .....	<b>34</b>
<b>4.6 DEFINIÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS</b> .....	<b>34</b>
<b>4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO</b> .....	<b>35</b>
<b>4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>38</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>39</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>66</b>

<b>Anexo A.....</b>	<b>73</b>
---------------------	-----------

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como sendo o uso intencional da força física ou poder contra si, contra outras pessoas ou a contra sociedade, com a possibilidade de lesionar, causar morte, dano psicológico ou prejuízo ao desenvolvimento (FACURI et al., 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência está presente no contexto da vida social desde as primeiras civilizações, e apesar de estar presente em todas as sociedades, classes sociais e raças, não deve ser considerada como algo normal, pois traz consequências relevantes para a saúde da população mundial e por isso tem se tornado tema de um número crescente de estudos: a Saúde Pública desde a década de 80 vem tentando compreender e implementar medidas para diminuir os indicadores relacionados e até evitá-la (KRUG et al., 2002; SILVA et al., 2013).

Segundo a OMS (2010), temos um conceito amplo de violência sexual na ideia de qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejada, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa independentemente de suas relações com a vítima, em qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou o do trabalho (WHO, 2010).

Para o presente estudo considerar-se-á como violência sexual o conceito abaixo, que é o mesmo utilizado para o preenchimento da ficha de notificação nos serviços de saúde:

Violência Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação,

linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a) (BRASIL, 2014a, p. 31).

Calcula-se que, anualmente, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não fatais decorrentes de violência interpessoal, coletiva ou autoviolência, sendo uma das principais causas de mortes na faixa etária de 15 a 44 anos. A maioria destas ocorre em países de média e baixa renda, sendo que os países de renda alta contabilizam menos de 10% das mortes relacionadas à violência (DAHLBERG; KRUG, 2007; KRUG et al., 2002; SILVA et al., 2013).

Entre os anos 2000 e 2013 houve um aumento de 28,1% nos óbitos por causas externas no Brasil, representando 12,5% de todos os óbitos; deste total 44,4% são por violência (agressões e autoprovocadas), sendo responsáveis por 10% do total de internações do país. As mortes por causas violentas representam a terceira causa de morte na população em geral e a primeira na faixa etária de 1 a 49 anos (BRASIL, 2015).

Além de sofrimento e dor, a violência traz altos custos para o governo com assistência à saúde, absenteísmo de dias ou anos perdidos de trabalho, por afastamento e por morte, o que afeta a economia e a previdência social (DAHLBERG; KRUG, 2007; HEGARTY et al., 2013; KRUG et al., 2002).

A violência sexual é uma questão grave de saúde pública, devido tanto ao número de vítimas como à gravidade das consequências para a vida dessas pessoas. Considera-se que está relacionada com os papéis sociais de gênero que mulheres e homens assumem na sociedade, marcados por relações de submissão e poder. Atinge todas as idades, raças, classes sociais e sexo, mas ocorre principalmente com mulheres jovens e adolescentes, que por sua vez sofrem mais de transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos de estresse pós-traumático, distúrbios sexuais, dores crônicas, além do aumento do uso de substâncias psicoativas e, ainda ficam expostas às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (ANTONIO; FONTES, 2012; FACURI, 2013; MACHADO, 2015).

As desigualdades de gênero refletem a coerção na forma de poder, de valores, hierarquias e recursos e isso causa iniquidades que afetam as mulheres no comportamento, no poder de decisão, no trabalho, na vulnerabilidade à violência e em sua saúde, incluindo a saúde mental. Essas desigualdades de poder estão presentes desde a esfera individual, em ambiente familiar e comunidade, até as macroestruturas das políticas econômicas, sociais e estruturais. Para diminuir as desigualdades de gênero é preciso pensar desde a legislação que impeça as ocorrências das agressões, com punições e ações preventivas, até apoio e segurança para as vítimas (CARVALHO, 2013).

A violência de gênero resulta em grande número de mortes de mulheres, e muitas se sujeitam à violência por motivos econômicos, falta de apoio da família, preocupação com sustento dos filhos, entre outros fatores sociais. É preocupante o resultado de pesquisas que mostram que em alguns lugares do mundo, um quarto das mulheres sofre violência por parte de seus parceiros íntimos e um terço das adolescentes teve a primeira experiência sexual forçada (DAHLBERG; KRUG, 2007; KRUG et al., 2002; TORRES et al., 2012).

Em nossa sociedade as relações de gênero induzem à percepção de que a mulher que sofreu violência sexual teve comportamentos provocantes e inadequados e por isso também é culpada da agressão sofrida (MACHADO, 2015). A situação é complexa e requer profissionais habilitados para o atendimento das vítimas, lembrando que o abuso sexual traz grandes impactos para a vida dessas pessoas, incluindo transtornos físicos, psicológicos e sociais. Para tanto, faz-se necessária atuação profissional qualificada rápida e eficaz, para diminuir sequelas com tratamentos adequados, para prevenir doenças futuras e transtornos psicológicos (ANTONIO; FONTES, 2012; HEGARTY et al., 2013).

De acordo com a OMS, as principais vítimas são as mulheres e os principais agressores são os companheiros ou familiares, chegando à prevalência mundial de 14,3% de mulheres que admitem ter sofrido pelo menos uma violência sexual durante a vida (CERQUEIRA; COELHO, 2014). As estimativas em países africanos indicam que 25% a 48% de mulheres sofrerão violência sexual em algum momento em suas vidas (ABUYA et al., 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que a cada 11 minutos ocorre um estupro, totalizando mais de 500 mil casos anualmente; destes, apenas 10%

aproximadamente procuram a polícia. No caso das crianças vítimas de violência sexual 24% dos agressores são os pais ou padrastos e em 32% dos casos elas são agredidas por conhecidos da família, amigos ou conhecidos da vítima (CERQUEIRA; COELHO, 2014).

No Brasil aproximadamente 20,9% das mulheres buscam diariamente ajuda junto aos serviços de saúde por ter sofrido violência sexual (FACURI, 2013). Preconiza-se que o atendimento às vítimas seja feito por equipe multidisciplinar, preferencialmente nas primeiras 72 horas após o ato (atendimento emergencial). No entanto, Machado (2015) revela que a maioria das mulheres que sofre violência sexual não busca ajuda em instituições de saúde, não sabe da existência do atendimento de referência garantido para vítimas e, quando procura por assistência, o faz em decorrência das lesões físicas sofridas (MACHADO, 2015).

A violência sexual contra o homem ainda é negligenciada e há poucos estudos sobre a importância de sua abordagem. Os casos de violência também podem estar presentes em casa, no trabalho, nas ruas e escolas, mas são mais relatados em sistemas prisionais e militares, tanto dentro de celas, entre os presos, quanto na forma do oferecimento de sexo para os oficiais militares. Os homens vítimas de violência sexual buscam menos ajuda que as mulheres, mas também carregam as consequências físicas, sexuais, psicológicas e sociais, além de muitos sofrimentos (DAHLBERG; KRUG, 2007). Empiricamente, infere-se que homens homossexuais e transexuais também são mais vulneráveis à violência sexual por preconceito da sociedade, principalmente quando associado a piores condições de renda.

Em um estudo realizado no Paraná foram analisadas notificações de casos suspeitos de violência sexual, no período de 2009 a 2013. A maioria dos casos era de mulheres (94,65%): 74% eram solteiras, 51% tinham ensino fundamental completo e 53,3% não conheciam o agressor. As crianças com idade até 12 anos corresponderam a 2,2% das vítimas, sendo predominante a faixa etária de 12 aos 18 anos (53,4%) (TRIGUEIRO et al., 2015).

Geralmente, os pais ou responsáveis que procuram assistência profissional para crianças vítimas de violência sexual relatam sintomas como dores abdominais, lesões genitais, infecções urinárias e comportamentos de ansiedade, agressividade e medo, muitas vezes não relatam ou mencionam a violência ou abuso perpetrado contra a criança. Estas ficam propensas a distúrbios psiquiátricos, pensamentos

suicidas e uso de substâncias químicas. Um estudo realizado na África pela Organização Mundial da Saúde mostra a relação entre pobreza e maus tratos em crianças, sendo que há um número maior de abuso sexual infantil em locais onde os índices de desemprego e pobreza são maiores (DAHLBERG; KRUG, 2007).

As mulheres e crianças pobres têm risco maior de sofrer estupro devido a condições financeiras desfavoráveis, uma vez que aumenta a chance de buscarem empregos de risco ou que proporcionam risco de serem vítimas de violência sexual. A prática da violência sexual está relacionada à pobreza principalmente quando ligada à crise de identidade masculina induzida pela estrutura familiar e por modelos de masculinidade machista, cuja busca por corresponder a eles encontra-se dificultada pela condição econômica, além de estarem presentes nas ideologias do direito sexual masculino (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Ao se analisar o perfil das mulheres vítimas de violência doméstica e familiar registradas nos anos de 2013 a 2015, em Minas Gerais, observa-se que a faixa etária prevalente é de mulheres de 25 a 34 anos (31%), sendo que 73% das mulheres vítimas desse tipo de violência tinham entre 18 e 44 anos de idade. A maioria das vítimas eram pardas (45%) ou brancas (33%), 25% possuía ensino fundamental incompleto, 20% era alfabetizadas e 18% possuía ensino médio completo. Com relação aos agressores, na maioria dos casos, eram cônjuges/companheiros (40%) e ex-cônjuges/ex-companheiros (30%). A violência sexual não é o crime mais sofrido pelas mulheres no estado de Minas Gerais e representa 1% das agressões no ambiente doméstico e familiar, sendo as agressões físicas 46%, e a violência psicológica 40% dos casos (MINAS GERAIS, 2016).

## 1.2 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

Tornou-se notória nas últimas décadas a preocupação do poder público em tentar coibir a violência sexual no país, visando, inclusive, minimizar os prejuízos que causa para as vítimas. Ao longo da maior parte do século XX, a violência contra as mulheres por seus parceiros não era considerada crime e tendia-se a justificá-la a partir da ideia de defesa da honra. Somente a partir de 1984 que se observou

claramente o início de medidas para tentar proteger essas mulheres, principalmente as que sofrem de violência doméstica e sexual, e em 1988 a Carta Magna declara a igualdade entre os gêneros (PINTO et al., 2017).

A Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dispõe sobre os direitos das crianças e adolescentes, proteção e cuidados para essa população, e estabelece como obrigatória, a comunicação de violências às autoridades de segurança, vigilância em saúde e defesa dos direitos sociais. Define como crianças indivíduos com idade inferior a 12 anos e adolescentes entre 12 e 18 anos. Desde 2001, a Portaria nº 1.968 do Ministério da Saúde estabelece a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades de saúde, além da comunicação ao conselho tutelar (BRASIL, 2012).

A 1ª edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes de Violência Sexual contra mulheres e adolescentes foi publicada em 1999 e atualizada em 2005 e 2012 (BRASIL, 2012).

Em 2003, a Lei 10.778 determinou a notificação compulsória para as vítimas de violência atendidas nos serviços de saúde públicos ou particulares, em todo território nacional, e foi regulamentada pelo decreto-lei 5009/2004 e normatizada pela portaria MS/GM 2406/2004, que implantou a ficha de investigação de Violência Doméstica Sexual e/ou outras Violências (BRASIL, 2003).

Também em 2003, a Lei 10.741 estabeleceu a comunicação de violência, suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos e, em 2011, a Lei 12.461 determinou a notificação de violência contra o idoso atendido nos serviços de saúde. A Lei entende que os idosos são mais frágeis do que os jovens e a violência pode trazer consequências graves para a vida desta população (BRASIL, 2012).

A Lei 11.340, de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, assegurando assistência às vítimas, com serviços articulados de proteção e, se necessários, os cuidados a serem dispensados às mesmas (BRASIL, 2006).

Em 2013 foi publicada a Lei 12.845 que prevê o atendimento obrigatório integral, emergencial e multiprofissional a todas as vítimas de violência sexual atendidas nas unidades de saúde do SUS, incluindo tratamento físico, psíquico e social (PINTO et al., 2017).



Conforme o Código Penal Brasileiro em vigência, a violência sexual é considerada uma transgressão pesada, podendo ser dividida em três tipos: o estupro, o atentado violento ao pudor e o assédio sexual. O estupro, segundo o artigo 213 do Código Penal, é definido como o ato de “constranger” a mulher à conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça. Ou seja, qualquer relação homem/mulher sem consentimento é definida como estupro (Lei nº 12.015, de 2009).

O atentado violento ao pudor, segundo o artigo 214 do Código Penal, define-se pelo ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Considera-se ato libidinoso as carícias íntimas e a masturbação, entre outros (Lei nº 12.015, de 2009).

Já o assédio sexual, segundo o artigo 216-A do Código Penal, é definido pelo ato de “constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerente ao exercício de emprego, cargo ou função”. Impor ou forçar outra pessoa a exercer um ato sexual, que pode ser beijar, despir-se ou até mesmo o próprio ato, sobre qualquer ameaça, seja a de perder o emprego ou ser privado de uma promoção, é assédio sexual (Lei nº 12.015, de 2009).

