

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**JULIA SOUZA SANTOS CARGNIN**

**CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA  
MULHERES NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO –  
ACRE.**

**Rio Branco  
2018**

**JULIA SOUZA SANTOS CARGNIN**

**CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA  
MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa I: Processo Saúde-Doecimento nas populações e seus determinantes.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira

Assistente de pesquisa: Doutoranda Juliana Scholtão Luna

**Rio Branco**

**2018**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

---

C131c Cargnin, Julia Souza Santos, 1981-

Características dos casos de violência sexual contra mulheres noticiadas no Município de Rio Branco – Acre / Julia Souza Santos Cargnin; orientador Prof. Dr. Rodrigues Pinheiro Silveira. – 2018.

73 f.: il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio Branco, 2018.

Inclui referências bibliográficas e anexos.

1. Violência sexual. 2. Violência contra as mulheres. I. Título.

CDD: 363.125

**Julia Souza Santos Cargnin**

**Características dos casos de violência sexual contra mulheres notificados no município de Rio Branco – Acre.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosalina Jorge Koifman  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Acre

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elaine Azevedo Soares Leal  
Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Acre

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréa Ramos da Silva Bessa  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Acre

---

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro Silveira (Orientador)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Acre

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Rio Branco

2018

## AGRADECIMENTOS

Agradecer sempre, todos os dias e por todas as lições e benesses recebidas. A "gratidão não é apenas a mais rica das virtudes, mas sim a mãe de todas as outras", disse o filósofo Cícero. Agradecer é reconhecer...

Neste processo de construção do mestrado só tenho a agradecer e reconhecer!

Agradeço a esfera Celestial por tudo que planejou para meu aprendizado e conquista!

Tudo começou com a escolha do meu tema... nenhum outro poderia ter sido tão transformador da minha essência, dos meus ideais, das minhas definições e redefinições políticas, permitindo a internalização de uma ideologia feminista e feminina, a fim de me colocar como parte atuante deste processo histórico de lutas... nenhum outro tema transformaria tanto a minha visão de gênero e sedimentaria o desejo de luta permanente em prol dos direitos humanos.

Agradeço ao orientador que recebi! Professor Rodrigo, sempre positivo e otimista, nunca me deixou desistir, sempre acreditou que era possível e que eu seria capaz de chegar até aqui.

Agradeço a oportunidade de crescer profissionalmente nas atividades do mestrado. Sem dúvida, um grande aprendizado. Sinto-me mais qualificada e mais madura profissionalmente, graças a este grupo tão competente e comprometido de professores.

Agradeço o apoio dos meus colegas médicos... estes não aguentam mais o meu chororô para troca de plantão, para fazerem minhas visitas, dentre outras atividades do dia a dia... meus amigos fizeram muito para me ajudar a concluir esta tese. Diga-se de passagem, minhas ex-residentes que por dois meses tocaram meus plantões noturnos. Muito obrigada!

Agradeço aos novos laços de amizade verdadeira que construí nesta trajetória. Esta foi uma tese escrita com muito apoio e com muitas mãos! Delicadas mãos que me indicaram caminhos e, pacientemente, me ensinaram a escrever, a ter concentração, a formatar artigo, a mexer no Power Point...rsrsrs.... Ter tido a oportunidade de conhecer estas pessoas tão maravilhosas, foi o meu maior presente! Agradeço as minhas amigas de pós-graduação, em especial, nesta reta final a Babi, a Ju, e a Fernandinha! Não tenho palavras para agradecer a vocês!!!! Muito obrigada! E, agradeço as muitas outras amigas que conquistei neste percurso, que ficarão para sempre a minha vida! Valeu meninas! Aline, Ana Alice, Débora, Marina, Theresa e Thainá!

Agradeço à família que construí os momentos de lazer que abdicou para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Caminhamos sempre juntos! Meus torcedores, meus amores Telpo, Enzo e Malu, muito obrigada!

Agradeço à minha família de origem, a minha mãe, meu pai, Iara, Lídice, Ary, Aurélio e aos meus avós por terem me ensinado a amar as pessoas incondicionalmente, por terem me apresentado o socialismo, o social e o feminismo, por terem me mostrado a importância de cada indivíduo na sociedade, por serem exemplo de luta contra os preconceitos raciais, contra as diferenças sociais, por defenderem a igualdade de gênero, por respeitarem as mais diversas crenças religiosas, por defenderem as minorias, por serem tolerantes, por clamarem por justiça!

No mais, agradeço, agradeço e agradeço sempre!

Cargnin, JSS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres notificados no município de Rio Branco - Acre [Dissertação]. Rio Branco: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2018.

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual contra mulheres constitui uma grave violação dos direitos humanos, considerada uma das formas mais cruéis de violência de gênero que tem sido persistente ao longo da história, além de importante questão de saúde pública. Nas últimas décadas, apesar dos esforços em campanhas de prevenção, conscientização e incentivo à notificação dos casos de violência sexual, os dados disponíveis não representam a magnitude do problema e os estudos epidemiológicos ainda são poucos no Brasil, sobretudo na região norte. **Objetivo:** Caracterizar os casos notificados de violência sexual sofrida por mulheres no município de Rio Branco – Acre. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com base nas informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. A população do estudo foi constituída por mulheres vítimas de violência sexual notificadas no município de Rio Branco, Acre, no período de 2011 a 2016. **Resultados:** Os resultados apresentam maior número de notificação durante o ano de 2015; e entre as vítimas, destacam-se aquelas com idade entre 10 e 14 anos, solteiras, pardas e com 5 a 8 anos de estudo. A residência foi o local de ocorrência mais notificado, maior parte das agressões ocorreram no período da noite e mais de uma vez. Verificou-se predomínio de agressor único, do sexo masculino e não alcoolizado. O grande número de gestantes entre as mulheres de 10 e 14 anos sugere a notificação decorrente da procura pelo serviço com intuito de realização do pré-natal ou parto. **Conclusão:** O perfil epidemiológico das mulheres, neste estudo, se diferencia pelo fato de concentrar mulheres em sua maioria grávidas e na faixa etária de 10 a 14 anos. Desta forma, se faz necessário o fortalecimento de uma rede de assistência às vítimas de violência sexual, rompendo muitas vezes a existência de um ciclo; e tornar a assistência dos diferentes serviços mais ágil e eficiente. Contudo, é necessário destacar a importância de tornar público o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual para o enfrentamento dessa problemática como uma questão de saúde pública,

**Descritores:** Delitos sexuais; Mulheres; Perfil de saúde.



Cargnin, JSS. Characteristics of cases of sexual violence against women reported in a public health service in the city of Rio Branco – Acre. [Dissertation]. Rio Branco: Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre; 2018.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual violence against women constitutes a serious violation of human rights and an important public health issue. In the last decades, in spite of the efforts in campaigns of prevention, awareness and incentive to the notification of cases of sexual violence, the available data do not represent the magnitude of the problem and epidemiological studies are still few in Brazil, mainly in the North region. **Objective:** To characterize the reported cases of sexual violence suffered by women in the city of Rio Branco – Acre. **Materials and methods:** This is a descriptive study, based on information from the *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN* (Notification of Injury Information System). The study population consisted of women victims of sexual violence reported in the municipality of Rio Branco, Acre, from 2011 to 2016. **Results:** The results presented the highest number of notifications during the year 2015; and among the victims, we highlight those aged between 10 and 14 years old, single, brown and with 5 to 8 years of schooling. The residence was the most reported place of occurrence, most of the aggressions occurred at night and more than once. There was a predominance of a single aggressor, male and non-alcoholic. The large number of pregnant women among 10 and 14 years old women suggests the notification due the demand for the service in order to perform prenatal or childbirth. **Conclusion:** The epidemiological profile of women in this study is distinguished by the fact that it concentrates women who are mostly pregnant and in the age group of 10 to 14 years old. However, it is important to highlight the importance of making the epidemiological profile of women victims of sexual violence public in order to address this issue as a public health issue.

**Keywords:** Sexual crimes; Women; Health profile.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** – Estudos internacionais e nacionais sobre violência sexual contra as 22  
mulheres.
- Quadro 2** – Cronologia dos marcos e dispositivos legais para o enfrentamento da 28  
violência contra mulher e garantia de direitos.
- Figura 1** – Fluxo de funcionamento da notificação do município através da FIN 41  
de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Número de casos notificados por ano referente à violência sexual contra mulheres, no município de Rio Branco – Acre, período de 2011 a 2016.	43
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de frequências nas variáveis estudadas, referentes a vítima, tipo de agressão e do agressor, no período 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.	44
<b>Tabela 3</b> – Características das mulheres vítimas de violência sexual, por faixa etária, conforme características sociodemográficas, notificadas no período de 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.	46
<b>Tabela 4</b> - Características da violência sexual, segundo a agressão e o agressor, nas diferentes faixas etárias de mulheres notificadas no período de 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.	48
<b>Tabela 5</b> – Características das mulheres gestantes, vítimas de violência sexual, segundo a agressão sofrida e o agressor, para os estratos de até 14 anos e demais gestantes, notificadas no período de 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.	49
<b>Tabela 6</b> – Características dos acompanhamentos para os estratos de gestantes até 14 anos e demais mulheres, notificadas por violência sexual, no período de 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.	51

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CID	Classificação Internacional de Doenças
DEAM	Delegacia de Atendimento à Mulher
FIN	Ficha Individual de Notificação
HCA/FUNDHACRE	Hospital das Clínicas do Acre
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MBH	Maternidade Bárbara Heliodóra
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAIS	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para Mulheres
SASMC	Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança
SAVV	Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
SESACRE	Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Acre
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SP	São Paulo
SPM	Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VS	Violência Sexual

ZMP

Zona da mata de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1 Violência contra a mulher como problema de Saúde Pública.....	18
2.2 Epidemiologia da Violência Sexual no mundo e no Brasil .....	19
2.2.1 Os marcos e aspectos legais de enfrentamento às violências contra as mulheres no Brasil.....	26
2.2.2 A notificação compulsória e o sistema de informação.....	31
2.3 Aspectos assistenciais da Violência Sexual.....	33
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>38</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>39</b>
4.1 Objetivo Geral.....	39
4.2 Objetivos Específicos.....	39
<b>5. METODOLOGIA.....</b>	<b>40</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
<b>7. DISCUSSÃO.....</b>	<b>52</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>58</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO I.....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO IV.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO V.....</b>	<b>73</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A violência é uma das principais causas de morbidade e mortalidade de pessoas jovens em todo o mundo. Enquanto os homicídios predominam na população masculina, a violência sexual (VS) acomete severamente as mulheres, ocasionando sequelas que as tornam vulneráveis a problemas de saúde (BLAKE et al, 2014) e bem-estar, de forma cumulativa (GATTEGNO, 2016).