Também está prevista no Código Penal a violação sexual mediante fraude, tipificada no artigo 215: “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima”. Consta, ainda, no Código Penal, no artigo 217-A, o estupro de vulnerável, quando a violência é praticada contra menores de 14 anos, que se caracteriza por ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos (Lei nº 12.015, de 2009).

### 1.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DOS CASO

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica se caracteriza por um conjunto de ações que levam à prevenção de doenças / agravos, ou fatores condicionantes, que afetam a saúde individual e/ou coletiva. Oferecendo orientação

técnica de execução, organização e planejamento de ações de saúde, necessitando de atualizações periódicas (BRASIL, 2014b).

O Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN) é um importante sistema de vigilância epidemiológica, a ser alimentado em nível local a partir das unidades de saúde, que foi desenvolvido entre os anos de 1990 e 1993 para coletar e processar informações dos agravos preestabelecidos conforme importância nacional, estadual ou regional (BRASIL, 2009).

A partir da suspeita do agravo são preenchidas tanto a Ficha Individual de Notificação para cada paciente (ou em conjunto, em casos da necessidade de notificar rapidamente surtos) como a Ficha de investigação própria, que é um roteiro de investigação para cada agravo ou doença (BRASIL, 2014b).

O fluxo da informação do SINAN parte das Unidades de Saúde que fizeram a notificação, dirige-se para a Secretaria Municipal de Saúde, para a Superintendência Regional de Saúde, para a Secretaria do Estado da Saúde e daí ao Ministério da Saúde, nesta sequência (BRASIL, 2014b).

A partir da alimentação do banco de dados do SINAN obtém-se as informações que, quando analisadas, tornam-se indicadores epidemiológicos importantes quanto à incidência, prevalência e letalidade, além de caracterização dos indivíduos acometidos e das informações quanto ao manejo dos agravos que norteiam toda a política e planejamento de saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2014b).

O Ministério da Saúde, no ano de 2004, através do Decreto-Lei nº 5.099 de 03 de junho e da Portaria nº 2.406 de 5 de novembro, regulamentou e estabeleceu a implantação da notificação compulsória da violência contra a mulher, como previa a Lei 10.778 de novembro de 2003, para os atendidos em serviços de saúde públicos ou privados em todo território nacional.

Em 2006, o Ministério também implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), para conhecer a extensão desses agravos e trabalhar na execução de ações de prevenção de violências e promoção de ações que diminuíssem essas incidências (BRASIL, 2012). Mesmo assim, a frequência de violência sexual ainda é subnotificada e a denúncia muitas vezes não é feita porque o agressor é alguém do convívio familiar da pessoa vitimada, o que dificulta a identificação, caracterização e elaboração de estratégias para ajudar as pessoas acometidas (ANTONIO; FONTES 2012).

Desde 2009, o Ministério da Saúde incluiu a notificação compulsória, contínua e em todo território nacional da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Formas de Violência Interpessoais no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) anexo A, a ser realizada em todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados que fazem atendimento a essas vítimas de violência (WAISELFISZ, 2012). A ficha de notificação deve ser preenchida em duas vias ou xerocada, sendo uma encaminhada para o setor de vigilância epidemiológica municipal para digitação e consolidação dos dados. A outra via deve ficar retida na unidade notificadora (BRASIL, 2009).

Em 6 de junho de 2014 a portaria nº 1271 do Ministério da Saúde, alterou a ficha de notificação de violências para Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, que vem sendo implantada gradualmente nos estados e municípios (Anexo B) (BRASIL, 2014b). No estado de Minas Gerais a implementação desse novo formulário iniciou-se em 2015.

Os objetivos da notificação de Violências Interpessoais/Autoprovocadas, segundo o MS, são: identificar agredidos, frequência e natureza da violência, caracteriza o provável autor da agressão e identificar população de risco e o local de ocorrência, possibilitando medidas de intervenção prioritárias. Além de viabilizar esse conhecimento para os profissionais de saúde que planejam os cuidados e para a população vulnerável, estas informações servem para respaldar as políticas públicas (BRASIL, 2016).

A notificação dos casos permite a análise dos dados coletados e, assim, pode viabilizar a avaliação da extensão de cada agravo notificado sobre a população, principalmente quanto aos vulneráveis (crianças e adolescentes, mulheres, e idosos). Permite também a inclusão desses dados em políticas de saúde específicas, como a das comunidades tradicionais, população LGBT, indígenas e pessoas com deficiências (BRASIL, 2016).

Em caso de violência sexual contra o homem não há ficha de notificação ou leis específicas para proteção dos mesmos a serem aplicadas, por ocorrer em menor número e ser menos denunciada, quando comparada à violência contra a mulher. Embora socialmente se acredite que os homens não são vítimas de violência sexual, ponderam-se, por analogia, nessas situações, as mesmas leis, exigências de notificação e condutas preconizadas para as mulheres (DOTOLI; LEÃO, 2016). Na

rotina dos serviços de saúde utiliza-se a mesma ficha de notificação, especialmente para os casos de violência sexual.

#### 1.4 DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E INIQUIDADES EM SAÚDE

A violência não pode ser explicada por um único fator, mas está relacionada à interação de vários fatores: individuais, culturais, econômicos, sociais, interpessoais e ambientais (DAHLBERG; KRUG, 2007; KRUG et al., 2002).

De acordo com a teoria da produção social, o que temos na sociedade é consequência da ação humana e assim a saúde e a doença, incluindo a violência, são entendidas como produtos das ações sociais, e são influenciados pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; LOPES; TOYOSHIMA; GOMES, 2010; SILVA-PIRES et al., 2017). Segundo Pellegrini e colaboradores (2011) e OMS (2016), os DSS são mais que fatores sociais e econômicos, mas incluem também aspectos comportamentais que têm poder sobre a saúde das pessoas, de forma positiva ou negativa, e seus fatores são influenciados por decisões políticas, individuais e sociais.

A relação entre os DSS e a saúde e doença é complexa e envolve muitos fatores, que devem ser considerados segundo os diferentes contextos envolvidos. Segundo a Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde eles abrangem além dos fatores sociais, os econômicos, os culturais, os políticos, sendo que todos esses fatores podem influenciar a saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; SILVA-PIRES et al., 2017). Há também os Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde (DSIS), que são estes mesmos determinantes já citados, porém quando aumentam ou diminuem as iniquidades em saúde (PELEGRINI, 2011), ou seja, iniquidades em saúde são desigualdades injustas e teoricamente evitáveis, que favorecem o adoecimento das pessoas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; LOPES; TOYOSHIMA; GOMES, 2010).

Alguns estudos já relacionam os DSS, iniquidades de saúde e saúde da população e ressaltam que as regiões que possuem os melhores indicadores de renda e infraestrutura urbana, exibem melhores condições de saúde, evidenciando a

necessidade de envolver políticas de saúde em conjunto com outras áreas (LOPES; TOYOSHIMA; GOMES, 2010).

Mesmo com o conhecimento de que os DSS influenciam na saúde e no adoecimento das pessoas, essas informações eram pouco utilizadas para planejar ações econômicas, sociais e ambientais. Só em 2003, diante da pressão mundial para que se discuta as formas que os DSS afetam a saúde e como diminuir as iniquidades em saúde, é que foi criada a Comissão Global sobre DSS, que amplia a visão da associação entre os DSS, a saúde e as políticas públicas (CARVALHO, 2013).

Os DSS podem ter abrangência individual, comunitária ou global. O comportamento individual é influenciado pelo comportamento social e também é parte dos DSS. Fatores como condições de trabalho, educação, alimentação, moradia, acesso à saúde e informação, quando considerados de risco, aumentam as chances de situações perigosas e colocam em risco a saúde das pessoas. Mudar o comportamento influenciado pela cultura a partir das relações sociais é bastante difícil e, quando se consegue, há a chance de assumir outros costumes que sejam inadequados para a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; LOPES; TOYOSHIMA; GOMES, 2010; SILVA et al., 2017).

A desigualdade social abrange não apenas os aspectos econômicos da sociedade, comprometendo, além da distribuição de renda desigual ou injusta, questões sociais, políticas e existenciais, o que compõe o aspecto subjetivo da desigualdade social. No contexto social, há práticas que contribuem para a desigualdade na sociedade, como por exemplo a naturalização da mesma, caracterizada como parte da sociedade e não mais percebida como algo que precisa ser mudado. Esses valores sociais são desenvolvidos ao longo do tempo de forma arbitrária e compreendem formas complexas de ser, pensar, agir e de se comportar que são aceitas pela sociedade, sendo que as que estão fora deste padrão são repreendidas (SANTOS; MOTA; SILVA, 2013).

Assim a desigualdade social está banalizada no Brasil e passa a ser imperceptível ou vista como parte natural da sociedade, englobando questões morais, políticas e não apenas econômicas (SANTOS; MOTA; SILVA, 2013).

A partir de 1980 passa a ser de interesse do Sistema Único de Saúde (SUS) buscar compreender justamente o processo de saúde e doença a partir da vigilância

da saúde e dos determinantes sociais envolvidos (SILVA; FRACOLLI, 2009; SILVA et al., 2017).

Os indicadores são instrumentos utilizados para avaliar as condições em que vivem as pessoas a partir da mensuração dos problemas sociais e de saúde. Esses indicadores permitem comparar a situação social, traçar o perfil epidemiológico e relacioná-los com saúde ou doença, que, por sua vez, se apresentam como conceitos multifatoriais (SILVA; FRACOLLI, 2009). Nos últimos anos, os indicadores de saúde do país e também do estado de Minas Gerais melhoraram devido à ampliação do acesso aos serviços de saúde e saneamento básico, mas as desigualdades sociais e econômicas são marcantes dentro do estado (LOPES; TOYOSHIMA; GOMES, 2010).

Para garantir a saúde da sociedade são necessárias políticas públicas efetivas que atuem sobre os DSS e diminuam a iniquidades de saúde, já que a saúde da sociedade depende da garantia de outros direitos como educação, moradia, lazer, trabalho (BADZIAK; MOURA, 2010; SILVA et al., 2017). É preciso melhorar mais do que o acesso a saúde, é necessário investir na qualidade de vida desde o nascimento, pensando no ambiente em que as pessoas vivem, na educação, no trabalho e no envelhecimento, tentando minimizar as desigualdades, já que as desigualdades socioeconômicas refletem também desigualdades na saúde da sociedade desde a prevenção, promoção e recuperação da saúde (CARVALHO, 2013).

No melhor conhecimento dos autores e na ampla revisão bibliográfica realizada não foram encontrados estudos que objetivassem verificar a relação entre indicadores de saúde, socioeconômicos e de oferta das ações de saúde com a ocorrência de violência sexual.

Consciente da influência das iniquidades sociais e sanitárias na saúde da sociedade, este trabalho pretende investigar quais fatores podem favorecer a ocorrência da violência sexual, identificando alguns indicadores que contribuem para o aumento ou diminuição dos índices deste agravo, considerando que há uma carência de estudos nacionais que relacionem a violência sexual aos DSS e iniquidades da saúde. Com o intuito de contribuir para a otimização de estratégias para redução desse agravo que é muito presente na vida de muitas crianças e mulheres em todos os países, principalmente os menos desenvolvidos. Desta forma objetivou-se verificar a relação de ocorrência entre violência sexual e iniquidades sociais e de saúde nos municípios do estado de Minas Gerais, em 2016.

## 2 JUSTIFICATIVA

A violência sexual é considerada uma questão grave de saúde pública por seus altos índices de frequência e pelo grande impacto que causa na vida das vítimas e também de toda a sociedade. Segundo o relatório mundial sobre violência e saúde, algumas formas de violência estão intrinsecamente ligadas a fatores econômicos, sociais e culturais da vida das pessoas, observando que o número de mortes por violência varia inversamente com a renda das famílias (DAHLBERG; KRUG, 2007; VELOSO et al., 2013).

O abuso sexual é o segundo tipo de violência mais comum entre as crianças de 0 a 9 anos, no entanto, estima-se que apenas 10 a 35% dos casos de estupro são notificados no Brasil, e aproximadamente 7,5% das vítimas registram o crime na delegacia, entretanto mais de 90% das mulheres relatam ter medo de sofrer essa agressão. O Estado que registrou o maior número de estupros em 2014, foi Roraima com 55,5 casos para cada 100 mil habitantes e Minas Gerais um dos estados com menores registros foi notificado 7,1 casos para cada 100 habitantes. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

O interesse pelo tema também se explica pela negligência observada quanto a pesquisas mundiais sobre violência sexual e determinantes sociais de saúde dos últimos 5 anos, tendo em vista buscas realizadas em 2016 e repetidas em 2017 nas principais bases de dados, como Medical Literature Analysis and Retrieval System on line (MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Portal Capes. É flagrante a necessidade de uma exploração maior da temática.

Ter mais informações sobre violência sexual possibilita ações efetivas em saúde pública que garantam às vítimas denunciarem esse agravo, assegurando proteção, cuidado e segurança, sabendo que a maioria dos casos não são denunciados e as vítimas não procuram ajuda médica ou policial, aumentando a gravidade da violência sofrida, que atinge também a família e toda a sociedade.

Diante dos aspectos mencionados, é fundamental analisar os casos de violência sexual em Minas Gerais em sua relação com os determinantes sociais da saúde para que a partir do conhecimento e visão ampliada do fenômeno seja possível compreender os fatores que implicam no processo de perpetuação desse agravo na

sociedade e, a partir daí, possa ser reduzido ou superado, como outros agravos já controlados na saúde, como as doenças infecciosas (que já ocuparam a principal posição de causa de mortes mundial e hoje cedem lugar às doenças crônicas degenerativas e causas externas).



### 3 OBJETIVOS

Abaixo estão descritos os objetivos da pesquisa.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os casos de violência sexual e a relação com iniquidades sociais e de saúde nos municípios do estado de Minas Gerais em 2016.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Verificar a completude das informações do banco de dados, das fichas de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do SINAN.

b) Descrever o perfil epidemiológico dos casos de violência sexual notificados no estado de Minas Gerais em 2016, segundo sexo e faixa etária.

c) Calcular a incidência de violência sexual em razão de sexo por faixa etária.

d) Identificar e selecionar os indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura dos serviços de saúde dos municípios do estado de Minas Gerais.

e) Verificar a correlação entre a incidência de violência sexual e os indicadores de contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde e em municípios do estado de Minas Gerais.

f) Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor.

## 4 MATERIAL E MÉTODOS

Neste item serão apresentados os métodos utilizados para alcançar os objetivos da pesquisa.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo retrospectivo, de delineamento ecológico e com abordagem observacional, exploratória e analítica, a partir da análise do banco de dados das fichas de investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado de Minas Gerais em, 2016.

O estudo ecológico investiga, a partir de um conjunto de indivíduos de uma determinada área geográfica (e não apenas uma amostra de pessoas), se há relação entre dois ou mais eventos para um grupo de pessoas, podendo utilizar base de dados referentes a fontes secundárias, o que permite análise de dados de grandes populações como a de um estado (MEDRONHO, 2009).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado considerando a área de abrangência do Estado de Minas Gerais (todos os municípios), no ano de 2016. O ano de 2016 foi utilizado para a caracterização dos casos, e o ano de 2010 foi utilizado para a verificação da correlação entre os indicadores propostos no quinto objetivo, por ser o último censo demográfico brasileiro e pela disponibilização dos indicadores sociodemográficos, econômicos e de oferta de ações de saúde.

### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Minas Gerais, com 853 municípios, possuía, em 2016, um total de 20,99 milhões de habitantes e ocupava um território de 586.521,235 km<sup>2</sup>, sendo a densidade

demográfica 33,41 habitantes por km<sup>2</sup>, com rendimento nominal mensal domiciliar per capita de R\$1128,00 reais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Foram consideradas pessoas que sofreram violência sexual em 2016, que tenham procurado um serviço de saúde e preenchido a ficha de notificação/investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais do SINAN, contidas no banco de dados da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, que são, portanto, dados secundários e retrospectivos.

A princípio, todos os municípios do estado participaram do estudo. Após a análise do número de casos notificados de violência sexual por município foi definido um ponto de corte de acordo com viabilidade estatística, considerando os municípios com 10 ou mais notificações de violência sexual no SINAN no ano escolhido.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo pessoas de todas as idades e sexos, que tenham sofrido violência sexual, passado por um serviço de saúde e preenchido a ficha de notificação/investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais do SINAN em 2016, residentes no estado de Minas Gerais.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as fichas de notificação/investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências interpessoais do SINAN de 2016 de pessoas que tenham sofrido outros tipos de violência a não ser a sexual, ou que não sejam residentes em municípios do estado de Minas Gerais.

#### 4.6 DEFINIÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS

As faixas etárias analisadas foram: 0-4 anos, 5-9 anos, 10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e 60 anos ou mais de idade. Os dados populacionais utilizados para o cálculo dos indicadores foram provenientes do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS): [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br).

#### 4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

O banco de dados de Violência Doméstica, Sexual e/ou Violências Interpessoais, foi cedido pela Secretaria de Estado de Minas Gerais. As variáveis avaliadas seguiram a estratificação do instrumento do SINAN; sendo analisadas: sexo, idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, região, cidade, zona, local de ocorrência, tipo de agressão sofrida e a relação da vítima com o agressor. A seguir estão as variáveis analisadas, segundo descrição na ficha de investigação de Violência (SINAN) definidas em blocos.

Quadro 1- Roteiro de investigação da distribuição das variáveis utilizadas no estudo segundo Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais (SINAN), para a caracterização dos casos de violência sexual no estado de Minas Gerais, 2016. (ANEXO A).

<b>Dados gerais, de residência e notificação individual.</b>	Tipo de notificação, agravo/doença, data da notificação, município e estado de notificação, data da ocorrência do evento, hora da ocorrência (0-24 horas), idade, sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal, município e estado de residência, tipo de zona.
<b>Antecedentes epidemiológicos</b>	Data da investigação, situação no mercado de trabalho, local de ocorrência da exposição.
<b>Dados da exposição</b>	Município e estado do estabelecimento de ocorrência, zona de exposição, ocorreu outras vezes, tipo de violência sexual, número de envolvidos, relação com a pessoa atendida, sexo do provável autor da agressão, suspeita de uso de álcool, circunstância da exposição/contaminação, tipo de exposição
<b>Dados do atendimento</b>	Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação, procedimento indicado.
<b>Evolução e encaminhamento</b>	Evolução do caso, óbito, encaminhamento, circunstância da lesão/ CID 10, classificação final.

Fonte: Ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais /SINAN, 2007.

#### 4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram gerenciados no *software* Excel 2010 e Statistica 13.0. Foi realizada a Análise Estatística Descritiva, através da distribuição de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, ao passo que as variáveis quantitativas foram analisadas empregando-se medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão) (POLIT; BECK, 2014). Esta análise foi utilizada para a realização do primeiro e segundo objetivos da pesquisa.

Ainda para a análise do primeiro objetivo (analisar a completude), a verificação da qualidade do preenchimento das variáveis foi feita com base nos critérios propostos pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que considera a proporção de informação ignorada, os campos em branco e os códigos atribuídos como informação ignorada especificada, caracterizados como incompletude de informação. A CEPAL considera excelente quando há menos de 5% de informações incompletas, bom de 5% a 10%, regular de 10% a 20%, ruim de 20% a 50% e muito ruim de 50% ou mais (ROMERO; CUNHA, 2006; OLIVEIRA et al., 2009).

Na análise do segundo objetivo (descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados), foram realizadas análises exploratórias descritivas dos dados dos bancos de violência sexual em Minas Gerais no ano de 2016, e apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. A opção “não se aplica” considerada nos resultados está descrita nas fichas de notificação verificadas, como opção quando a pergunta não condiz com as características das vítimas, por exemplo escolaridade em vítimas menos de 4 ano,

Para o cálculo do terceiro objetivo (incidência da violência sexual) realizaram-se cálculos dos indicadores utilizando o número de casos de violência sexual, por município, entre os que tiveram mais de 10 notificações no ano de 2016, e o número da população do município correspondente no ano de 2015, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). Os coeficientes de incidência foram expressos como número de casos por 100.000 habitantes por ano. Salienta-se que até o momento da análise dos indicadores não estavam disponíveis os dados populacionais por faixa etária e sexo para o ano de 2016.

$$\text{Coeficiente de Incidência} = \frac{\text{N}^\circ \text{ notificação de violência sexual no ano por município}}{\text{População no ano por município}}$$

Na análise do terceiro objetivo (descrever a razão de sexo da taxa de incidência de violência sexual por faixa etária), a referida razão foi calculada com os valores médios da taxa de incidência para os sexos feminino e masculino segundo as faixas etárias de 0 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 59 anos e maiores que 60 anos, utilizando a seguinte fórmula para o cálculo da razão de incidência:

$$\text{Razão de Sexo para Incidência} = \frac{\text{Incidência no sexo feminino}}{\text{Incidência no sexo masculino}}$$

As médias das taxas de incidência de violência do sexo feminino e masculino foram comparadas por Teste t quando atendidos os pressupostos de normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors) e pelo teste de Mann-Whitney para desvio da normalidade.

No quarto objetivo foram realizadas buscas - *on line* e na literatura - dos indicadores mais adequados e disponíveis para todos os municípios do estado de Minas Gerais nas bases de dados oficiais para identificar os indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura dos serviços de saúde dos municípios. A coleta de dados foi realizada por meio de fontes secundárias de bases públicas: Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (<http://www.atlasbrasil.org.br>) e SINAN, os indicadores foram selecionados quanto à relevância e completude em todos os municípios do estado.

Para verificar o quinto objetivo (a correlação entre a taxa de incidência de violência sexual e os indicadores de contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde em municípios do estado Minas Gerais) foi realizado o coeficiente de correlação Spearman. A quantidade de municípios

analisada inviabiliza trabalhar com grande número de indicadores sociodemográficos, econômicos ou de saúde, portanto foi avaliado 7 destes.

E no sexto objetivo, análise da associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor foi realizada por meio de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM). Utilizou as variáveis ativas (faixa etária, sexo, raça, escolaridade, porte populacional do município, local de ocorrência, ocorreu outras vezes, violência física e psicológica) e a variável suplementar relação com o agressor. A AFCM consiste em examinar as relações entre as variáveis categóricas ativas e suplementares em um plano fatorial. As relações de proximidade geométrica entre os pontos no plano fatorial permitem interpretar as associações entre as categorias das variáveis. As variáveis ativas participam do cálculo da posição de cada indivíduo no plano fatorial e as suplementares não contribuem para o cálculo, mas irão se associar as variáveis ativas no plano fatorial por semelhança (Scatena, 2009).

#### 4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado através de bases de dados secundários (SINAN), recebidos da SES de MG. Os dados dos formulários provenientes do banco informatizado foram manuseados apenas pela equipe da pesquisa e recebidos sem nome e endereço pessoal das vítimas de violência sexual. Os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal. Por este motivo, não se fez necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas já foram coletadas e arquivadas e o sigilo pessoal foi mantido. Ademais, neste caso, o uso do referido Termo poderia trazer mais sofrimento para os pacientes e familiares. O estudo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) via Plataforma Brasil, sob o parecer 1.986.289 e somente após sua aprovação foi iniciada a realização da pesquisa.

## 5 RESULTADOS

No ano de 2016, dos 853 municípios mineiros, 48 notificaram 10 casos ou mais de violência sexual no SINAN, somando 1996 notificações, que formam a amostra do presente estudo.

Tabela 1 - Municípios que notificaram mais de 10 casos de violência sexual em Minas Gerais e suas respectivas incidências, 2016.