Atualmente há amplo reconhecimento por entidades e organismos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) bem como pelo Ministério da Saúde do Brasil de que a violência contra a mulher tem grande impacto na saúde pública e constitui grave violação aos direitos humanos (OMS, 2013).

A VS é um dos tipos de violência contra a mulher e é considerada uma das formas mais cruéis de violência de gênero que tem sido persistente ao longo da história (BRASIL, 2012). É definida como todo ato sexual ou tentativa de obtê-lo, contra a vontade de uma pessoa, utilizando-se de atos coercivos, independentemente do tipo de relacionamento interpessoal existente. Inclui, em sua definição, a agressão verbal, a obtenção de vantagem econômica, o casamento forçado, o assédio sexual e o estupro (OMS, 2002). Na maioria das vezes está associada a violência física e psicológica (GARCÍA-MORENO et al., 2013) com consequências persistentes ao longo dos anos que vão desde sequelas emocionais e reprodutivas à contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (IST) e o desenvolvimento de comportamento suicida (OMS, 2013).

A literatura aponta que a VS é resultado de fatores individuais, sociais, relacionais, culturais e ambientais, mas nenhum deles explica, por si só, as diferenças nas prevalências entre as diversas regiões (OMS 2014). Alguns autores referem que fatores como idade, escolaridade, renda, consumo de álcool ou drogas, estado civil e orientação sexual estão associados à predisposição a esse tipo de violência (OMS, 2002; 2014; SCHRAIBER, 2014).

As reais prevalências são de difícil obtenção devido a subnotificação, por constrangimento ou medo, e devido à variabilidade entre os estudos em relação às populações, instrumentos, condições de privacidade, treinamento das entrevistadoras, técnicas de coleta de informações e definições de violência adotadas na metodologia (SCHRAIBER, 2002; 2007).

Apesar disso, indicadores confiáveis têm permitido constatar que a VS está entre as principais causas de anos de vida saudável perdidos por incapacidades (DREZET, 2003). Estima-se que cerca de 12 milhões de mulheres são acometidas ao ano, em todo o mundo (BRASIL, 2012). Essa violência segue um padrão comum, ocorrendo principalmente em ambiente privado, perpetrado por pessoas íntimas e que se repete em ciclos (SCHRAIBER, 2007).

Dados referentes a uma revisão sistemática realizada em 2013, pela OMS, indicaram uma prevalência global de 30,0% de violência física e/ou sexual contra a mulher, perpetradas por parceiros íntimos. Países do sudeste asiático, mediterrâneo oriental e África apresentaram as maiores taxas, variando de 36,6 a 37,7%, e cerca de 29,4% das mulheres estudadas tinham entre 15 e 19 anos, evidenciando a VS precoce. A faixa etária mais acometida foi a de 40 a 44 anos com prevalência de VS de 37,8%. Quando analisadas as VS cometidas por desconhecidos ou qualquer pessoa que não o parceiro íntimo, a prevalência global foi de 7,2% (OMS, 2013).

No Brasil, nas últimas décadas, foram obtidos alguns avanços na estratégia de prevenção a VS contra as mulheres como a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres, a implantação de Coordenadorias das Mulheres, a elaboração de Políticas de Enfrentamento à Violência e a promulgação da Lei Maria da Penha. Vale citar também que desde 2011, por determinação do Ministério da Saúde (MS) os casos suspeitos ou confirmados, assistidos nos serviços de saúde, passaram a ser de notificação compulsória, mas cabe a mulher decidir sobre a realização de exames médicos ou sobre a prática de aborto legal em caso de gestação decorrente da VS (Fontes 2018).

Ainda assim, em 2011 os dados oficiais indicavam 15,9 casos de VS por 100.000 mulheres e essa taxa pode variar conforme as regiões brasileiras, sob influência dos níveis socioeconômicos e de educação da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em torno disso, um estudo recente, realizado com dados do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD-Brasil) estimou uma prevalência geral de VS de 20,4% entre as mulheres brasileiras e um gradiente decrescente dessa taxa conforme o aumento da idade. As adolescentes sofreram 6 vezes mais VS quando comparadas as mulheres de mais idade. Associações positivas com a VS também foram relatadas para baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade (SILVA, 2018).

Estudos em regiões específicas do Brasil apontaram que 10,1% e 14,3% das mulheres residentes em São Paulo e na Zona da Mata Pernambucana, respectivamente, relataram ter sofrido VS ao menos uma vez na vida (SCHRAIBER, 2007). No Espírito Santo, 991 mulheres



assistidas em 26 unidades de saúde foram entrevistadas quanto a ocorrência de VS e a prevalência encontrada foi de 5,7% (LEITE, 2017). Outro estudo em São Paulo, com 661 mulheres usuárias de serviços de saúde, estimou prevalência de 20,3% em mulheres de 15 a 49 anos (BARROS & SCHRAIBER, 2017). Em Santa Catarina, 2010 notificações foram analisadas de 2008 a 2013 e a VS foi responsável por 12,0% de todas as agressões contra as mulheres. As mulheres jovens, de 10 a 19 anos foram as mais acometidas com 35,7% das notificações (DELZIOVO et al, 2017). No Paraná, um estudo com base de dados secundários estimou uma taxa média anual de notificação de VS contra a mulher de 2,93/100.000 entre os anos de 2009 a 2014, variando de 0 a 23/100.000 entre os municípios analisados (FONTES, 2018).

Os dados descritos revelam a persistência da VS contra mulheres no Brasil e sugerem um acometimento importante da faixa etária mais jovem, o que torna essa realidade mais preocupante no que se refere às consequências na vida dessas mulheres. A maioria dos estudos, porém, não são de base populacional, dificultando a generalização dos resultados de forma a dimensionar verdadeiramente o problema. Além disso há a escassez de pesquisas em muitas regiões do Brasil, em especial a região Norte.

Considerando a importância social e epidemiológica da VS contra a mulher, sua repercussão na saúde pública a nível nacional e buscando contribuir com a divulgação de dados que auxiliem no reconhecimento e elucidação desta problemática, esta dissertação objetivou caracterizar os casos de VS contra mulheres notificados no município de Rio Branco, Acre no período de 2011 a 2016.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Violência contra a mulher como problema de Saúde Pública

A história de dominação dos homens sobre as mulheres antecede o período da Roma Antiga, mas é nesta época que a hegemonia masculina se solidifica com a constituição da família monogâmica, centrada na descendência patrilinear e na subordinação das mulheres. O termo “família” vem do latim *famulus* e significa “escravo doméstico”. O patriarcado, portanto, se caracteriza pelo princípio de submissão das mulheres, na figura de escravas, e dos jovens, aos homens “chefes de família”. Com o passar dos anos e a chegada do capitalismo no século XV, a organização da sociedade patriarcal ultrapassou a esfera doméstica e se estruturou na divisão desigual de poder, mantendo a opressão sobre o gênero feminino (NARVAZ; KOLLER, 2006)

No ano de 1789, iniciam-se movimentos populares revolucionários na França deflagrando a Revolução Francesa e iniciando uma fase de protestos contra o regime monárquico vigente que havia entrado em colapso financeiro. O princípio de “liberdade, igualdade e fraternidade” orientou os ideais revolucionários e permitiu a participação e politização das mulheres nas diferentes vertentes da revolução. Entretanto, se de um lado a vitoriosa revolução trouxe a valorização e reconhecimento da mulher dentro do ambiente familiar, de outro trouxe a cessação de direitos ao proibi-las de votar e de exercer cargos públicos. A filosofia norteadora da Revolução Francesa serviu de base para a construção dos ideais feministas e, timidamente as mulheres no mundo fortaleceram seus embates sociais por direitos (MORIN, 2009).

No Brasil, a partir do século XX, as mulheres conquistaram espaço na política através do voto, receberam o direito à educação desde a alfabetização até o ensino superior e, na consolidação das leis trabalhistas de 1943, tiveram reconhecido o direito a licença maternidade. Em seguida, houve período de silêncio associado à ditadura militar, e posteriormente as mulheres se engajaram no combate a opressão política aliando-se aos partidos de esquerda e acompanhando os movimentos internacionais, inaugurando em 1970, o feminismo. O lema feminista “*Nosso corpo nos pertence e o privado também é político*” trouxe à tona uma agenda de debates políticos e sociais questionando a supremacia masculina, a violência contra mulher e o direito ao prazer. Em 1975, a ONU proclamou o “Ano Internacional da Mulher” que significou novas perspectivas femininas (BRASIL, 2010).

Ao saírem do domínio doméstico para compor outros papéis sociais, as mulheres denunciaram o ambiente de exploração e violência ao qual estavam submetidas. A década de 80 é marcada por convenções nacionais e internacionais em prol da defesa dos direitos das mulheres. Começaram a surgir então, em todo o mundo, estudos com estimativas alarmantes, apontando que quase um terço das mulheres eram vítimas de violência física, sexual e/ou psicológica praticada por seus parceiros íntimos e 38% dos homicídios femininos eram cometidos pelo parceiro. Além das prevalências alarmantes, foram sendo evidenciadas as consequências da violência contra a mulher que percorrem as esferas física, mental e sexual.

Mesmo diante dos avanços, permanece nos dias atuais, a necessidade de mudança de cultura das sociedades em relação a mulher que ainda é vista de certa forma como propriedade do homem. No entanto, sedimentar na sociedade a premissa do respeito e da igualdade de gênero, entendendo-se o conceito de gênero como uma “construção sociológica, política e cultural do termo sexo” é honrar a declaração de direitos humanos e o princípio de que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (CASTRO, 2007; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993).