<b>Município</b>	<b>N=1996</b>	<b>%</b>	<b>Incidência por 100 mil habitantes</b>
Belo Horizonte	478	23,90	19,10
Uberaba	158	7,91	49,05
Juiz de Fora	139	6,96	25,03
Betim	115	5,76	27,56
Uberlândia	108	5,41	16,31
Contagem	102	5,11	15,72
Montes Claros	82	4,10	20,79
Viçosa	59	2,95	76,31
Ipatinga	53	2,65	20,59
Ribeirão das Neves	51	2,55	15,81
Governador Valadares	46	2,30	16,53
Ibirité	37	1,85	21,28
Muriaé	36	1,80	33,56
Araxá	32	1,60	31,30
Teófilo Otoni	27	1,35	19,14
Sabará	26	1,30	19,35
Patos de Minas	25	1,25	16,81
Santa Luzia	25	1,25	11,56
Sete Lagoas	23	1,15	9,91
Diamantina	21	1,05	43,79
Conselheiro Lafaiete	18	0,90	14,35
Esmeraldas	18	0,90	26,78
Coronel Fabriciano	17	0,85	15,55
Taiobeiras	16	0,80	48,02
Leopoldina	14	0,70	26,34
Patrocínio	14	0,70	15,79
Poços de Caldas	14	0,70	8,55
Santana do Paraíso	14	0,70	44,30
Capelinha	13	0,65	34,82
Frutal	13	0,65	22,49
Itabira	13	0,65	11,05
Matias Barbosa	13	0,65	21,75
São João Del Rei	13	0,65	91,02
Vespasiano	13	0,65	14,54
Lagoa Santa	13	0,65	10,97
Barbacena	12	0,60	8,89
Bocaiuva	12	0,60	24,19
Carmo do Paranaíba	11	0,55	35,74



Janaúba	11	0,55	15,52
Ouro Preto	11	0,55	14,86
Além Paraíba	10	0,50	28,00
Corinto	10	0,50	40,93
Januária	10	0,50	14,65
Manhuaçu	10	0,50	11,51
Pará de Minas	10	0,50	10,97
Ponte Nova	10	0,50	16,66
São João Nepomuceno	10	0,50	37,98
Serro	10	0,50	46,67

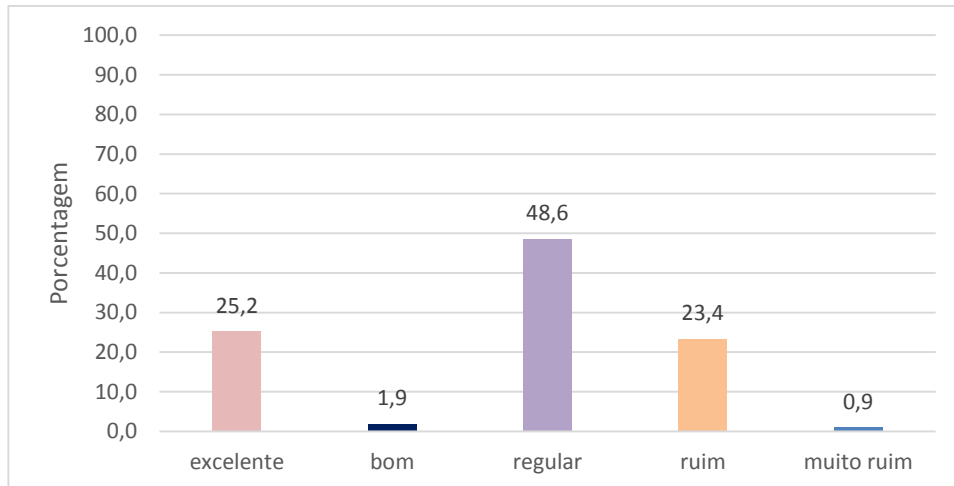
Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

Para melhor compreensão, os resultados foram divididos em cinco partes.

## 5.1 COMPLETUDE DO PREENCHIMENTO DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL, REGISTRADOS NO SINAN EM 2016

Em relação à classificação da completude do preenchimento das Fichas de Violência Sexual (Figura 1) verificou-se completude média de 85,1 %, sendo que apenas 25,2% das variáveis tiveram completude excelente. A maioria (48,6%) teve incompletude de 10 a 20% e foi classificada como regular. Muitas variáveis importantes para caracterização dos casos - como raça, escolaridade, se a violência ocorreu mais de 1 vez, informações de profilaxia (DST, HIV, hepatite B, contracepção de emergência) e outras - tiveram completude ruim, de 23,4%. A variável “Violência motivada por” foi a única classificada como muito ruim. A incompletude das informações pode inviabilizar a análise dos dados, um vez pode descaracterizar os resultados obtidos.

Figura 1- Distribuição de frequência da completude das variáveis das notificações de violência sexual em Minas Gerais, 2016.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

O quadro 2 apresenta a classificação da completude quanto ao preenchimento de todas as variáveis selecionadas para este estudo.

Quadro 2 – Distribuição da classificação da completude do preenchimento das Fichas de Violência Sexual notificadas no SINAN, Minas Gerais, 2016.

Classificação quanto à completude das variáveis	Variáveis Analisadas quanto à Incompletude no preenchimento das fichas de notificação
Excelente (< 5% das variáveis incompletos)	Tipo de notificação, identificação do agravo (Y09), data da notificação, semana epidemiológica de notificação, ano de notificação, sigla da unidade federativa de notificação, município de notificação, unidade de notificação, unidade regional de notificação, regional residência, data da ocorrência, semana epidemiológica dos primeiros sintomas, data de nascimento, idade, sexo, zona de residência, violência-sexual, data de encerramento.
Bom (5% - 10% incompletos)	Situação conjugal, deficiências, ameaça, sexo do provável autor da violência.
Regular (10% - 20% incompletos)	Gestante, possui algum tipo de deficiência/ transtorno, local de ocorrência, lesão foi autoprovocada, violência física, violência psicológica, violência-tortura, violência-tráfico, violência financeira/ econômica, negligencia/ abandono, trabalho infantil, intervenção lega, outros tipos de violência, agressão força corporal/ espancamento, assédio sexual, estupro, aborto, número de envolvidos, relação com a pessoa atendida (pai, mãe, madrasta, padrasto, cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado, filho, desconhecido, amigo/conhecido, cuidador, patrão, relação institucional, policial/ agente da lei, própria pessoa, outros), violência relacionada ao trabalho, encaminhamento (rede de saúde, assistência social, rede de educação, rede de atendimento à mulher, conselho tutelar, conselho do idoso, delegacia de atendimento ao idoso, centro de referência do direitos humanos, ministério público, rede especializada de proteção à criança e adolescente, delegacia de atendimento à mulher, outras delegacias, justiça da infância e juventude, defensoria pública.
Ruim (20% - 50% incompletos)	Raça, escolaridade, a violência ocorreu outras vezes, quais os tipos de agressões, pornografia infantil, exploração sexual, outros tipos de violência sexual, profilaxia DSTs, profilaxia HIV, profilaxia hepatite B, coleta de sangue,

	coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência, autor suspeita de uso de álcool, orientação sexual do paciente, identidade de gênero do paciente, ciclo de vida do principal provável autor da violência.
Muito ruim (> 50% incompletos)	Violência motivada por.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG. Classificação segundo critérios adotados pela CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e caribe).

## 5.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM MINAS GERAIS EM 2016

Dos quarenta e oito municípios que notificaram 10 casos ou mais de violência sexual, sete municípios (Além Paraíba, Corinto, Januária, Manhuaçu, Pará de Minas, Ponte Nova, São João Nepomuceno) notificaram o mínimo de 10 casos e Belo Horizonte foi o município com maior notificação: 478 (23,9%), seguido de Uberaba: 158 (7,9%) (Apêndice A).

Ocorreu predominância de notificações feitas pelo sexo feminino: 1706 (85,4%). Até 19 anos foram observados 1408 (70,5%) casos. Destes 1408 casos, houve predomínio de violência nas faixas etárias entre 10 a 14 anos (21,5%) e 0 a 4 anos (17,3%). Quanto a raça parda, foram notificados 762 casos (38,2%). Com escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, 301 casos (15,1%). Na zona urbana, ocorreram 1853 casos (92,8%). E houve 858 casos de violência sexual em solteiros (43,0%):

Tabela 2- Perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual em Minas Gerais, no ano de 2016.

Variável		N	%
<b>Sexo</b>	Feminino	1706	85,4
	Masculino	290	14,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>	0 - 4 anos	345	17,3
	5 - 9 anos	336	16,8
	10 - 14 anos	430	21,5
	15 - 19 anos	297	14,9
	20 - 29 anos	268	13,4
	30 - 39 anos	152	7,6
	40 - 49 anos	96	4,8
	50 - 59 anos	48	2,4
	60 - 69 anos	18	0,9
	70 - 79 anos	4	0,2

	≥ 80	2	0,1
<b>Gestante</b>	Não se aplica	1021	51,1
	Não	626	31,2
	Ignorado/ branco	268	13,4
	Sim	81	4,2
<b>Raça</b>	Parda	762	38,2
	Branca	549	27,5
	Ignorado ou em branco	426	21,3
	Preta	238	12,0
	Amarela	16	0,8
	Indígena	5	0,2
<b>Escolaridade</b>	Ignorado /branco	605	30,2
	Não se aplica	500	25,0
	5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental	301	15,1
	1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	151	7,6
	Ensino médio incompleto	108	5,4
	Ensino médio completo	99	5,0
	Ensino fundamental completo	69	3,5
	4ª série completa do ensino fundamental	63	3,1
	Educação superior incompleta	59	3,0
	Educação superior completa	36	1,8
	Analfabeto	5	0,3
<b>Zona de residência</b>	Urbana	1853	92,8
	Ignorado/ branco	81	4,0
	Rural	58	2,9
	Periurbana	4	0,2
<b>Local de ocorrência</b>	Residência	999	50,5
	Outros	372	18,2
	Ignorado /branco	333	16,7
	Via pública	292	14,6
<b>Situação conjugal</b>	Solteiro	858	43,0
	Não se aplica	781	39,1
	Casado/ união consensual	143	7,1
	Ignorado/ branco	142	7,2
	Separado	59	3,0
	Viúvo	13	0,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

Na tabela 2, está caracterizado o perfil das vítimas de violência sexual, discriminando o tipo, orientação sexual e presença de deficiência ou transtorno. Reiterando, o total da amostra foi de 1996 casos. Foram vítimas os heterossexuais em 665 casos (33,3%). Possuíam alguma deficiência ou transtorno as vítimas em 182 casos (9,1%). Vítimas com transtorno mental: 61 casos (aproximadamente 3,0%), sendo que em 576 casos (28,9%) as vítimas já tinham sofrido violência sexual mais de uma vez, sendo o estupro relatado em 1267 casos (63,5%) e o uso de violência

física e psicológica foi relatado em 671 casos (33,6%) e 768 casos (38,5%), respectivamente.

Tabela 3- Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo deficiência, transtorno, tipo de agressão e orientação sexual em Minas Gerais, 2016.

<b>Variável</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Deficiência/ transtorno</b>	Não	1491	74,7
	Ignorado/ branco	318	15,9
	Sim	182	9,1
	Não se aplica	5,0	0,2
<b>Transtorno mental</b>	Não se aplica	1796	90,0
	Ignorado/ branco	129	1,9
	Não	102	5,1
	Sim	61	3,0
<b>Ocorreu violência sexual outras vezes</b>	Sim	576	28,9
	Não	889	44,5
	Ignorado/ branco	531	26,6
<b>Ocorreu violência física</b>	Não	1088	54,5
	Sim	671	33,6
	Ignorado/ branco	237	11,9
<b>Ocorreu violência psicológica</b>	Não	961	48,1
	Sim	768	38,5
	Ignorado	267	13,4
<b>Agressão força corporal/espancamento</b>	Não	884	44,3
	Sim	728	36,5
	Ignorado/ branco	384	19,2
<b>Agressão ameaça</b>	Não	1085	54,4
	Sim	526	26,3
	Ignorado/ branco	385	19,3
<b>Agressão Assédio sexual</b>	Não	995	49,8
	Sim	607	30,4
	Ignorado/ branco	388	19,4
	Não se aplica	6	0,3
<b>Estupro</b>	Sim	1267	63,5
	Não	401	20,0
	Ignorado/ branco	322	16,2
	Não se aplica	6	0,3
<b>Orientação sexual do paciente</b>	Heterossexual	665	33,3
	Não se aplica	558	43,0
	Ignorado/ branco	422	21,1
	Homossexual	38	2,0
	Bissexual	13	0,6
<b>Identidade de gênero do paciente</b>	Não se aplica	1327	66,5
	Ignorado/ branco	645	32,3

Transexual mulher	20	1,0
Travesti	2	0,1
Transexual homem	2	0,1

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

As profilaxias para doenças sexualmente transmissíveis ocorreram em 602 dos casos (30,2%), sendo que as destinadas ao HIV ocorreram em 553 casos (27,7%) e as destinadas à hepatite B em 417 casos (20,9%). Houve 358 coletas de sangue (17,9%) e 125 de sêmen (6,3%). Salienta-se que a incompletude dessas variáveis foi >20% e a contracepção de emergência foi utilizada por 371 vítimas (18,6%), como apresentado na tabela 3.

Tabela 4 - Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo condutas no atendimento das vítimas em Minas Gerais, 2016.

Variável		N	%
		<b>1996</b>	
<b>Profilaxia doenças sexualmente transmissíveis</b>	Não	914	45,8
	Sim	602	30,2
	Ignorado/ branco	473	23,7
	Não se aplica	7	0,3
<b>Profilaxia HIV</b>	Não	954	47,8
	Sim	553	27,7
	Ignorado/ branco	481	24,1
	Não se aplica	8	0,4
<b>Profilaxia hepatite B</b>	Não	1069	53,5
	Ignorado/ branco	502	25,2
	Sim	417	20,9
	Não se aplica	8	0,4
<b>Procedimento coleta de sangue</b>	Ignorado/ branco	854	42,7
	Não	776	38,8
	Sim	358	17,9
	Não se aplica	8	0,4
<b>Procedimento coleta de sêmen</b>	Não	1313	65,8
	Ignorado/ banco	550	27,5
	Sim	125	6,3
	Não se aplica	8	0,4
<b>Procedimento contracepção de emergência</b>	Não	890	44,6
	Ignorado/ branco	437	21,9
	Sim	371	18,6
	Não se aplica	298	14,9

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

Na tabela 4 observa-se que as vítimas foram agredidas, em sua maioria, por pessoas do sexo masculino (1765 casos - 88,4%), sendo que em 513 casos (25,7%)

os agressores eram desconhecidos das vítimas e em 478 (23,9%) amigo/conhecido. Pai ou padrasto foram os agressores em 287 casos (14,3%) e o namorado em 64 casos (3,3%). A violência foi relacionada ao trabalho apenas em 18 casos (0,9%). Em 433 casos (21,7%) houve a suspeita de que os agressores tinham feito uso de álcool (incompletude 41%), em 67 casos (3,3%) os autores da agressão eram crianças e em 226 casos (11,4%) adolescentes.

Tabela 5– Perfil epidemiológico dos casos de violência sexual segundo a relação das vítimas com os agressores, Minas Gerais, 2016.

Variável		N (1996)	%
<b>Relação com a pessoa atendida</b>	Desconhecido	513	25,7
	Amigo/conhecido	478	23,9
	Ignorado	307	15,3
	Pai	154	7,7
	Padrasto	133	6,6
	Cônjuge	67	3,3
	Namorado	67	3,3
	Ex-cônjuge	39	1,9
	Ex-namorado	34	1,7
	Irmão	32	1,6
	Instituição	28	1,4
	Mãe	16	0,8
	Cuidador	13	0,6
	Própria pessoa	9	0,5
	Filho	4	0,2
Patrão	4	0,2	
Policial/agente da lei	4	0,2	
<b>Sexo do provável autor da violência</b>	Masculino	1765	88,4
	Ignorado	170	8,6
	Feminino	46	2,3
	Ambos os sexos	15	0,7
<b>Autor suspeita de uso de álcool</b>	Ignorado/ branco	818	41,0
	Não	745	37,3
	Sim	433	21,7
<b>Violência relacionada ao trabalho</b>	Não	1771	88,7
	Ignorado/ branco	207	10,4
	Sim	18	0,9
<b>Ciclo de vida do provável autor da violência</b>	Pessoa adulta	796	39,9
	Ignorado	666	33,4
	Adolescente (10-14 anos)	226	11,4
	Jovem (20-24 anos)	188	9,4
	Criança	67	3,3
	Pessoa idosa	52	2,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

Em relação ao local de encaminhamento (Tabela 5) a rede de saúde recebeu 1008 encaminhamentos (50,5%), o conselho tutelar e a delegacia de proteção à criança e ao adolescente receberam respectivamente 773 (38,7%) e 294 (14,7%) casos. Houve ainda 448 casos (22,4%) encaminhados para a assistência social e 348 casos (17,4%) para a delegacia da mulher. Algumas vítimas foram encaminhadas para mais de um serviço, por isso o número de encaminhamentos ultrapassa o número da amostra.

Tabela 6- Distribuição dos casos de violência sexual, segundo o local de encaminhamento, Minas Gerais, 2016.

Variável	N 1996	%
Encaminhamento rede de saúde	1008	50,5
Conselho tutelar	773	38,7
Rede de assistência social	448	22,4
Delegacia mulher	348	17,4
Delegacia de proteção à criança e adolescente	294	14,7
Outras delegacias	264	13,2
Rede de atendimento à mulher	216	10,8
Justiça da infância e juventude	84	4,2
Rede de educação	29	1,5
Ministério público	29	1,5
Defensoria pública	13	0,6
Delegacia de atendimento ao idoso	10	0,5
Conselho do idoso	8	0,4
Centro de referência dos direitos humanos	8	0,4

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG.

### 5.3 INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM RAZÃO DE SEXO

Dos 48 municípios em que houve mais de 10 notificações de violência sexual em MG, foi retirado de tal amostra o município de Matias Barbosa, com 13 casos notificados, por se comportar como *outlier* para a variável taxa de incidência, encontrando-se uma distância da média superior a 3 vezes o desvio padrão.

Em 47 municípios foram notificados casos de violência sexual em indivíduos do sexo feminino e em 42 municípios indivíduos do sexo masculino. As maiores taxas de incidência de violência sexual foram observadas nas faixas etárias de 10 a 14 anos ( $126,39 \pm 102,69$ ) e de 0 a 9 anos ( $99,36 \pm 94,48$ ) para o sexo feminino. Em todas as faixas etárias foi observada diferença estatística entre as taxas de incidência do sexo



feminino e masculino ( $p < 0,05$ ). Houve predominância de violência sexual no sexo feminino em todas as faixas etárias, destacando-se em  $\geq 60$  anos.

Tabela 7– Taxa de incidência de violência sexual por sexo segundo faixa etária, Minas Gerais, 2016.

Faixa Etária (em anos)	Taxa de Incidência por sexo (100.000 habitantes)		Valor de p***	Razão de sexo
	Feminino*	Masculino**		
	<b>Média ± DP</b>	<b>Média ± DP</b>		
0   9	99,36 ± 94,48	30,10 ± 28,78	<0,0001	3,30
10   14	126,39 ± 102,69	17,48 ± 28,47	<0,0001	7,23
15   19	81,90 ± 64,43	9,02 ± 15,93	<0,0001	9,08
20   59	19,32 ± 5,10	2,03 ± 5,10	<0,0001	9,51
≥ 60	3,10 ± 0,64	0,14 ± 0,64	0,0197	22,07

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG. \*(N = 47) e \*\*(N = 42): número de municípios que notificaram mais de 10 casos de violência sexual em Minas Gerais. \*\*\*Valor de p para o teste de Mann-Whitney devido a desvios da normalidade. Razão sexo (feminino/masculino).

#### 5.4 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E DE COBERTURA/ESTRATÉGIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os indicadores a seguir foram escolhidos para o estudo por representarem o perfil sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia de serviços de saúde, e por estarem disponíveis nas bases de dados secundárias citadas, para todos os municípios mineiros no ano considerado. Os indicadores taxa de analfabetismo, IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) e Índice Gini foram selecionados para representar o contexto sociodemográfico e econômicos, proporção da população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e proporção de cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a cobertura/estratégia dos serviços de saúde.

Quadro 3 - Fontes secundárias e indicadores utilizados na coleta de dados para caracterização do contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia de serviços de saúde.

<b>Matriz de indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde</b>				
<b>Denominação</b>	<b>Conceituação</b>	<b>Fontes secundárias</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Categoria</b>
<b>Taxa de incidência de violência sexual</b>	Número de casos de violência sexual, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, por 100 mil habitantes.	SINAN e IBGE	Número de casos de violência sexual em residentes / população total residente no período determinado x 100.000.	Morbidade • Sexo: masculino e feminino. • Faixa etária: 0 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79 anos e 80 ou mais.
<b>Taxa de analfabetismo</b>	Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da	IBGE/ PNAD	Número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem / população total residente desta faixa etária x 100.	Demográfico • Faixa etária: 15 a 24 anos, 25 a 59 anos e 60 e mais anos de idade.

<b>Matriz de indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde</b>				
<b>Denominação</b>	<b>Conceituação</b>	<b>Fontes secundárias</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Categoria</b>
	mesma faixa etária, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.			• Sexo: masculino e feminino.
<b>Proporção de cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por município.</b>	Número de ACS em atividade, por mil habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Departamento de Atenção Básica - DAB, DATASUS	Número de ACS / população total residente, ajustada para o meio do ano (x 1.000).	Recursos de saúde.
<b>Proporção da população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	Percentual de cobertura da população atendida por equipes da estratégia saúde da família.	Departamento de Atenção Básica – DAB	Número de equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas X 3.000 X 100 / População residente.	Recursos de saúde.
<b>IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal)</b>	Mede o nível de desenvolvimento humano dos municípios a partir da longevidade, educação e renda e mais alguns indicadores de suporte	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e Atlas de Desenvolvimento Humano.	É calculado pela média geométrica da raiz cúbica da multiplicação dos IDHM longevidade X IDHM educação X IDHM renda.	Socioeconômico.
<b>Índice Gini</b>	Calculo usado para medir a desigualdade social. Mede o grau de concentração da distribuição de renda per capita da população. Se o índice apresentar valor igual a 1, representa perfeita desigualdade, se o índice for igual a 0 existe perfeita igualdade).	IPEA	Indicador calculado pelo IBGE	Socioeconômico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados de Organização Pan- Americana de Saúde, 2008.

## 5.5 CORRELAÇÃO ENTRE A INCIDÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL E INDICADORES DE CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E DE COBERTURA/ESTRATÉGIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com a tabela 7, houve correlação positiva, porém fraca, entre a taxa de incidência e a taxa de analfabetismo. Quando comparada com os outros indicadores, como a cobertura de ACS e ESF, IDHM e índice de GINI, não foi observada correlação.

Tabela 8 - Taxa de Incidência de Violência Sexual versus Indicadores de contexto sociodemográfico, econômico e de cobertura/estratégia dos serviços de saúde e em municípios do estado Minas Gerais, 2016.

<b>Taxa de Incidência de Violência Sexual versus Indicadores</b>	<b>Coefficiente de correlação de Spearman</b>
Cobertura ACS 2016	0,142
Cobertura ESF 2016	0,201
IDHM Renda 2010	-0,187
IDHM Longevidade 2010	-0,010
IDHM Educação 2010	-0,242
Taxa analfabetismo 2010	0,377*
GINI 2010	0,073

Fonte: Elaborado pela autora, 2017. Dados do SINAN: 2016, obtidos na Secretaria de Estado de Saúde/MG. \*p < 0,05

## 5.6 A ANÁLISE DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE EXPOSIÇÃO DAS PESSOAS QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL EM RELAÇÃO AO AGRESSOR

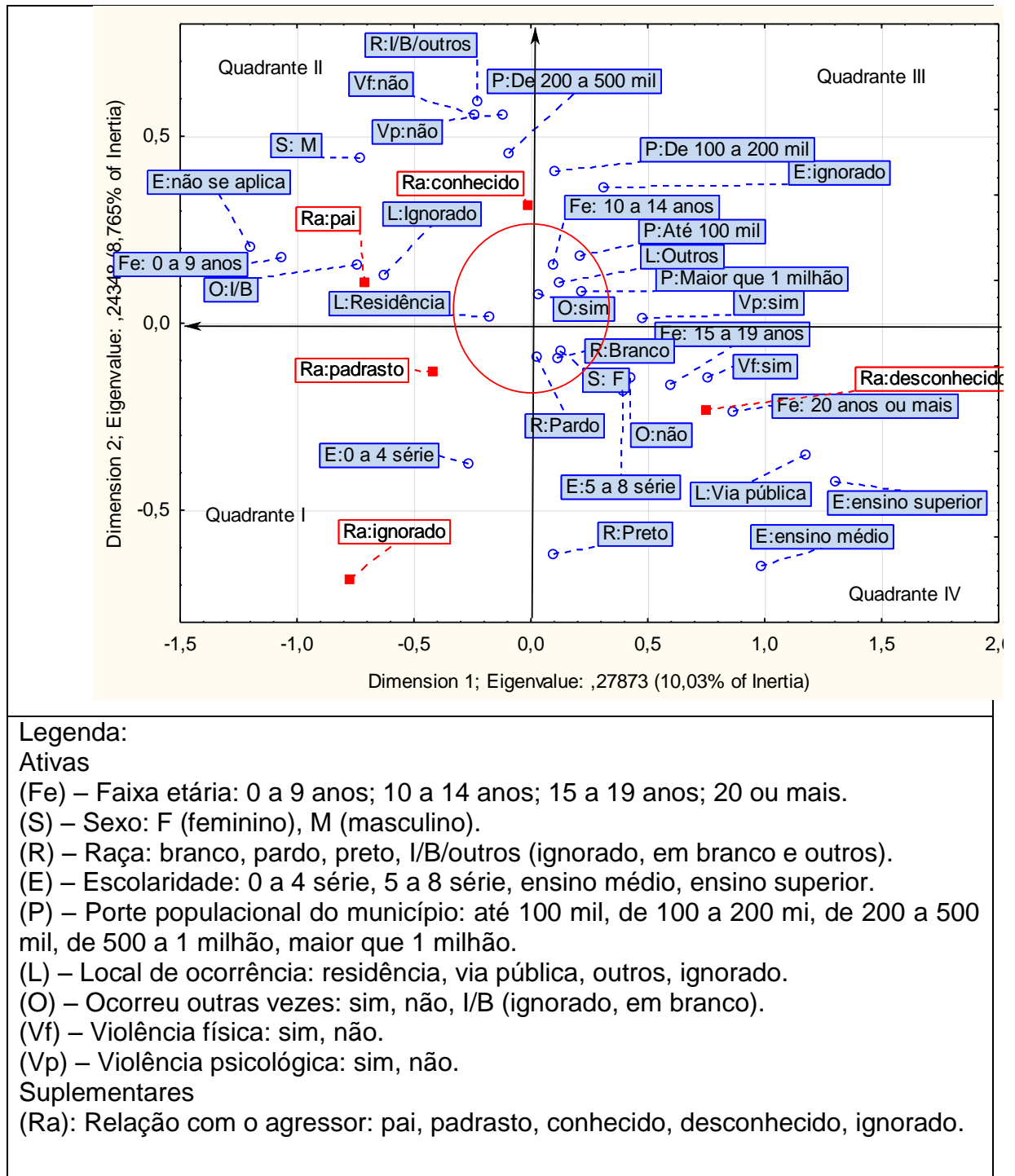
A figura 2, apresenta a associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor em um plano fatorial.