Mulheres vítimas de violência sexual têm duas vezes mais chance de sofrerem depressão, são 1,5 vezes mais propensas a adquirir HIV e tem duas vezes mais probabilidade de evoluírem para aborto. Estes dados tornaram o abuso sexual de mulheres um problema mundial de saúde pública de proporções epidêmicas, portanto o seu enfrentamento e prevenção é fundamental para estabelecer um ambiente comunitário seguro para as mulheres (KRUG; DAHLBERG; MERCY, 2002).

## **2.2 Epidemiologia da Violência Sexual no mundo e no Brasil**

A violência pode ser estudada por diversas fontes de informações, como dados do Sistema Nacional de Mortalidade, os registros governamentais e institucionais, dados de morbidade ou de saúde, registros comunitários, ocorrências policiais e estudos com dados primários. No entanto, há dificuldade em se estimar a real prevalência da VS contra as mulheres devido não somente a diversidade das fontes e sua confiabilidade, mas também pela subnotificação nos diversos sistemas de informação, além da escassez de estudos com dados primários, de base populacional. Em boa parte dos estudos sobre a temática, as análises se restringem a um conjunto amostral específico como um município, unidade hospitalar ou dados referentes a segurança pública (CERQUEIRA; COELHO, 2014; KRUG; DAHLBERG; MERCY, 2002).

A estratégia metodológica proposta pelas pesquisas mais recentes para vencer os obstáculos que encobrem a epidemiologia da VS é o uso de questionários validados como instrumentos de coleta de informações. Estes questionários foram utilizados em estudos populacionais, por meio de inquéritos de prevalência auto-referidos, em diferentes países a partir década de 90 e reunidos no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado em 2002. Foram entrevistadas mulheres com idade maior ou igual a 16 anos e calculada a frequência de mulheres que declararam ter sido expostas a VS nos últimos 5 anos, independente do agressor, em diferentes cidades do mundo e as maiores frequências encontradas foram de 0,8% em Botsuana (África), 8,0% no Rio de Janeiro, Brasil (América do Sul), 2,7% na Indonésia (Ásia) e 6,0% na Albânia (Europa Oriental) (KRUG; DAHLBERG; MERCY, 2002).

Nos Estados Unidos, um relatório nacional com análise do dados sobre crimes de estupro e agressão sexual entre os anos de 1993 a 1995 constatou que em 3 a cada 4 estupro o agressor era um conhecido da família e que a maioria dos casos ocorreu na residência ou proximidade. Nos anos 1995 a 2010, dados do *National Crime Victimization Survey* constatou que as taxas de estupro ou agressão sexual entre as mulheres diminuíram 58%, passando de 5,0 episódios a cada 1.000 mulheres para 2,1 a cada 1.000, estabilizando-se desde 2005 (SUMNER et al., 2015). Em 2016, a taxa nacional de estupro volta a subir, com registro de 29,6 casos por 100.000 mulheres, sendo o número total de casos no ano, aproximadamente 96 mil (STATISTA, 2016).

Na Alemanha, em 2015, um estudo de base populacional com uma amostra de 2.513 pessoas ao questionário sobre exposição à VS nos últimos 12 meses observou uma prevalência de VS de 1,2% nas mulheres adultas entrevistadas no período (ALLROGGEN et al., 2016). Em 2016, o parlamento alemão mudou a lei do estupro entendendo que a agressão física ou outras formas de coerção não podem ser exigências para caracterização dos crimes de VS. A nova lei adota o modelo "não significa não" e modifica o conceito de estupro, ampliando a concepção dos crimes sexuais (HÖRNLE, 2017).

Bott e colaboradores (2012), compararam estudos populacionais que entrevistaram mulheres casadas ou em união, com idade entre 15 e 49 anos, na América Latina e Caribe, no período entre 2003 e 2009, interpelando sobre terem sofrido agressão sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses ou em algum momento de suas vidas. As respostas variaram entre os diferentes países, sendo a maior frequência de respostas positivas encontrada na Bolívia, onde 15,2% das mulheres entrevistadas declararam ser vítimas de VS praticada pelo parceiro íntimo. O segundo país de maior prevalência foi a Nicarágua (13,1%) e a menor prevalência encontrada foi na República Dominicana (5,2%).

No Brasil, a pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado” realizada em 2001, entrevistou 2.502 mulheres com mais de 15 anos de idade, sobre diversos temas, inclusive a VS. Os dados referentes a essas mulheres foram estratificados segundo idade e procedência (área urbana e rural), em 187 municípios de 24 estados das cinco macrorregiões do país. O percentual de mulheres entrevistadas que declararam terem sofrido estupro ou abuso sexual nas regiões Norte e Centro Oeste foi de 13%, na região Sul 10%, região Nordeste 15% e no Sudeste 14%. Sua análise mostrou resultados preocupantes, calculando que no período avaliado “a cada 15 segundos uma mulher era forçada a ter relações sexuais e a cada 9 segundos outra era ofendida em sua conduta sexual ou por seu desempenho no trabalho doméstico ou remunerado” (RAGO et al., 2004).

O Brasil participou do estudo multicêntrico *Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence Against Women* e entrevistou mulheres residentes na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), excluindo a região metropolitana do Recife, no período de 2000 a 2003. A amostra foi composta por 940 mulheres em SP e 1.188 na ZMP, sendo que 46,4% das mulheres em SP e 54,2 % na ZMP referiram ter sofrido alguma forma de violência pelo parceiro íntimo no período investigado (SCHRAIBER et al., 2007).

Em 2014, foi publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o estudo “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde”, o qual fez um levantamento nacional das notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram 12.087 casos de estupros notificados no Brasil em 2011, correspondendo a 23,0% do total registrado pela polícia no mesmo período. Foi observado a predominância de vítimas do sexo feminino (88,5%), com idade menor que 13 anos e baixa escolaridade (46%). Os agressores em 70,0% das vezes eram parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima (CERQUEIRA; COELHO, 2014a).

Moreira e colaboradores, 2015, também utilizaram a base de dados do SINAN, no período de 2009 a 2013, para avaliar o perfil das mulheres vítimas de VS notificadas no território nacional, incluindo todas as idades e encontraram um total de 21.871 notificações. O estudo encontrou como resultado um perfil de mulheres na faixa etária de 10 a 19 anos (49,4%), com a raça declarada branca (40,7%), o grau de escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta (24,9%) e a maior parte dos casos de VS ocorreram na residência da mulher (60,6%) sendo o agressor um conhecido (25,8%).

O relatório anual brasileiro de Segurança Pública contabilizou 49.497 registros de crime de estupro em 2016, correspondendo a 24 estupros por 100 mil habitantes. Segundo o relatório,

em 2015, a polícia do estado do Acre registrou uma taxa de 65 estupros para a cada 100 mil habitantes, correspondendo a 1,1% do total nacional (LIMA; BUENO, 2015).

Apesar do desenvolvimento de pesquisas com objetivo de evidenciar a magnitude da VS e suas consequências, grande parte delas é realizada com grupos amostrais restritos a uma localidade ou unidades de saúde, não sendo representativos da população e, portanto, não permitindo a realização de inferências que extrapolem para a população total.

**Quadro 1** – Estudos internacionais e nacionais sobre violência sexual contra as mulheres.

Autor, Ano	Local, delineamento	População, período, base de dados	Resultados
BOTT et al., 2012	Análise comparativa de 13 estudos de demografia e saúde (DHS e RHS)* em 12 países da América Latina e Caribe.	Comparou estudos populacionais que entrevistaram mulheres casadas ou em união, entre 15 e 49 anos de idade, interpellando sobre terem sofrido agressão sexual perpetrada pelo parceiro íntimo nos últimos 12 meses ou em algum momento de suas vidas. <b>Período:</b> Entre 2003 e 2009. <b>Base de dados:</b> primária – questionário validado.	As respostas variaram entre os países: 15,2% das mulheres bolivianas entrevistadas declaravam serem vítimas de VS praticada pelo parceiro íntimo. O segundo país de maior prevalência de mulheres vítimas de VS praticada pelo parceiro íntimo foi a Nicarágua (13,1%). A menor prevalência encontrada foi na República Dominicana (5,2%).
SUMNER et al., 2015	Estudo retrospectivo, Estados Unidos.	Mulheres vítimas de agressão sexual. Dados do <i>National Intimate Partner and Sexual Violence Survey</i> (NISVS). <b>Período:</b> 2011. <b>Base de dados:</b> Dados secundários dos diversos setores.	Dados nacionais da pesquisa criminal de 1994-2011 indicam a taxa de violência contra as mulheres diminuiu de 5,9 episódios por 1.000 pessoas para 1,6 por 1.000, representa uma diminuição de 72%. Dados NCVS, de 1995-2010, indicam taxas de violação ou agressão sexual entre mulheres diminuiu 58% de 5,0 episódios por 1.000 habitantes para 2,1 por 1.000, embora as taxas

			tenham estabilizado desde 2005.
ALLROGGEN et al., 2016	Alemanha. Estudo de base populacional, prospectivo, que utilizou questionário validado.	2513 pessoas foram incluídas no estudo, sendo 55,5% mulheres. <b>Base de dados:</b> Entrevista na qual era interrogado sobre ter sofrido ou praticado violência sexual nos últimos 12 meses. Os participantes tinham idade igual ou acima de 14 anos, sendo que 2422 eram maiores de 18 anos. <b>Período:</b> Entre março e maio de 2015.	Encontrou uma prevalência de VS de 1,2% nas mulheres adultas entrevistadas no período.
LEAL ML; LEAL MF, 2002	Brasil Pesquisa estratégica de natureza exploratória, com abordagem quali e quantitativa.	População: notícias e estudos de caso de mulheres, crianças e adolescentes traficadas para fins de exploração sexual. <b>Período:</b> 1996 a 2002 <b>Base de Dados:</b> Dados primários e secundários, quanti e qualitativos obtidos junto às organizações governamentais/ jurídicas, não governamentais, redes de comercialização do sexo, e mídia, através de entrevistas semiestruturadas e estudos de casos.	As regiões Norte e Nordeste apresentam o maior número de rotas de tráfico de mulheres e adolescentes, em âmbito nacional e internacional. Há relação entre a condição de pobreza e desigualdades regionais e a existência de rotas de tráfico para fins sexuais. No Brasil, o tráfico para fins sexuais é, predominantemente, de mulheres e adolescentes, afrodescendentes, com idade entre 15 e 25 anos.
RAGO et al., 2004	Brasil Estudo prospectivo, com aplicação de entrevista estruturada.	Mulheres com 15 anos ou mais de idade. <b>Base de Dados:</b> 2.502 entrevistas estratificadas em cotas de idade e em áreas urbana e rural, distribuídas em 187 municípios de 24 estados das cinco macrorregiões do país. <b>Período:</b> Outubro 2001	13% das mulheres entrevistadas declararam terem sofrido abuso sexual ou estupro, 11% foi obrigada alguma vez a ter relações sexuais forçadas e 11% das brasileiras entrevistadas declararam terem sofrido assédio sexual.