No quadrante I, a relação com o agressor/padrasto foi associada a escolaridade de 0 a 4 série, raça parda e local de ocorrência da violência sexual a residência.

No quadrante II, a relação com o agressor/pai foi associada ao local de ocorrência ignorado, seguido do local de ocorrência residência. Quanto a ter ocorrido outras vezes esteve associado a dados ignorado/branco, faixa etária de 0 a 9 anos,

sexo masculino, em municípios de 200 a 500 mil habitantes, não terem sofrido violência física ou psicológica.

Figura 2- Plano fatorial: associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor, Minas Gerais, 2016.



No quadrante III, municípios com até 100 mil habitantes, de 100 a 200 mil e mais de 1 milhão de habitantes (Belo Horizonte), com idade 10 a 14 anos, escolaridade ignorada, violência sexual ocorreu mais de 1 vez, local de ocorrência outros e aconteceu junto com violência psicológica.

No quadrante IV, a relação com o agressor desconhecido foi associada à mulheres brancas com 15 anos ou mais de idade, escolaridade da 5ª série até o ensino superior, a violência sexual não se repete, foi utilizado violência física e ocorrência de violência sexual em via pública.

No centro observa se o perfil médio, são vítimas do sexo feminino, branca e parda, com faixa etária de 10 a 14 anos, que residem em municípios com até 100 e mais que 1 milhão de habitantes, violência ocorreu na residência e mais de 1 vez.

## 6 DISCUSSÃO

A qualidade das informações contidas nos bancos de dados dos sistemas de informação de saúde é imprescindível para as tomadas de decisão na ciência, uma vez que gera indicadores epidemiológicos que refletem a saúde ou os agravos da população (CORREIA et al., 2014).

Na análise da completude das informações das fichas de notificação de violência sexual realizadas em 2016, verificou-se que a média de completude das variáveis analisadas foi de 85,1%, abrangendo principalmente as informações dos dados gerais, que incluem data da notificação e da ocorrência e identificação da unidade que fez a notificação, tendo assim completude excelente. Abath (2014) ao avaliar a completude de registros de violências no SINAN, em Recife-Pernambuco, de 2009 a 2012, encontrou completude média de 70,3% em 35 variáveis analisadas em seu estudo.

As fichas de notificação do SINAN apresentam uma quantidade expressiva de variáveis, mas nem todas são de preenchimento obrigatório quando vão ser digitadas no sistema de informação, o que permite deixá-las em branco/ignorado mesmo sendo valiosas para o cálculo dos indicadores em saúde, mascarando, assim, as informações contidas nesses bancos de dados (ALVARES et al., 2015).

A implantação da ficha única de notificação de violências interpessoal e autoprovocada, que inclui violência doméstica e sexual, em todo território brasileiro, é um avanço nos registros dos casos no país, mas é indispensável que haja um trabalho em conjunto com as várias instâncias e disciplinas envolvidas e a adesão de parceiros estratégicos para integralizar as ações para o efetivo sucesso. Os profissionais também podem ter maior disponibilidade para notificar quando possuem maior conhecimento sobre o fato a ser notificado e quando têm retorno das informações coletadas, sendo que o início do preenchimento da ficha de notificação deve abrir caminho para um atendimento especializado, integral e estruturado em rede (LIMA; DESLANDES, 2015).

Atualmente com a descentralização das ações de saúde, a alimentação dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e também da Secretaria do Estado de Saúde é de responsabilidade dos municípios, via internet, possibilitando o acesso a

essas informações de forma rápida e fácil pelos gestores, profissionais e pesquisadores e também pela população em geral. No entanto, a qualidade dessas informações muitas vezes não é confiável, pois a completude fica a desejar (CORREIA et al., 2014).

Alvares (2015) analisou o banco de dados do SINAN quanto aos agravos à saúde do trabalhador de 2007 a 2011 e encontrou campos obrigatórios não preenchidos, como a variável gestante, com 87% de não preenchimento e entretanto, apresentavam mais de 85% de completude. As variáveis essenciais como escolaridade e raça tiveram completude 37% e 32%, respectivamente, e com relação aos campos que não eram discriminados como essenciais a completude caía para 0 a 25%. Felix e colaboradores (2012) analisou as declarações de óbito por câncer de mama no período de 1998 a 2007 e encontrou de 18 a 35% de incompletude na variável raça/cor (completude ruim) e, quanto à escolaridade, a incompletude variou de 42 a 79%, estando classificada a completude como muito ruim.

Em muitos bancos de dados do SINAN, a completude das variáveis escolaridade e raça não atingem 20% de completude (ALVARES et al., 2015). No presente estudo a completude das variáveis gestante, escolaridade e raça foram de 86,6%, 69,8% e 78,7% respectivamente, mostrando assim menores incompletudes que outros bancos de dados analisados em estudos anteriores. Informações sobre essas variáveis podem ajudar a prever predisposição a determinadas doenças e adesão ao tratamento, entre outras. Como descreve Felix e colaboradores (2012), a maior sobrevivência das mulheres com câncer de mama que têm terceiro grau destaca ainda que a ocupação e a escolaridade são campos muitas vezes preenchidos pelo pessoal do administrativo, o que pode ser uma razão para o grande percentual de incompletude.

No presente estudo as informações sobre sexo e idade tiveram 100% de completude. Essas variáveis possuem incompletude de menos de 1% no país como mostra Felix e colaboradores (2012); permitindo boa qualidade dos dados ao traçar perfis epidemiológicos com essas informações.

A apuração fidedigna das informações é primordial para caracterizar os casos notificados e traçar estratégias para conter o agravo. Ainda não há controle de qualidade regular das informações em saúde contidas nos bancos de dados do SINAN (ALVARES et al., 2015).



Neste estudo, observou-se que as principais vítimas da violência sexual foram crianças e jovens até 29 anos do sexo feminino, sendo que às faixas de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos correspondem 34,1% e 36,4% respectivamente. Informações semelhantes foram encontradas por Moreira e colaboradores (2015): 32,4% e 49,5 % para as mesmas faixas etárias, respectivamente. Antônio e Fontes (2012) em análise do perfil das vítimas de violência sexual a partir das fichas de atendimento do serviço social de hospital maternidade do Rio de Janeiro, de 2005 a 2009, também encontraram predomínio do sexo feminino em 93,4% de crianças até 12 anos 26%, 34% de adolescentes de 12 a 18 anos e 20% de jovens de 19 a 24 anos. No Quênia, Abuya (2012) relatam que 45% da violência sexual ocorre entre as mulheres de 15 a 29 anos. E em um hospital de referência em atendimentos de violência sexual Facuri (2013) encontrou 47,4% das vítimas tem idade entre 12 e 18 anos. Assis (2012) relataram também altas incidências em crianças menores de 1 ano (6,7%) e de 1 a 9 anos (41,7%). A incidência maior no sexo masculino (63%) foi apresentada por Lima (2014), quando comparada à incidência feminina, sendo que 53,3% moravam em instituições e 60% das crianças e adolescentes foram vitimizadas quando estavam em instituições sob a responsabilidade do Estado, informação verificada ao analisar os autos processuais da 2ª vara do Juizado da Infância e Juventude de João Pessoa (PB).

É sabido que, num contexto universal, crianças e adolescentes são populações vulneráveis à agressão sexual e, segundo pesquisa do Ministério da Justiça nos EUA, há mais de 230 mil vítimas de agressão sexual e estupro a cada ano, sendo que os adolescentes com idades de 12 a 17 anos, representam 1 em 5 denúncias de agressão sexual e aqueles com idades de 16 a 19 anos são 4 vezes mais prováveis do que qualquer outro grupo para ser vítima desse tipo de agravo. Cinquenta por cento de todas as vítimas de estupro são menores de 18 anos e 16% são menores de 12 anos (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

Crianças e adolescentes correm alto risco de agressão sexual. Fatores de risco conhecidos para agressão sexual nesta população incluem ser do sexo feminino, o fato de estarem desacompanhados de um adulto, pobreza, deficiências físicas ou cognitivas e anterior vitimização sexual. Encarceramento e o fato de ter pai com doença mental ou com dependência de drogas ou álcool também determinam risco aumentado. Nos comportamentos de risco estão a interação com estranhos através

da Internet ou mídias sociais e o uso de drogas ou álcool (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

Crianças abusadas estão expostas a maior risco de desenvolvimento acadêmico ruim; a comportamento anti-social e criminal; a saúde mental e física prejudicada; a auto-estima baixa; a obesidade e a dificuldades na formação de relacionamentos saudáveis. Como mostram Cambron, Gringeri e Vogel-Ferguson (2014), há altos índices de doença mental ou encarceramento em adultos que haviam sofrido algum tipo de abuso ou negligência de cuidados antes dos 18 anos de idade.

O estudo de Souza e colaboradores (2014) realizado em Feira de Santana-Bahia, entre janeiro de 2009 a janeiro de 2011, mostrou que crianças e adolescentes foram molestados por diversas formas de violência, com uso de força corporal, ameaça verbal e armas, além de registrarem a ocorrência de lesões corporais diversas. Aproximadamente 35% das vítimas foram hospitalizados e 15% evoluíram a óbito. A violência física apresentou maior frequência no sexo masculino, nas faixas relativas à adolescência, ocorrência em ambiente domiciliar e causada por familiar, enquanto que a violência sexual ocorreu com maior proporção no sexo feminino na infância (em 55,5% das ocorrências) e se deram em nível domiciliar, sendo mais frequentemente perpetrada por conhecidos e familiares. A relação de violência sexual praticada dentro da residência por agressor conhecido ou pai, também foi constatada na figura 2.

A porcentagem de gestantes vítimas de violência sexual neste estudo foi de 4,2%. A título de comparação ressalte-se que é alta a prevalência de gravidez não intencional entre as mulheres que relatam abuso sexual vitalício pelos parceiros íntimos, sendo de 24,5% a 38,5% entre as mulheres que relataram abuso recente, de acordo com estudo realizado em 6 países da Europa (LUKASSE et al., 2015).

Verificou-se na análise deste estudo que a cor da pele que apresentou maior incidência de violência sexual foi a parda (38,2%). De modo análogo a esse estudo, ao analisar a mesma variável, Araújo (2015) observou também predomínio de mulheres pardas em 51,3% de sua amostra.

Poucos anos de estudo está associado ao maior risco de sofrer violência sexual. De acordo com Abuya (2012): mulheres que tinham acima da educação primária eram 26% menos prováveis de serem agredidas em comparação com aquelas que tiveram só educação primária. Facuri (2013) encontrou em sua análise

42,4% das vítimas possuíam menos de 8 anos de escolaridade e 40,8% mais de 9 anos de estudo. Neste estudo houve destaque para vítimas que tinham o ensino fundamental incompleto (25,8%), tal fato também é observado no plano fatorial pela proximidade dessa variável do perfil médio, no entanto é preciso considerar que houve 30,2% de dados ignorados ou em branco, o que pode prejudicar a análise.

Na presente análise, 92,8% das vítimas residiam na zona urbana e traçando um paralelo, de acordo com Abuya (2012), as mulheres que residem em áreas rurais com menos escolaridade que o ensino primário foram 35% menos propensas a sofrer violência sexual em comparação com aquelas que tinham uma educação primária.

Quanto ao local de ocorrência, Moreira e colaboradores (2015) mostra que 60,6% foram agredidas na residência. Assis (2012) mostra o percentual de 54,1% e o presente estudo registrou 50,5%. Quando examinado o plano fatorial, nota-se que a violência sexual que ocorreu em via pública, não se repete, está relacionada às faixas etárias de 15 anos ou mais, agressor desconhecido e que faz uso da violência física (quadrante IV).

Ao analisar neste estudo o estado civil das vítimas, observou-se que eram predominantemente solteiras (43%), apoiando as informações encontradas por Facuri (2013) e Araújo (2015): 76% e 77,6%, respectivamente.

Os transtornos também são fatores que predisõem ao risco de agressão sexual. De acordo com Du Mont (2013), 21 % das vítimas acima de 12 anos, atendidas em centros de tratamento de agressão sexual/violência doméstica em Ontário (Canadá) relataram ter alguma deficiência. Neste estudo, 9,1% das vítimas tinham alguma deficiência ou transtorno.

Algumas pesquisas mostram que a violência sexual e o abuso de substâncias tóxicas pelo agressor ocorrem em conjunto e constituem problema para muitas vítimas (MACY; RENZ; PELINO, 2013). Zhan e colaboradores (2013) relatam que 37,8% das pacientes em tratamento de infecções sexualmente transmissíveis na Rússia, tinham história de violência pelos companheiros e 61,1% relataram que a última agressão foi praticada sob a influência de alguma substância tóxica. Nesta avaliação a suspeita de uso de álcool pelo agressor foi de 21,7%, no entanto é preciso considerar 41% de incompletude.