LOPES et al., 2004	Piauí, Brasil. Estudo transversal, descritivo.	Mulheres de todas as faixas etárias, atendidas até 5 dias da agressão com base em laudos periciais para caracterização da VS. <b>Base de dados:</b> Prontuários médicos <b>Período:</b> Março de 2002 a março 2003.	102 prontuários. 47,1% encontravam-se na faixa etária de 10 a 19 anos. 78,3% eram solteiras. 51,5% tinham escolaridade de 1º grau incompleto. 39,2% ocorreram em local ermo. 51% dos agressores eram desconhecidos.
SCHRAIBER et al., 2007	Brasil. Estudo transversal, de base amostral, multicêntrico ***.	Mulheres de 15 a 49 anos residentes na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP), excluída a região metropolitana do Recife. <b>Período:</b> 2000-2003	940 mulheres em SP e 1.188 em ZMP 46,4% das mulheres em SP e 54,2 % na ZMP referiram ter sofrido alguma forma de violência pelo parceiro íntimo. A VS foi referida em 10,1% pelas mulheres em SP e 14,3% na ZMP.
CERQUEIRA D; COELHO D, 2014	Brasil, IPEA Estudo descritivo, quantitativo.	Vítimas de VS notificadas nas diferentes regiões do Brasil. <b>Período:</b> 2011 <b>Base de dados:</b> SINAN*	12.087 casos notificados de estupro. 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, maioria tinha menos de 13 anos de idade, 46% não possuía o ensino fundamental completo. Predomina como agressor o sexo masculino. 70% dos agressores são parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima.
MOREIRA et al., 2015	Brasil, Estudo descritivo, quantitativo.	Mulheres de todas as faixas etárias vítimas de VS. <b>Período:</b> 2009 a 2013. <b>Base de dados:</b> SINAN.	21.871 notificações de VS contra mulheres no período. 49,4% encontravam-se na faixa etária de 10 a 19 anos. 40,7% eram declaradas raça branca. 24,9% tinham escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta. 60,6% dos casos de VS ocorreram na residência



			da mulher e sem repetição (49,9%). 25,8% o agressor era conhecido.
SOUSA D; BORGES, 2016	Porto Nacional, Tocantins, Brasil. Estudo epidemiológico, descritivo, exploratório, quantitativo.	Avaliação de todas as notificações de violência registradas no SINAN, referentes ao local do estudo. <b>Período:</b> 2014. <b>Base de dados:</b> SINAN.	130 notificações. 47% foram notificações de violência contra mulher. Na tipologia das violências, a violência física representou 61%, seguido da violência psicológica 13% e da VS 7%.
SILVA L; OLIVEIRA C, 2016	Distrito Federal, Brasil. Estudo ecológico, descritivo, quantitativo.	Mulheres de 18 a 59 anos de idade vítimas de violência, notificadas no SINAN. <b>Período:</b> 2009 – 2012 <b>Base de dados:</b> SINAN	1.924 casos suspeitos ou confirmados notificados 46,8% das notificações se referiam a violência física, seguida da violência sexual (22,5%) e da psicológica (20,3%).
ALBUQUEQUE L; SILVA C, 2017	Recife (PE), Brasil. Estudo retrospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa.	Mulheres vítimas de VS atendidas em um serviço especializado. População: mulheres > 15 anos ou > 45 kg. <b>Período:</b> 2013. <b>Base de dados:</b> prontuários médicos.	Total: 284 mulheres vítimas de estupro (com penetração vaginal e/ou oral, e/ou anal). 66,9% dentro da faixa etária de 20 a 49 anos. 49,2% da cor parda. 73,1% eram solteiras. 45,7% tinham de 9 a 11 anos de estudo. 53,2% ocorreram na via pública. 63,7% dos casos o agressor era desconhecido.
DELZIOVO et al., 2017	Santa Catarina, Brasil. Estudo ecológico, descritivo, de série temporal.	Mulheres > 10 anos, vítimas de VS notificadas, residentes em Santa Catarina. <b>Período:</b> 2008 a 2013. <b>Base de dados:</b> SINAN.	2.010 notificações de violência sexual. 12,9% de todos os tipos de violência notificados contra as mulheres. 47,3 % tinham idade entre 10-14 anos. 81,8% tinham cor branca. 52,6% apresentavam 5-8 anos de escolaridade. 65,1% eram estudantes. 63,7% o local de ocorrência foi a residência.

\* \*DHS – pesquisa de demografia e saúde – são pesquisas domiciliares, nacionalmente representativas, que fornecem dados para avaliações em saúde. RHS – pesquisa de saúde reprodutiva – são pesquisas nacionais, de base populacional

\* SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

\*\* VS: violência sexual

\*\*\* Integrante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*.

### **2.2.1 Os marcos e aspectos legais de enfrentamento às violências contra as mulheres no Brasil**

A Constituição Federal de 1988 foi uma importante conquista na luta dos direitos das mulheres estabelecendo, em seu artigo 5º, o princípio constitucional da igualdade e garantindo as mesmas atribuições a homens e mulheres, como o direito à vida, à não discriminação, à segurança, à propriedade, entre outros (BRASIL, 2017). Até a sua instituição, a mulher era vista como propriedade do homem e considerada relativamente incapaz. As leis existentes protegiam os homens dos crimes cometidos dentro do ambiente doméstico e, até a década de 70, era aceita a tese de “legítima defesa da honra” para a absolvição de crimes passionais (CERQUEIRA; COELHO, 2014; DESOUZA; BALDWIN; ROSA, 2000). No início dos anos 80, a necessidade de novos instrumentos e políticas governamentais que priorizassem a assistência à saúde da mulher e as questões de segurança pública se tornaram notáveis e em 1985 foi criada a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Este fato deu início a uma série de conquistas, incluindo a constituinte de 1988, que permaneceram após este marco (LIMA et al., 2016).

Em 1994, o Brasil promoveu a Convenção de Belém do Pará na qual reestabeleceu, ampliou e pormenorizou o significado dos direitos à liberdade e igualdade de gênero (BRASIL, 1996). No entanto, apenas em 2003 surge a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres (SPM) (lei nº 10.863/ 2003 de 28 de Maio), vinculada à Presidência da República, com *status* de Ministério, cujo objetivo era buscar avanços nas esferas legislativa e administrativa, a fim de viabilizar o desenvolvimento de ações voltadas para mulher, incluindo a normatização dos atendimentos de saúde e da justiça e a criação de redes de apoio multidisciplinar (BRASIL, 2003a, 2011).

No intuito de dar maior visibilidade e melhor conhecer os casos de violência contra mulher, o governo homologa a Lei nº 10.778, em 24 de novembro de 2003, tornando obrigatória a notificação de todos os casos de violência, assistidos em serviços de saúde, público ou

privado, dentro do território nacional. Esta lei acrescenta a violência doméstica, psicológica, sexual, dentre outras, à Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi lançada pela SPM em 2004, contendo diretrizes para melhorias na assistência à saúde da mulher como a saúde preventiva, o combate à mortalidade materna, a promoção do planejamento reprodutivo e a garantia de atendimento humanizado às vítimas de violência sexual, bem como das medidas de prevenção para transmissão de IST (BRASIL, 2004). Após o lançamento da PNAISM, criou-se o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, no qual a subsecretaria de políticas públicas para mulheres pormenorizou suas ações e práticas (BRASIL, 2004).

A aprovação da “Lei Maria da Penha”, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, foi um importante marco legal no combate à violência contra a mulher. A partir dela passa a ser possível a prisão do agressor em flagrante, a vítima passa a ter direito a medidas protetivas e ocorre a criação de juizados especiais com competências civil e criminal para julgar a violência doméstica e familiar contra mulheres. Esta lei é reconhecida mundialmente como um grande avanço no enfrentamento da violência de gênero e considerada um divisor de águas na história de conquistas de direitos das mulheres, à medida que altera a postura feminina de submissão e resignação e a impunidade frente a violência doméstica (BEN-HUR VIZA; MYRIAN CALDEIRA SARTORI; VALESKA ZANELLO, 2017; BRASIL, 2006).

Ainda em relação a conquistas legais, a Lei 12.015 de 2009, fez alterações no artigo 213 do Código Penal, *crimes contra o costume*, passando a ser denominado *crimes contra dignidade sexual*. Esta alteração passa a considerar que homens e mulheres podem ser vítimas de estupro e amplia o conceito deste ao contemplar na mesma lei o ato libidinoso que é compreendido como “qualquer ato que objetiva prazer sexual, diverso da conjunção carnal”. Determina também a pena de reclusão de 6 a 10 anos e prevê aumento de pena nos casos do crime resultar em gravidez e/ou se o agressor transmitir alguma IST da qual tenha conhecimento ser portador (BRASIL, 2009).

A lei 12.015 também traz o conceito de vulnerabilidade e define o crime de estupro de vulnerável como sendo “ter conjunção carnal ou praticar ato libidinoso com menor de 14 (quatorze) anos” ou com pessoa portadora de deficiência mental ou outro transtorno que a impeça de responder pelos seus atos (BRASIL, 2009). Pela redação da nova lei, o estupro passa a constar na lista dos crimes hediondos (DELGADO, 2009).

No ano de 2016, a divulgação de casos de estupro coletivo ocorridos nos estados do Piauí e Rio de Janeiro sensibilizou a opinião pública e favoreceu a aprovação do Projeto de Lei

5452/2016, que propôs o aumento da pena para crime de estupro coletivo, ou seja, àquele cometido por duas ou mais pessoas (ANFLOR, 2016; GRAZIOTIN, 2016).

No âmbito da saúde, as vítimas de violência sexual têm assegurado o direito a interrupção de gravidez decorrente de estupro desde 1940, pelo Código Penal, artigo 128, Decreto Lei 2848/40. Inicialmente, porém, o acesso a este direito não era universal, tendo em vista a existência de poucos serviços especializados, localizados em poucos estados brasileiros (BRASIL, 1940). Este cenário muda a partir da lei no 12.845, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a assistência obrigatória e integral às pessoas expostas à violência sexual, em todas as unidades de saúde e por todos os profissionais, e caracterizando como omissão de socorro a negativa do atendimento (BRASIL, 2013).

Ainda em agosto de 2013, o Decreto 8.086, cria o programa “Mulher, Viver sem Violência” que tem como uma de suas estratégias de ação a construção da “Casa da Mulher Brasileira”, a qual contempla a formação de um centro de atendimento às vítimas de violência, idealizando um espaço de integração dos serviços especializados necessários para acolhimento, assistência à saúde, justiça e oferta de uma rede socioassistencial (BRASIL, 2013).

Apesar do avanço na conquista de direitos e reconhecimento do estado da importância de garantir a segurança e oferecer a assistência médica a mulher vítima de violência, ainda é preocupante o número de mulheres mortas intencionalmente, todos os dias, por razões de gênero. A Lei nº 13.104 de 2015, é mais uma tentativa de enfrentamento dessa realidade, e a partir dela há alteração no Código Penal Brasileiro incluindo o feminicídio como um tipo de homicídio qualificado. O feminicídio é caracterizado quando a morte de uma mulher decorre de violência doméstica e/ou familiar ou quando é provocada por menosprezo ou discriminação da condição do sexo feminino (BRASIL, 2016).

Neste cenário de lutas, ainda vislumbra-se a aprovação, pelo Senado Brasileiro, do Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 353/2017 que visa alterar o inciso XLII do art. 5º da Constituição Federal, e tornar imprescritível o crime de estupro no Brasil (BRASIL, 2017).

**Quadro - 2** – Cronologia dos marcos e dispositivos legais para o enfrentamento da violência contra mulher e garantia de direitos:

Ano	Legislações e regulamentações	Disposição legal	
1940	Código Penal Decreto Lei 2848/40	Descreve os casos de aborto permitidos por lei.	<b>Art. 128</b> – Não se pune o aborto praticado por médico: <b>Aborto necessário</b>

			<p>I - Se não há outro meio de salvar a vida da gestante;  <b>Aborto no caso de gravidez resultante de estupro</b>  II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.</p>
<b>1985</b>	<b>Decreto nº 23.769</b> de 06 de agosto de 1985	Cria a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher na cidade de São Paulo.	Determina a criação da primeira Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM) com foco na violência doméstica e sexual.
<b>1988</b>	<p><b>Constituição Federal</b></p> <p>Título II  Dos Direitos e Garantias Fundamentais</p> <p>Capítulo I  Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos</p>	Dispõe sobre a igualdade de direitos em homens e mulheres.	<b>Art 5º</b> Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...). I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição
<b>1996</b>	<b>Decreto nº 1.973</b> , de 1º de agosto de 1996.	<b>Convenção de Belém do Pará</b> Defende o direito de igualdade entre sexos, de liberdade e o estabelece o compromisso do estado no combate a violência contra as mulheres.	Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
<b>2003</b>	<b>Lei nº 10.683</b> , de 28 de maio de 2003.	Criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres	Compete a implementação e articulação de políticas públicas voltadas para mulheres no âmbito da saúde, da igualdade de gênero, combate a discriminação e fiscalização dos acordos e convenções.
<b>Ano</b>	<b>Legislações e regulamentações</b>	<b>Disposição legal</b>	
<b>2003</b>	<b>Lei nº 10.778</b> , 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.	A notificação aplica-se a qualquer tipo de violência e que tenha ocorrido no ambiente doméstico, intrafamiliar, na comunidade ou seja perpetrada ou tolerada pelo Estado, onde quer que ocorra.

<b>2004</b>	Política	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)	Ampliou as ações relativas à saúde da mulher, como prevenção, detecção e tratamento do câncer de colo uterino e mama, assistência à mulher vítima de violência, visa garantir os direitos sexuais e reprodutivos.
<b>2006</b>	<b>Lei nº 11.340</b> , de 7 de agosto de 2006	Lei Maria da Penha	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.
<b>2009</b>	<b>Lei 12.015</b> , de 07 de agosto de 2009	Alteração do TÍTULO IV do Código Penal – dos crimes contra dignidade sexual	Altera o conceito de estupro, de ato libidinoso e descreve o crime de estupro de vulnerável. Estupro passa a ser considerado um crime hediondo. Estupro conforme o Art. 213, é constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso:
<b>2013</b>	<b>Lei nº 12.845</b> , de 1º de agosto de 2013	Garante atendimento às vítimas de violência sexual.	Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.
<b>2013</b>	<b>Decreto nº 8.086</b> , de 30 de agosto de 2013	Criação do programa Mulher, Viver sem Violência	O Programa Mulher: Viver sem Violência se constitui nas ações de implementação das Casas da Mulher Brasileira (local que presta serviços especializados e multidisciplinares de atendimento às mulheres em situação de violência); ampliação da Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180; organização, integração e humanização do atendimento às vítimas de violência sexual, dentre outros.
<b>2015</b>	<b>Lei nº 13.104</b> , de 9 de março de 2015	Inclui o feminicídio como crime de homicídio qualificado.	Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o (continuação)
<b>Ano</b>	<b>Legislações e regulamentações</b>	<b>Disposição legal</b>	
			Feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

2017	<b>Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 353/2017</b>	Visa alterar o inciso XLII do art 5º da Constituição Federal	Deseja tornar imprescritível o crime de estupro.
2018	<b>Lei nº 13.718/2018</b>	Lei do estupro coletivo	Acrescenta os arts. 218-C e 225-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar o crime de divulgação de cena de estupro e prever causa de aumento de pena para o crime de estupro cometido por duas ou mais pessoas.

(conclusão)

### 2.2.2 A notificação compulsória e o sistema de informação

Os sistemas de informação em saúde são instrumentos padronizados que coletam, registram, armazenam, processam e distribuem dados que auxiliam nas tomadas de decisão para o planejamento das ações em saúde (MARIN, 2010).

Entre os sistemas de informação em saúde, no Brasil, é o SINAN que reúne os dados coletados e registrados nos Sistemas de Notificação Compulsória. Seu processo de regulamentação começou em 1998 e a vigilância dos eventos em saúde passou a ser compartilhada entre municípios, estados e distrito federal, que têm atribuição de manter o sistema atualizado (LAGUARDIA et al., 2004). Essa alimentação periódica é reafirmada pela instrução normativa do MS, nº 2 de 22 de novembro de 2005, a qual define as ações da vigilância epidemiológica no que concerne à coleta, fluxo e a frequência de envio de dados da notificação por meio do SINAN. Essa normativa também estabelece os papéis dos municípios como principais responsáveis pela identificação e notificação dos casos, e dos estados como responsáveis pela consolidação dos dados municipais, apoio técnico e gerenciamento das informações, dentre outras funções (BRASIL, 2005).

A notificação dos casos suspeitos ou confirmados é definida a partir de uma lista de doenças que são de interesse da vigilância epidemiológica e demais autoridades sanitárias, a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória. Inicialmente, as doenças que compunham a lista eram aquelas consideradas de risco à saúde das coletividades, tradicionalmente, as doenças infectocontagiosas (TEIXEIRA et al., 1998). Os agravos violentos não pertenciam à lista de notificação e para conhecê-los era possível acessar o Sistema de Informação sobre Mortalidade (dados relativos aos casos resultantes em óbitos), o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (dados resultantes de casos que resultam em internação

hospitalar) e os sistemas de boletins de ocorrência policial (BO), além dos resultados das pesquisas epidemiológicas (BRASIL, 2016). Com as mudanças no conceito de saúde e o crescimento das doenças não infecciosas, a lista foi sendo atualizada e “agravo” passou a ser entendido como “qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada” (ANDRADE, 2017).

O inegável impacto social e econômico da violência, sobretudo para saúde, obrigou o MS a criar em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que se divide nos componentes: sistema de vigilância contínua - vigilância de violência interpessoal e autoprovocada (VIVA/SINAN) e sistema de vigilância por inquérito – vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA/Inquérito) (BRASIL, 2016).

Em 2009, a partir do VIVA/SINAN, a notificação da violência interpessoal e autoprovocada começa a ser realizada de forma incipiente, em unidades sentinelas dos municípios (BRASIL, 2016). O maior avanço ocorre com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, na qual os agravos violentos tipificados como violência doméstica, sexual e outras violências (tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e homofobia, violência contra as mulheres e os homens em todas as idades) passam a constar na relação de doenças e agravos de notificação compulsória, estando assim estabelecida a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais de saúde, nos serviços públicos e privados (BRASIL, 2011).

A notificação, apesar de reconhecida importância, ainda não assegura à vítima de violência sexual as medidas preventivas para redução de danos que devem acontecer nas 72 horas após a ocorrência, como a profilaxia de IST e a oferta da contracepção de emergência. A fim de preencher esta lacuna, a Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, determinou que os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passassem a ser de notificação imediata (dentro de 24 horas) (BRASIL, 2014).

Paralelamente a essas mudanças, a ficha individual de notificação (FIN) do SINAN, acompanhou a introdução dos novos agravos e se tornou um instrumento padronizado, a fim de garantir a homogeneidade das informações coletadas e o mínimo de variáveis necessárias para o entendimento do evento (BRASIL et al., 2009; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2008). No que diz respeito a violência sexual, esta passou a ser notificada através da ficha de “Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016; HIGA et al., 2008; ROSAS, 2012).