A contribuição de drogas e álcool para a ocorrência de violência sexual na população adolescente também tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos

anos: o consumo dessas substâncias imediatamente antes da agressão sexual foi relatado por mais 50% das vítimas com idade igual ou superior a 12 anos (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

Os resultados da pesquisa mostram que os procedimentos de profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis, HIV, hepatite B e contracepção de emergência ocorreram em 30,2%, 27,7%, 20,9% e 18,6% dos casos, respectivamente, em discordância com Facuri (2013), que encontrou para as mesmas variáveis 84%, 86,5%, 82,9% e 72,7%, nessa ordem, dados bem mais expressivos. A profilaxia é um direito da vítima e dever do Estado, verificou-se baixa proporção dessa conduta no estado de MG. Por outro lado, pode ter ocorrido registro inadequado dessa informação. Este é um aspecto importante a ser verificado in loco pelas autoridades sanitárias nos serviços de referência para a profilaxia nos casos de violência sexual.

Os agressores são frequentemente pessoas conhecidas e neste estudo os casos com agressor conhecido representaram 58,9%, sendo que pai e padrasto somaram 17,3%, tal situação também foi verificada no plano fatorial (quadrantes I e II). Antônio e Fontes (2012) destacam em sua pesquisa que 100% dos agressores das crianças eram conhecidos das vítimas e que os padrastos vitimizam até 5 vezes mais crianças que os pais biológicos. De acordo com Trotman, Young-Anderson e Deye (2016), na maioria dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, a vítima e os infratores não são estranhos, assim como em 3 de cada 4 incidentes as vítimas informam conhecer o agressor. Embora crianças e adolescentes mais jovens sejam mais propensos a ter episódios de violência sexual por um membro da sua família ou parentes, os adolescentes mais velhos, são mais prováveis de serem vítimas de um conhecido durante um encontro social e que envolva o uso de drogas ou álcool (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

A violência doméstica, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em uma pesquisa sobre o tema em 10 países que representam diferentes contextos culturais, variou de 15% a 71% (GARG et al., 2013), e segundo Torres e colaboradores (2012) afeta mulheres e famílias em todo o mundo, especialmente em países de baixa renda. Apesar de maiores índices de violência sexual em população de baixa renda estarem presentes na literatura, não foi possível, neste estudo, verificar tal incidência porque não há esta informação na ficha de notificação analisada.

Lucea (2013) encontrou em sua pesquisa com mulheres afro-americanas e africanas do Caribe, em Baltimore, Maryland e nas Ilhas Virgens dos EUA 18% de relatos de abuso emocional; 50% relataram sofrer abuso físico e 32% sofreram abuso físico e sexual por parte de um parceiro íntimo. Cambron, Gringeri e Vogel-Ferguson (2014) descrevem incidências de violência emocional, física e sexual em 11, 28 e 21%, respectivamente. No presente estudo, a violência sexual pelo parceiro (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado) foi observada em 10,2% das notificações, ficando abaixo do percentual encontrado na literatura, mas considerando todos os agressores, houve violência sexual combinada com violência física, psicológica, espancamento e ameaça em 33,6%, 38,5%, 36,5%, e 26,3%, respectivamente, essa relação é observada também na plano fatorial em III e IV quadrantes, a violência psicológica mais presente na faixa etária de 10 a 14 anos e a violência física na faixa etária de 15 anos ou mais.

Hegarty e colaboradores(2013) e Ortiz-Barreda e Vives-Cases (2013) apontam que a qualidade de vida e a saúde das mulheres são piores quando elas experimentam abusos físicos, emocionais e sexuais combinados.

Estima-se que nos EUA os custos diretos de serviços médicos e mentais de saúde relacionados com a violência de parceiros íntimos ultrapassem US \$ 4,1 bilhões por ano e que mulheres submetidas a essa violência estão em maior risco de pobreza, divórcio, absenteísmo e desemprego (ORTIZ-BARREDA; VIVES-CASES, 2013). Cambron, Gringeri e Vogel-Ferguson, (2014) relatam que 21% das mulheres adultas matriculadas no programa de assistência monetária de Utah relataram abusos sexuais durante a infância. Em todo o mundo, problemas de saúde mental, distúrbios emocionais e comportamentos suicidas são comuns entre as mulheres que sofreram violência dos parceiros (GARG et al., 2013; WADSWORTH; RECORDS, 2013).

Essas mulheres procuram mais os serviços de saúde, aumentam a utilização de serviços sociais e a carga financeira sobre a sociedade, com perda de produtividade, porém podem não receber os cuidados integrais de que necessitam se a história do trauma sexual não for conhecida. A maioria das sobreviventes não divulga o histórico de violência sexual aos seus médicos, por isso é importante identificar de forma oportuna a violência sexual a fim de oferecer cuidados necessários para a saúde física e mental e para a prevenção de novas incidências (GARG et al., 2013; TAYLOR et al., 2012).

A violência sexual está associada a uma maior incidência de problemas de saúde física e psicológica a longo prazo, dificuldades psicossociais, baixa autoestima, distúrbios alimentares, consumo de álcool, consumo de drogas, comportamentos sexuais de risco, morte prematura, suicídio e comportamento criminal (JINA; THOMAS, 2013; TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016; WADSWORTH; RECORDS, 2013).

As mulheres são mais agredidas sexualmente que os homens. Neste estudo observou-se que em todas as faixas etárias a incidência da violência sexual nas mulheres foi no mínimo 3,3 vezes maior que nos homens. Na Austrália, uma em cada três mulheres experimentará violência sexual em algum momento de sua vida, (TAYLOR et al., 2012). Embora a maioria dos casos de agressão sexual não seja denunciada, os melhores dados disponíveis sugerem que a prevalência ao longo da vida de agressão sexual nos Estados Unidos é de aproximadamente 20% entre mulheres adultas (VREES, 2017).

No Brasil, a cada 10 minutos acontece um estupro. Do total deles, de acordo com Peixoto e Nobre (2015), 88,5% são perpetrados contra mulheres e, em conformidade com Moreira e colaboradores (2015), em averiguação nacional, 11,8% das mulheres declararam sofrer violência sexual pelo parceiro íntimo e 10% sofreu pelo menos um episódio de violência sexual durante a vida.

Estudos demonstram que muitas vítimas de agressão sexual nunca revelam seu ataque a outra pessoa, a serviços sociais ou à lei. Uma grande variedade de fatores pode influenciar uma vítima a revelar imediatamente ou não uma agressão sexual. Entre as crianças, medo ou ameaças pelo perpetrador estão liderando causas de divulgação tardia, sendo que fatores adicionais nesse sentido incluem constrangimento, falta de oportunidade de contar e natureza do relacionamento com o perpetrador. Constitui também uma realidade infeliz o fato de que alguns pais podem não permitir que uma criança relate a agressão. Entre os adolescentes, medo de represália, sentimento de culpa, falta de conhecimento sobre os direitos das vítimas e os efeitos de drogas e álcool também podem levar à ausência ou atraso na divulgação. Existe também uma grande variabilidade no tempo e no contexto de divulgação e muitas crianças esperam semanas, meses ou anos para contarem algum episódio de agressão a alguém. Se, quando e por que as vítimas de agressão sexual optam por divulgá-la pode ter implicações importantes para a recuperação após o trauma. O

atraso nas denúncias pode levar a oportunidades perdidas para avaliações médicas e de saúde mental e pode servir como potencial barreira ao julgamento adequado dos agressores (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

Conforme Lucea (2013), a utilização de recursos de denúncia é relativamente baixa entre as mulheres: apenas 57% buscou alguma ajuda, em sua análise. Entre aquelas que a fizeram, 13% procuraram médicos, 37% a comunidade e 41% recursos de justiça criminal, sendo que vítimas mais jovens são menos propensas a procurar ajuda. A partir desses dados, observa-se que devem ser feitos maiores esforços, principalmente no nível da comunidade, para aumentar a conscientização das mulheres sobre os recursos disponíveis. Apesar dessas estatísticas alarmantes, acredita-se que a verdadeira incidência da agressão sexual seja desconhecida, pois estima-se que aproximadamente 50% de todos casos desse tipo de violência não são denunciados (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016). De acordo com Pinto e colaboradores (2017), as notificações de violência sexual vem aumentando anualmente, mas ainda são insatisfatórias quando comparadas às estimativas mundiais que indicam que uma a cada 5 mulheres é vítima de estupro ou tentativa, sendo que nos EUA apenas 16% dos estupros são denunciados e em casos de incesto esse índice não chega a 5%.

A avaliação médica e psicológica precoce por profissionais com treinamento em atendimento às vítimas de violência sexual é necessária para assegurar uma avaliação adequada, coleta de evidências forenses e acompanhamento. Além disso, são indispensáveis programas contínuos de pesquisa e divulgação para o desenvolvimento de estratégias preventivas que se concentrem na população vulnerável (TROTMAN; YOUNG-ANDERSON; DEYE, 2016).

A organização da assistência - com a implementação de ações para a correta notificação dos casos de violência por meio da sensibilização dos vários atores sociais em rede multidisciplinar e contando com a representação dos sistemas de saúde, assistência social e garantia de direitos - pode aumentar significativamente os atendimentos às vítimas de violência, como mostra Lima e Deslandes (2015).

Sigurdardottir e colaboradores (2016) encontraram significativas melhoras nos problemas mentais, físicos e de relacionamento na idade adulta de mulheres que sofreram abuso sexual infantil utilizando uma abordagem holística e terapia tradicional e complementar de terapia individual e grupal centrada na mente e no corpo. As

mulheres conseguiram voltar a trabalhar ou a estudar, melhoraram saúde e bem-estar, vida pessoal e relacionamento com parceiros, familiares e amigos, além de se sentirem empoderadas e confiantes para com os outros (SIGURDARDOTTIR et al., 2016).

Os resultados de correlação apresentados neste trabalho indicam uma taxa de violência sexual aumentada em populações com maiores taxas de analfabetismo. Mas a taxa de incidência desse agravo não foi influenciada pela cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e de equipes de saúde da família, sendo que essas coberturas podem indicar maior acesso às informações de saúde, além da prevenção e promoção.

O IDH é uma medida composta de indicadores de saúde, educação e renda e varia de 0 a 1. O IDHM ajusta o IDH para a realidade dos municípios, por isso foi escolhido para esta análise, que considera os seus componentes para verificar a correlação de cada um deles com a violência sexual.

Também não houve correlação entre a violência sexual e o IDHM analisado separadamente pelas variáveis que o compõe (educação, longevidade e renda), que considera nesta ordem a taxa de alfabetização de pessoas com quinze ou mais anos de idade, a expectativa de vida ao nascer e o PIB per capita. Do mesmo modo não houve relação com as desigualdades, como avaliado pelo índice de Gini. Esta avaliação reforça a interpretação de Veloso (2013), quando afirma que a violência sexual é complexa e deve ser analisada considerando os contextos socioeconômico, político e cultural nos quais ela se faz presente, destacando, ainda, que esse tipo de violência ocorre em todo o mundo, em várias culturas, e afeta pessoas em toda a sociedade. E considerando o plano fatorial, nota-se que a violência sexual tem as mesmas características independentemente do número de habitantes do município (quadrante III).



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi encontrada completude média superior a 85% nos dados analisados, confirmando que, ao longo dos anos, houve melhora das informações dos sistemas de informação do SINAN. Mesmo assim, informações relevantes não foram preenchidas ou foram deixadas como ignoradas. Essa dificuldade é frequentemente encontrada em trabalhos com bancos de dados, o que não invalida os dados encontrados, mas indica cautela na interpretação.

O perfil das vítimas de violência sexual encontrado em Minas Gerais, no ano de 2016, caracteriza-se por serem em maioria do sexo feminino, por residem na zona urbana, serem pardas e brancas, solteiras e por serem principalmente crianças e adolescentes, sendo as maiores incidências na faixa etária de 10 a 14 anos. A agressão ocorreu, na maioria dos casos, na própria residência e com agressor conhecido. A razão de sexo para a taxa de incidência variou de 3,3 a 22, ao analisar a relação dessa mesma taxa com indicadores sociodemográficos, econômicos e de cobertura/estratégia de serviços de saúde, observou-se que a cobertura municipal de ACS e ESF e IDHM (renda, longevidade e educação) e índice de GINI não influenciam os índices de violência sexual, excetuando-se a taxa de analfabetismo.

Este estudo teve como limitação o fato de que os dados analisados foram provenientes de vítimas que procuraram uma unidade de saúde pública, não sendo mensurados os casos que buscaram somente ajuda policial ou recorreram aos hospitais particulares. Não haver informação sobre a renda das vítimas na ficha analisada impediu mensurar a relação direta entre renda e violência sexual.