O uso efetivo do SINAN permite a realização do diagnóstico epidemiológico da ocorrência de um evento na população, possibilitando o estudo das relações causais do processo saúde-doença, identificando o risco de exposição e caracterizando, desta forma, a realidade epidemiológica de cada região. O sistema, ao permitir a descentralização da informação nas três esferas de governo, democratiza o acesso aos dados e permite a divulgação entre os profissionais de saúde e comunidade. Por conseguinte, é um instrumento relevante para orientar o planejamento da saúde e as propostas de intervenção, além de ser uma ferramenta fundamental na análise de resultados (BRASIL et al., 2009; PRADO et al., 2010).

Dessa forma, a disponibilidade de uma base de dados eletrônica, atualizada, contendo microdados consolidados, de acesso democrático, oferece uma alternativa para estudos descritivos com base de dados secundária. Ao mesmo tempo, a introdução da violência sexual na lista de agravos de notificação compulsória auxilia no despertar da saúde e da sociedade para o problema, à medida que estes estudos permitem conhecer a realidade local e subsidiar os direcionamentos para os recursos da saúde no combate à violência sexual contra mulheres.

### **2.3 Aspectos assistenciais da Violência Sexual**

Apenas um pequeno número de mulheres vítimas de violência sexual procura auxílio em delegacias, institutos médico-legais e serviços de saúde. Essa baixa procura por assistência acontece pelos mais diversos motivos, dentre os quais, a tolerância social frente a violência de gênero, seja ela provocada por estranhos ou pelo parceiro íntimo, fazendo com que esses atos sejam rotulados como “normais” e não ultrapassem as barreiras do ambiente doméstico (CERQUEIRA; COELHO, 2014b; TAVARA, 2006). Outras razões que levam a vítima a não buscar assistência médica ou policial ou a comparecer tardiamente ao serviço especializado, são: a falta de esclarecimentos quanto aos seus direitos; o medo de julgamentos e do preconceito durante o atendimento; o constrangimento diante da revitimização ao revelar os fatos; além da ideia equivocada da existência de uma obrigatoriedade de comunicação às autoridades policiais como condição para o atendimento em saúde (OLIVEIRA et al., 2005). Associa-se a todos estes aspectos, a falta de confiança na eficiência do Estado no que diz respeito ao serviço de proteção e assistência às vítimas e à resolutividade dos casos, bem como a insegurança quanto ao despreparo dos recursos humanos para um acolhimento destituído de qualquer tipo de julgamento moral (IPEA, 2014).

Apesar de a justiça brasileira reconhecer desde 1940 o direito ao aborto em caso de gravidez decorrente do crime de estupro, por um longo período o governo não possibilitou a assistência legal a estas mulheres nos serviços públicos de saúde, deixando uma enorme lacuna entre a promulgação da lei e a garantia do direito civil. Apenas em 1989, começou a ser implantado o primeiro serviço de referência para abortamento legal no Brasil, o Hospital Municipal do Jabaquara, na cidade de São Paulo, sendo que outro serviço com este enfoque só foi construído 11 anos depois, na mesma cidade (TALIB; CITELI, 2005). Oliveira e colaboradores, em 2005, realizaram um estudo qualitativo com objetivo de avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual. Nesta análise, os autores descrevem a história de peregrinação da vítima por diferentes serviços de saúde, policiais e judiciais em busca de atendimento, o que culmina com a perda da condição legal para inter rompimento da gestação em razão do tempo decorrido até o acesso ao serviço (OLIVEIRA et al., 2005).

Ainda segundo Oliveira e colaboradores (2005), a implantação dos serviços de saúde para assistência às vítimas deve ser conduzida pelos critérios de acolhimento, resolutividade, responsabilidade sanitária e acesso. O acolhimento humanizado, compreende uma abordagem solidária e respeitosa e a construção de relações interpessoais. A resolutividade compreende a disponibilidade de tecnologia necessária para garantir um atendimento adequado e resolutivo dentro de uma abordagem holística. A responsabilidade sanitária é a sensibilização dos profissionais em tomar para si o compromisso com a vida do paciente, viabilizando uma assistência dedicada, desburocratizada e individualizada. Quanto ao acesso, os serviços precisam se organizar de forma que seja universal e igualitário à saúde (OLIVEIRA et al, 2005).

Na tentativa de regulamentar e orientar a implantação de serviços especializados para assistência às vítimas de violência sexual, como também, definir um protocolo norteador para os profissionais de saúde que assegure o acolhimento adequado e a adoção de medidas para redução de agravos decorrentes desta violência, o MS lança em 1999, a Norma Técnica para Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Conforme esta norma, a instituição deve dispor de área reservada para o atendimento e garantir privacidade e segurança, além de ser composta por equipe multidisciplinar capacitada para acolher e encaminhar, buscando construir uma rede intersetorial de apoio. (BRASIL et al., 2012; VILLELA; LAGO, 2007). Esta publicação teve sua 3ª edição em 2012, a qual incorporou os avanços científicos à época como o teste rápido para HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*), a anticoncepção de emergência e as mudanças nos

protocolos para profilaxia das ISTs, principalmente, do HIV (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b, 2009).

Algumas mudanças no sentido de desburocratizar o acesso às vítimas aos serviços foram surgindo ao longo dos anos, como o entendimento da dispensa de BO Policial para autorização do aborto previsto em lei, considerando que o artigo 128, do Código Penal, prevê exclusivamente a exigência do consentimento da mulher ou seu representante legal. Além disso, não há obrigatoriedade em noticiar o fato à polícia e, portanto, o atendimento não pode ser negado ou postergado. Os profissionais de saúde podem apenas orientar sobre a importância da comunicação à autoridade policial como forma de possibilitar abertura de processo criminal investigativo. Os documentos necessários para interrupção são emitidos pela própria instituição de saúde, que oferece à vítima o Termo de Consentimento e o Termo de Compromisso com a Verdade, estando a equipe dispensada de qualquer acusação criminal em caso de a gestante ter faltado com a verdade (TALIB; CITELI, 2005).

Em decorrência do trabalho realizado pela SPM com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, o número de serviços especializados aumentou em 161,75% no período compreendido entre 2003 e 2011, dividindo-se em delegacias, serviços de saúde, casas-abrigo e promotorias especializadas. Na busca pela melhoria e ampliação dos serviços de assistência às pessoas em situação de violência, a SPM lança em 2011, o projeto Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, o qual fortalece as diretrizes de atendimento e incorpora novos atores sociais no combate e prevenção da violência contra mulheres. Essa rede de apoio se divide nos pilares saúde, justiça, segurança pública e assistência social, os quais serão fundamentais no planejamento das estratégias de enfrentamento da violência (BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011).

A portaria ministerial nº 485, de 1º de abril de 2014 redefine o funcionamento do *Serviço de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual* determinando que este poderá ser ofertado em todos os hospitais, maternidades, prontos-socorros e Unidades de Pronto Atendimento no âmbito do SUS de acordo com as peculiaridades de cada estabelecimento. A portaria também assegura que o atendimento às pessoas em situação de violência sexual será universal, não havendo distinção de gênero ou idade. Estabelece a necessidade de registro do serviço no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES) para o repasse dos recursos do SUS, inclusive para o procedimento de interrupção da gestação previsto por lei (BRASIL, 2014).

Em consonância com a portaria nº 485/2014, a SPM, o MS e o Ministério da Justiça publicam em 2015 a Norma Técnica - *Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de*

*Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios* como mais uma proposta para o enfrentamento da violência sexual. Representa um grande avanço a união dos diferentes setores para criação de um protocolo que estabelece a rotina para o atendimento em saúde, visando melhoria dos registros de informações, orientação para coleta de vestígios e de material biológico, além de instruções para guarda e armazenamento das possíveis provas. Estas medidas dão celeridade ao processo de atendimento da vítima, evitando a revitimização e tornam a prova coletada irrefutável se, por ventura, solicitada pelo setor judiciário, contribuindo desta forma com a redução da impunidade dos agressores (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, 2015).

A cada unidade de saúde compete a definição do seu fluxo de atendimento, o qual deve começar por um acolhimento humanizado por equipe multidisciplinar, com garantias ao sigilo e a privacidade. É fundamental a busca de informações para caracterização da violência, com registro dos dados da vítima, do ato violento e do agressor, assim como a notificação do agravo. Neste momento de coleta de informações, é papel do médico avaliar o risco de exposição e o tempo decorrido entre a exposição e o atendimento para propor as medidas preventivas. Idealmente, pretende-se uma assistência às vítimas de estupro com penetração vaginal, anal ou oral e contato com o sêmen dentro das 72 horas, a fim de prevenir danos à saúde. Essa prevenção se dá através da profilaxia das ISTs virais (HIV e hepatites) e não virais (sífilis, gonorreia, clamídia, trichomoníase); da anticoncepção de emergência; da profilaxia para tétano; a da coleta de sorologias e de outros exames laboratoriais e da coleta de material biológico para pesquisa de DNA (BRASIL et al., 2012; BRASIL, 2017). Deve ser de entendimento de toda a equipe médica que a assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a negativa sem justificativa pode ser caracterizada, ética e legalmente, como omissão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010). Após o atendimento emergencial, a vítima deve ser encaminhada para o seguimento ambulatorial, no qual fará os controles do tratamento com antirretroviral e do *status* sorológico durante seis meses após a exposição (BRASIL et al., 2012).

Depois de transcorrida as 72 horas do estupro ou nos casos de abuso sexual sem risco de contaminação, ou ainda nos casos suspeitos, a pessoa deve ser acolhida, notificada e encaminhada para os mais diversos setores da rede de atenção. No serviço de saúde, o acolhimento multiprofissional deve passar pelas avaliações ambulatoriais médica, psicológica e do serviço social. Deve ser prestada informação de que a abertura de inquérito criminal depende do registro do BO e submissão à perícia médica-forense, mas, caso a vítima ainda não tenha feito, pode efetivar a queixa quando for da sua vontade. Sempre que houver envolvimento de crianças ou adolescentes a equipe deve noticiar o conselho tutelar. E, quando ocorrer

gravidez decorrente de estupro, deve ser respeitado o desejo da mulher. Caso ela faça opção pela manutenção da gravidez, deve-lhe ser assegurado pré-natal gratuito e a opção de doação do recém-nascido, do contrário, poderá prosseguir com os procedimentos para interrupção legal (BRASIL, 2011; ROSAS, 2012).

Portanto, no âmbito da atenção integral à saúde, a assistência à mulher em situação de violência sexual, em qualquer idade, deve ser prestada por equipe multidisciplinar, treinada para este acolhimento, sem qualquer tipo de discriminação, respeitando o direito constitucional de acesso universal à saúde. A estruturação dessa assistência deve ser norteadas pelas evidências científicas atuais, pelos estudos epidemiológicos e tecnologia adequada. Deve ser assegurada cada etapa do atendimento, desde as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais danos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher (ROSAS, 2012).

### 3. JUSTIFICATIVA

A violência sexual contra mulheres é um problema de saúde pública, com prevalência desconhecida ou subestimada na maioria dos estados brasileiros e no mundo por encontrar-se escondida na aceitação do comportamento machista, em uma sociedade patriarcal que tem dificuldade em reconhecer a prática da violência sexual contra mulheres como um crime e uma violação dos direitos humanos.

A produção científica disponível é voltada principalmente para caracterização do perfil das vítimas, do local da ocorrência da agressão, do ato violento e do agressor. Demonstrando a vulnerabilidade do gênero feminino que tem como seu principal agressor seu parceiro íntimo ou conhecido, sendo vítima de VS na sua própria residência. Estes achados fortalecem a necessidade de combate à violência sexual contra mulheres como forma de prevenir as sequelas decorrentes desta agressão; como humor depressivo, aborto inseguro e a tentativa de suicídio; e as investidas fatais praticada pelos seus agressores.

A região norte do país, em especial o estado do Acre, encontra uma escassez de estudos científicos que abordem a temática da VS contra mulheres e suas sequelas, tornando importante este trabalho à medida que o conhecimento desta problemática através de um estudo observacional, descrito, possibilitará aos órgãos responsáveis elaborar estratégias de enfrentamento e melhoria dos serviços de saúde.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar as mulheres vítimas de violência sexual notificadas pelos serviços de saúde no município de Rio Branco – Acre, no período de 2011 a 2016.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Caracterizar o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de Violência Sexual notificadas nos serviços de saúde no município de Rio Branco.
- ✓ Descrever as características do ato violento;
- ✓ Caracterizar o perfil do agressor;
- ✓ Entender a gravidez decorrente de Violência Sexual em população vulnerável;
- ✓ Verificar os encaminhamentos referentes às vítimas de Violência Sexual.

## 5. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional do tipo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa, que analisou o perfil da VS contra mulheres notificadas nos serviços de saúde, no período de 2011 a 2016, no município de Rio Branco – Acre.

O Estado do Acre é localizado na região da Amazônia Ocidental, região Norte do Brasil, sendo o Estado mais a oeste do país, na fronteira com o Peru e a Bolívia. Possui uma população de 829.619 habitantes e um território de 164.123,737 km<sup>2</sup>, havendo uma densidade demográfica de 4,47 hab/km<sup>2</sup>. A capital Rio Branco é localizada na porção leste do Estado, possuindo área territorial de 8.835,520 km<sup>2</sup>, sua população foi estimada no censo de 2010 em 336.038 habitantes e, destes, 172.446 são mulheres (IBGE, 2016).

No ano de 2006, seguindo as recomendações determinadas pelas portarias do MS para implementação do instrumento de notificação, a FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, e para criação de serviços de referência para atendimentos às vítimas de VS, o município de Rio Branco capacitou os serviços de vigilância de saúde para iniciarem as notificações que alimentam a base de dados do SINAN e tornou a Maternidade Bárbara Heliadora (MBH) a unidade de referência para atendimento às mulheres vítimas de VS.

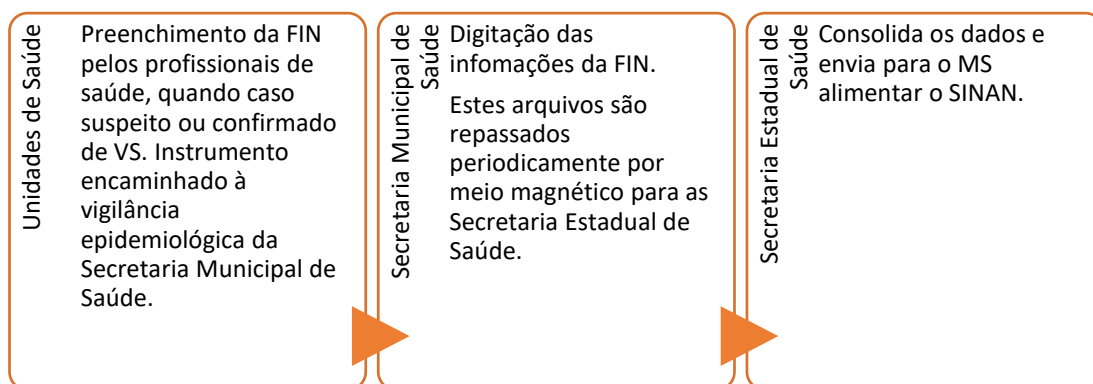
Apesar de Rio Branco contar com duas maternidades para atendimento da população feminina, a única que tem natureza jurídica de administração pública na sua totalidade é a MBH. Esta unidade oferta às mulheres vítimas de VS serviços médico, ginecológico e obstétrico, de urgência e emergência e multiprofissional, além de contar com equipe capacitada para realizar os encaminhamentos necessários na rede de apoio. Por receber os casos referenciados das mais diversas esferas sociais, a MBH se tornou a principal fonte de notificação do município e do estado e única, até esta data, cadastrada para procedimento de interrupção legal da gestação.

Dentro da maternidade, o serviço de vigilância epidemiológica é atuante na notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de VS em crianças e adolescentes, particularmente das gestantes com idade menor ou igual a 14 anos, que são assistidas para pré-natal, parto ou abortamento, que caracterizam o crime de estupro de vulnerável, em conformidade com a Lei 12.015/09, Código Penal Brasileiro.

No ano de 2011, a MBH inaugurou o Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – SAVV, o qual oferece serviço ambulatorial para acompanhamento das vítimas, incluindo a assistência médica e multiprofissional. Em seguida, a figura 1 mostra o fluxo de



funcionamento da notificação do município através da FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.



**Figura 1** – Fluxo de funcionamento da notificação do município através da FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências.

O estudo utilizou como fonte a base de dados secundários do SINAN, referentes ao município de Rio Branco, gerada através da FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências. O acesso aos dados para coleta e análise foi autorizado pela a Divisão de Vigilância Ambiental e Controle de Endemias da Secretaria de Saúde do Estado do Acre (SESACRE) e pelo Departamento de Gestão de Pessoas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), após parecer favorável ao projeto emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas do Acre – HCA/FUNDHACRE.

Foram selecionados todos os casos com registro da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no SINAN com o código genérico Y09 – agressões por meio não especificado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) -10 e selecionados pelo sexo feminino. A partir daí utilizou-se como critérios de inclusão dos casos a confirmação do preenchimento do campo “violência sexual” e a idade da vítima igual ou maior a 10 anos. Os critérios de exclusão foram a idade menor que 10 anos e o sexo masculino. Após a exclusão, não houve nenhum caso com incompletude dos dados, ou seja, que todos os campos estivessem sem informação.

Portanto, a população de estudo para caracterização epidemiológica foi constituída por casos suspeitos ou confirmados de VS, do sexo feminino, com idade igual ou maior de 10 anos, notificadas nas unidades de saúde no município de Rio Branco, no período de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2016.

As variáveis utilizadas neste estudo foram as contidas na FIN, categorizadas em: **variáveis em relação à vítima**: cor da pele (branca, parda, preta, amarela/indígena); escolaridade em anos de estudos (0-4, 5-8, 9-11, 12 ou mais); ocupação (estudante, empregada

[todas as ocupações], outros [aposentada, desempregada, dona de casa]); estado civil (solteira, casada/união estável, separada/viúva); **variáveis em relação ao agressor e a agressão**: sexo (masculino, feminino, ambos os sexos); número de envolvidos (um, dois ou mais); vínculo/grau de parentesco com a mulher agredida (parceiro íntimo [cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado], conhecido [conhecido/amigo], familiar [pai, mãe, padrasto, filho, irmão, cunhado, sogro], desconhecido, outro [cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei, outros]); consumo de álcool (sim ou não) e variáveis em relação ao ato violento: local (residência, via pública, outros); turno de ocorrência (manhã: 06:00 às 11:59, tarde: 12:00 às 17:59, noite: 18:00 às 23:59, madrugada: 00:00 às 05:59); tipo de penetração sofrida (vaginal, anal, oral, mais de um tipo de penetração, sem penetração); consequências (IST, gravidez, tentativa de suicídio); lesões físicas sofridas (com lesão, sem lesão); violência de repetição (sim, não).

Para a análise descritiva foram adaptadas duas variáveis dependentes. A primeira foi a faixa etária, que categorizou as mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e dos 20 anos a 69 anos. A segunda categorização foi escolhida após a constatação de um número considerável de gestantes nas faixas etárias 10 a 14 anos, que configuram a notificação compulsória do estupro de vulnerável. Partindo da hipótese de que estas mulheres tiveram uma motivação diferente das demais ao procurar o serviço de saúde, optou-se por uma análise em separado. Foi então criada uma variável dicotômica separando dois grupos: gestante com até 14 anos e demais gestantes.

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa *SPSS (Statistical Package for Social Science)* versão 20. As variáveis categóricas foram analisadas com distribuições de frequências absoluta (n) e relativa (%) e as variáveis contínuas foram analisadas por meio das medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão). As diferenças estatísticas entre os grupos foram verificadas por meio do teste Qui-quadrado, com p-valor < 0,05 considerado estatisticamente significativo.

Os resultados encontrados por este estudo objetivam compor um artigo que será denominado: “CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE”.

O presente estudo respeita os princípios éticos de pesquisa com seres humanos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCA/FUNDHACRE sob o parecer nº 2.127.216.