Verificadas as altas prevalências nacional e mundial de violência sexual, espera-se que os dados encontrados contribuam para melhorar a qualidade das informações, estimulando a completude dos dados por quem faz o preenchimento das fichas de notificação de violência sexual, investindo na formação e capacitação profissional dessas pessoas, quando necessário. Além de colaborar para o desenvolvimento de novas pesquisas e para a ampliação de políticas públicas, possibilitando traçar estratégias para evitar a violência sexual, espera-se que o estudo possa proporcionar intervenções, tratamento e recuperação em tempo hábil e, por fim, espera-se que possa contribuir para o aumento das informações da população sobre o tema, incentivando-a à denúncia junto ao setor da saúde e ao meio jurídico e levando

a mesma a compreender melhor este fenômeno, influenciado que é por fatores individuais e coletivos.

Salienta-se que as autoridades em saúde devem verificar os serviços que prestam profilaxia para os casos agudos de violência sexual, devido ao baixo registro dessa informação nas notificações.

## REFERÊNCIAS

ABATH, M. B. et al. Evaluation of the completeness, consistency and duplicity of cases of violence registered on the National Disease Notification Information System in Recife, Pernambuco State, Brazil, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 131-142, mar. 2014.

ABUYA, B. A. et al. Association between education and domestic violence among women being offered an HIV test in urban and rural areas in Kenya. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 27, n. 10, p. 2022-2038, 2012.

ALVARES, J. K. et al. Avaliação da completude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007-2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 123-136, jan./mar. 2015.

ANTONIO, E. M. R.; FONTES, T. M. P. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 280-287, 2012. Disponível em: <[http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria\\_1271\\_6jun2014.pdf](http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf)> Acesso em: 17 out. 2016.

ARAUJO, R. P. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico da violência sexual contra as mulheres em Teresina/Piauí. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 739 - 750, jan. 2015.

ASSIS, S. G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, set. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 set. 2017.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.

BRASIL. Lei 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 União**, 24 de novembro de 2003.

BRASIL. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, **Diário Oficial da União**, 07 de Agosto de 2006.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 2009. Dos Crimes Contra A Dignidade Sexual. **Diário Oficial da União**, 7 de agosto de 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12015.htm#art2)> Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30\\_03\\_2012\\_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/30_03_2012_8.40.46.6cb50967bbeb18008432b71da11ac636.pdf)> acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo\\_notificacaodeviolencia\\_versao5\\_1\\_final21\\_12\\_15.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15.pdf)> Acesso em: 15 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção Da Saúde. **Notificação De Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria Gm/Ms Nº 1271/2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: <[http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria\\_1271\\_6jun2014.pdf](http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf)> Acesso em: 17 nov. 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Instrutivo para preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo\\_notificacaodeviolencia\\_versao5\\_1\\_final21\\_12\\_15.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15.pdf)> Acesso em: 15 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: recurso eletrônico**. Brasília, 2016.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMBRON, C.; GRINGERI, C.; VOGEL-FERGUSON, M. B. Physical and mental health correlates of adverse childhood experiences among low-income women. **Health & social work**, v. 39, n. 4, p. 221-229, 2014.

CARVALHO, A.I. et al. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2, p. 19-38, 2013. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/8pmy/pdf/noronha-9788581100166.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde: nota técnica. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/IPEA\\_estupronobrasil2014.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/07/IPEA_estupronobrasil2014.pdf) > Acesso em: 01 ag. 2016.

CORREIA, L. O. S. et al. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4467-4478, 2014.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. supl, p. 1163-1178, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf> > Acesso em: 09 ago. 2016.

DOTOLI, F. S. G.; LEÃO, A. M. C. Violência doméstica contra o homem: de agressor a agredido. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 10, n. 6, 2016.

DU MONT, J. et al. 'She was Truly an Angel': Women with Disabilities' Satisfaction With Hospital-Based Sexual Assault and Domestic Violence Services. **Journal of forensic nursing**, v. 9, n. 3, p. 129-139, 2013.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 889-898, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/08.pdf> > Acesso em: 14 jul. 2016.

FELIX, J. D. et al. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste-Brasil (1998 a 2007). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. Anuário brasileiro de segurança pública. Edição IX. São Paulo, 2015. Disponível em: < [http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/10/9-Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Publica-FSB\\_2015.pdf](http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/10/9-Anuario-Brasileiro-de-Seguranca-Publica-FSB_2015.pdf) > Acesso em: 22 jan. 18.

GARG, S. et al. Gender-violence and health care: How health system can step. **Indian journal of public health**, v. 57, n. 1, p. 4, 2013.

HEGARTY, K. L. et al. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 28, n. 2, p. 273-294, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Coordenação de População. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf> > Acesso em: 25 set. 2016.

JINA, R.; THOMAS, L. S. Health consequences of sexual violence against women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 27, n. 1, p. 15-26, 2013.

KRUG, E.G. et al., (eds.) **World report on violence and health**. Genova: World Health Organization, 2002. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf)> Acesso em: 05 set. 2016.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, Jun. 2015.

LIMA, J. W. et al. Violência sexual infantojuvenil: o que dizem os documentos do juizado?. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 02-24, jun. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072014000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072014000100002&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 27 set. 2017.

LOPES, L. S.; TOYOSHIMA, S. H.; GOMES, A. P. Determinantes Sociais da Saúde em Minas Gerais: uma Abordagem Empírica. **DOCUMENTOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS**, v. 41, n. 1, p.77-95, 2010. Disponível em: <[http://www.bnb.gov.br/projwebren/Exec/artigoRenPDF.aspx?cd\\_artigo\\_ren=1174](http://www.bnb.gov.br/projwebren/Exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1174)> Acesso em: 08 ag. 2016.

LUCEA, M. B. et al. Factors influencing resource use by African American and African Caribbean women disclosing intimate partner violence. **Journal of interpersonal violence**, v. 28, n. 8, p. 1617-1641, 2013.

LUKASSE, M. et al. Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – an European multi-country cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 120, 2015.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 345-353, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n2/0102-311X-csp-31-02-00345.pdf>> Acesso em: 05 ag. 2016.

MACY, R. J.; RENZ, C.; PELINO, E. Partner violence and substance abuse are intertwined: Women's perceptions of violence–substance connections. **Violence Against Women**, v. 19, n. 7, p. 881-902, 2013.

MEDRONHO, R. A. Estudos ecológicos. *In*: MEDRONHO, R. A et al. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.265-74.

MINAS GERAIS. Governo Do Estado De Minas Gerais. Sistema Integrado De Defesa Social. Centro Integrado De Informações De Defesa Social. **Diagnóstico da violência doméstica e familiar contra a mulher em Minas Gerais 2013-2015**, Belo Horizonte, 2016. Disponível em:

<[http://seds.mg.gov.br/images/Diagnostico\\_Mulheres/Diagnostico\\_mulher\\_completo.pdf](http://seds.mg.gov.br/images/Diagnostico_Mulheres/Diagnostico_mulher_completo.pdf) >  
Acesso em: 12 jul. 2016.

MOREIRA, G. A. R. et al. Reporting of sexual violence against women in Brazil. **Brazilian Journal in Health Promotion**, v. 28, n. 3, p. 327-336, 2015.

OLIVEIRA, M. E. P. et al. Avaliação da completitude dos registros de febre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, v. 18, n. 3, p. 219-26, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n3/v18n3a04.pdf> > Acesso em: 10 jul. 16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Social determinants of health**. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/) > Acesso em: 08 jul. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global consultation violence and health. Genova, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua=1)> Acesso em: 03 set. 16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence, 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/sexual/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/sexual/en/)> Acesso em: 15 set. 2016.

ORTIZ-BARRERA, G.; VIVES-CASES, C. Legislation on violence against women: overview of key components. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 33, n. 1, p. 61-72, Jan. 2013.

PEIXOTO, A. F.; NOBRE, B. P. R. A Responsabilização da mulher vítima de estupro. **Revista Transgressões**, v. 3, n. 1, p. 227-239, 2015.

PELLEGRINI FILHO, A. et al. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde” in **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.11, p. 2080-2082, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001100001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100001) > Acesso em: 09 ag.2016.

PINTO, L. S. S. et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1501-1508, Mai. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000501501&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000501501&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 27 set. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. Artmed Editora, 2014.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de**

**Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-84, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n3/22.pdf> > Acesso em: 01 out. 2016.

SANTOS, L. N.; MOTA, A. M. A.; SILVA, M. V. O. A dimensão subjetiva da subcidadania: considerações sobre a desigualdade social brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 700-715, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300014&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 04 Nov. 2016.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades no acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 3, n. 43, p. 389-397, 2009.

SIGURDARDOTTIR, S. et al. Personal resurrection: female childhood sexual abuse survivors' experience of the Wellness-Program. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 30, n. 1, p. 175-186, 2016.

SILVA-PIRES, F. E. S. et al. As doenças negligenciadas e os determinantes sociais da saúde no contexto da investigação em ensino. **Educação, Ciência e Cultura**, v. 2, n.1, p. 51-59, 2017.

SILVA, B. G. C., et al. Determinantes sociais de saúde como base para a formulação de políticas públicas. **Anais do Encontro Mãos de Vida**, v. 3, n.1, 2017.

SILVA, M.C. M. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 22, n. 3, p. 403-412, 2013. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742013000300005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742013000300005&script=sci_arttext&tlng=pt) > Acesso em: 18 out. 2016.

SILVA, R. M. V.; FRACOLLI, L. A. "A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde" in **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 168-177, 2009. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3781> > Acesso em: 05 out. 2016.

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. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-784, Mar. 2014.

TAYLOR, S. C. et al. Sexual trauma in women: The importance of identifying a history of sexual violence. **Australian family physician**, v. 41, n. 7, p. 538, 2012.

TORRES, V.M. S. et al. 'Expanding your mind': the process of constructing gender-equitable masculinities in young Nicaraguan men participating in reproductive health or gender training programs. **Global health action**, v. 5, n. 1, p. 17262, 2012.



TRIGUEIRO, T. H. et al. Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 249-56, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.40355> > Acesso em: 03 out. 2016.

TROTMAN, G. E.; YOUNG-ANDERSON, C.; DEYE, K. P. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. **Journal of pediatric and adolescent gynecology**, v. 29, n. 6, p. 518-526, 2016.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf> > Acesso em: 03 set. 2016.

VREES, R. A. Evaluation and management of female victims of sexual assault. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 72, n. 1, p. 39-53, 2017.

WADSWORTH, P.; RECORDS, K. A review of the health effects of sexual assault on African American women and adolescents. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 3, p. 249-273, 2013.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012.

ZHAN, W. et al. History of childhood abuse, sensation seeking, and intimate partner violence under/not under the influence of a substance: A cross-sectional study in Russia. **PloS one**, v. 8, n. 7, p. e68027, 2013.

## Anexo A -Ficha de notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<b>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.</b>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	<b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>	Código (CID10) Y09		
	3	Data da notificação				
	4	UF	5	Município de notificação		
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	9	Data da ocorrência da violência				
	10	Nome do paciente				
	11	Data de nascimento				
Dados de Residência	12 (ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13 Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		
	14 Gestante	<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	15 Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
	16 Escolaridade	<input type="checkbox"/> 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 à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe	
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)	
	21	Distrito				
	22	Bairro		23	Logradouro (rua, avenida,...)	
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)	26	Geo campo 1
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	
	29	CEP				
30	(DDD) Telefone		31	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
32	País (se residente fora do Brasil)					
<b>Dados Complementares</b>						
Dados da Pessoa Atingida	33	Nome Social		34	Ocupação	
	35	Situação conjugal / Estado civil				
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:	
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	
	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	
Dados da Ocorrência	42	Distrito				
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)	
	45	Número	46	Complemento (apto., casa, ...)	47	Geo campo 3
	48	Geo campo 4				
	49	Ponto de Referência		50	Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	
51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)					
52	Local de ocorrência		07 - Comércio/serviços	53	Ocorreu outras vezes?	
01 - Residência	04 - Local de prática esportiva	08 - Indústrias/construção	54	A lesão foi autoprovocada?		
02 - Habitação coletiva	05 - Bar ou similar	09 - Outro	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
03 - Escola	06 - Via pública	99 - Ignorado				

Violência	<b>55</b> Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	<b>56</b> Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- 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		<b>57</b> Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espâncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-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, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro
Violência Sexual	<b>58</b> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	<b>59</b> Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- 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		
Dados do provável autor da agressão	<b>60</b> Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>61</b> Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-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"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional
	<b>62</b> Sexo do provável autor da agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>		<b>63</b> Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	<b>64</b> Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	<b>65</b> Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	<b>66</b> Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		<b>67</b> Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<b>68</b> Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		_____
<b>69</b> Data de encerramento _____			
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____	
<b>Observações Adicionais:</b> _____ _____ _____			
Disque-Saúde 0800 61 1997		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> 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 _____	
Nome _____		Função _____ Assinatura _____	