## 6. RESULTADOS

Conforme os dados do SINAN analisados por este estudo, referentes ao município de Rio Branco-Acre, no período de 2011 a 2016, foram preenchidas 3.358 FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, destes 1.648 casos corresponderam a VS contra mulheres com idade igual ou maior a 10 anos. A MBH foi responsável pela notificação de 1.529 casos, portanto, 92,8% das notificações do município. O hospital Santa Juliana foi a segunda unidade notificadora, registrando apenas 69 casos. Para o presente estudo foram analisados os 1.648 casos que atenderam os critérios de inclusão, não havendo nenhuma exclusão por incompletude.

A primeira análise realizada foi quanto ao comportamento das notificações por ano de estudo, demonstrada na **Tabela 1**. Observa-se que os anos de 2012 e 2013 apresentaram o maior número de notificações e em 2016 foi registrado o menor quantitativo.

**Tabela 1** - Número de casos notificados por ano referente à violência sexual contra mulheres, no município de Rio Branco – Acre, período de 2011 a 2016.

Variável	N	%
Ano de notificação		
2011	259	15,7
2012	308	18,7
2013	317	19,2
2014	244	14,8
2015	281	17,1
2016	239	14,5
Total	1648	100

A **Tabela 2** descreve o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência sexual no município de Rio Branco, entre 2011 a 2016, onde a média de idade das mulheres elegíveis foi de 15,56 anos, mediana de 16 anos, idade mínima de 10 e máxima de 65 anos de idade. Em relação a distribuição de frequências, a maior proporção das mulheres possuía entre 10 a 14 anos (70,8%), eram solteiras (68,5%), pardas (84,0%), apresentavam entre 5 a 8 anos de estudo (60,3%), estavam grávidas (51,8%), não apresentavam deficiência ou transtorno (95,3%) e moravam em Rio Branco (73,4%). Quanto às características da ocorrência da violência, a residência foi o principal local (84,5%), o principal turno de ocorrência foi o período da noite, considerada entre 18:01|--24:00 (53,1%) e mais de uma vez (66,0%), não associada a outra violência (73,2%). Quanto ao ato violento e agressor, na maior proporção dos casos foi referida penetração vaginal (85,7%), com apenas um agressor envolvido (94,0%), sendo este em sua

maioria do sexo masculino (97,7%), sem suspeita quanto ao consumo de álcool (73,7%); e o vínculo relatado com a vítima foi principalmente o parceiro íntimo (53,7%).

**Tabela 2** - Distribuição de frequências nas variáveis estudadas, referentes a vítima, tipo de agressão e do agressor, no período 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>(continua)</b>		
<b>Faixa etária</b>		
10 a 14 anos	1166	70,8
15 a 19 anos	268	16,2
20 anos ou mais	214	13,0
Total	1648	100,0
<b>Situação conjugal</b>		
Solteira	1061	68,5
Casada/União estável	473	30,6
Separada/viúva	14	0,9
Total	1548	100,0
<b>Raça</b>		
Branca	157	9,6
Preta	76	4,6
Parda	1376	84,0
Amarela/Indígena	30	1,8
Total	1639	100,0
<b>Escolaridade</b>		
Até 4 anos de estudo	262	16,6
5 a 8 anos de estudo	955	60,3
9 a 11 anos de estudo	321	20,3
12 anos ou mais de estudo	45	2,8
Total	1583	100
<b>Gestante</b>		
Sim	771	51,8
Não	717	48,2
Total	1488	100
<b>Presença de deficiência ou transtorno</b>		
Sim	76	4,7
Não	1554	95,3
Total	1630	100
<b>Município de ocorrência</b>		
Rio Branco	1147	73,4

(continuação)

Outros	416	26,6
Total	1563	100
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	1350	84,5
Via pública	101	6,3
Habitação coletiva	27	1,7
Escola	10	0,6
Comércio/serviços	8	0,5
Indústrias/construção	7	0,4
Bar ou similar	4	0,3
Local de prática esportiva	2	0,1
Outro / motel	88	5,5
Total	1597	100
<b>Hora de ocorrência</b>		
00:01 -- 06:00	141	11,6
06:01 --12:00	189	15,6
12:01 --18:00	239	19,7
18:01 --24:00	645	53,1
Total	1214	100
<b>Ocorreu outras vezes</b>		
Sim	1049	66,0
Não	541	34,0
Total	1590	100,0
<b>Violência associada</b>		
Não	1200	73,2
Ameaça	26	1,6
Força corporal	63	3,8
Arma branca	14	0,9
Enforcamento	4	0,2
Arma de fogo	112	6,8
Lesão por objeto contudo	1	0,1
Queimadura	1	0,1
Mais de um tipo	204	12,4
Outros	14	0,9
Total	1639	100
<b>Tipo de penetração</b>		
Sem penetração	31	2,8
Oral	10	0,9
Anal	12	1,1

			(continuação)	
Vaginal	949			85,7
Mais de um tipo	105			9,5
Total	1107			100
<b>Número de envolvidos</b>				
Um	1538			94,0
Dois ou mais	99			6,0
Total	1637			100
<b>Sexo do provável agressor</b>				
Masculino	1606			97,7
Feminino	29			1,8
Ambos os sexos	9			0,5
Total	1644			100,0
<b>Suspeita do uso de álcool</b>				
Sim	415			26,3
Não	1164			73,7
Total	1579			100,0
<b>Vínculo com a vítima</b>				
Parceiro íntimo	874			53,7
Conhecido	315			19,3
Familiar	103			6,3
Desconhecido	266			16,3
Outros	71			4,4
Total	1629			100,0

(conclusão)

A **Tabela 3** retrata o perfil das vítimas de VS segundo características sociodemográficas de acordo com a faixa etária. Houve predomínio de mulheres na faixa etária de 10 a 14 anos, que se declararam pardas, com escolaridade entre 5 e 8 anos de estudo e situação conjugal solteira, apresentando variação estatística significativa entre as faixas etárias.

**Tabela 3** – Características das mulheres vítimas de violência sexual, por faixa etária, conforme características sociodemográficas, notificadas no período de 2011 a 2016, em Rio Branco, Acre.

(continua)

Característica	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 ou mais		Valor de p
	N	%	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Cor da pele</b>									
Branca	157	9,6	85	7,3	36	13,5	36	17,0	0,000*

Negra	76	4,6	53	4,6	12	4,5	11	5,2		(continuação)
Parda	1376	83,6	996	85,9	217	81,3	163	76,9		
Amarela	5	0,3	3	0,3	0	0	2	0,9		
Indígena	25	1,5	23	2,0	2	0,7	0	0,0		
<b>Escolaridade</b>										
0-4	262	16,6	204	18,2	21	8,1	37	18,1	0,000*	
5-8	955	60,3	788	70,4	121	46,7	46	22,5		
9-11	321	20,3	128	11,4	104	40,2	89	43,6		
12 ou mais	45	2,8	0	0,0	13	5,0	32	15,7		
<b>Ocupação</b>										
Estudante	665	66,0	495	71,3	141	74,2	29	23,4	0,000*	
Empregada	22	2,2	0	0,0	5	2,6	17	13,7		
Outros	321	31,8	199	28,7	44	23,2	78	62,9		
<b>Situação Conjugal</b>										
Solteira	1061	68,5	727	67,6	206	78,3	128	61,2	0,000*	
Casada/União estável	473	30,6	346	32,2	57	21,7	70	33,5		
Separada	9	0,6	2	0,1	0	0,0	7	3,4		
Viúva	5	0,3	1	0,1	0	0,0	4	1,9		
<b>(conclusão)</b>										

Valores ignorados ou em branco: Raça: 0,9%; Escolaridade: 1,9%; Ocupação: 19,1%; Situação conjugal: 1,1%.

\* P-valor <0,05 indicando diferença estatística significante pelo teste qui-quadrado

A **Tabela 4** apresenta as características do ato violento e do agressor conforme a faixa etária da vítima. Independentemente da idade, a residência foi o local de ocorrência mais notificado. A noite foi o principal turno de ocorrência, exceto entre as mulheres com 20 anos ou mais, onde a maior ocorrência ocorreu durante a madrugada. A violência foi causada predominantemente pelo parceiro íntimo entre as mais jovens e por desconhecido entre mulheres com 20 anos ou mais. O ato violento foi praticado por apenas um agressor, mais de uma vez entre jovens com menor idade e sem história de uso de álcool pelo agressor. O principal tipo de penetração sofrida foi a vaginal, sem ocorrência de lesões físicas, independentemente da faixa etária; contudo, esta última esteve associada à agressão sexual em 18,2% dos casos sendo mais frequente em mulheres de 20 anos ou mais. A gravidez foi a principal consequência entre as mais jovens, enquanto para as demais faixas etárias, não houveram consequências registradas.

**Tabela 4** - Características da violência sexual, segundo a agressão e o agressor, nas diferentes faixas etárias de mulheres notificadas no período de 2011 a 2016, em rio Branco, Acre.

(continua)

Característica	Total		10 a 14 anos		15 a 19 anos		20 ou mais		Valor de p
	N	%	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
<b>Local da Ocorrência</b>									
Residência	1350	84,5	1037	91,4	185	72,8	128	61,2	0,000*
Via Pública	101	6,3	29	2,6	28	11,0	44	21,1	
Outro	146	9,1	68	6,0	41	16,1	37	17,7	
<b>Turno da ocorrência</b>									
Noite	645	53,1	494	60,4	91	45,0	60	30,9	0,000*
Tarde	239	19,7	161	19,7	48	23,8	30	15,5	
Manhã	189	15,6	125	15,3	28	13,9	36	18,6	
Madrugada	141	11,6	38	4,6	35	17,3	68	35,1	
<b>Vínculo com o agressor</b>									
Parceiro íntimo	874	53,7	761	66,1	91	34,3	22	10,4	0,000*
Conhecido	315	19,3	198	17,2	61	23,0	56	26,4	
Familiar	103	6,3	80	6,9	19	7,2	4	1,9	
Desconhecido	266	16,3	60	5,2	82	30,9	124	58,5	
Outros	71	4,4	53	4,6	12	4,5	6	2,8	
<b>Número de envolvidos</b>									
Um	1538	94,0	1120	96,5	240	90,2	178	84,8	0,000*
Dois ou mais	99	6,0	41	3,5	26	9,8	32	15,2	
<b>Violência de repetição</b>									
Sim	1049	66,0	862	76,8	128	49,2	59	28,5	0,000*
Não	541	34,0	261	23,2	132	50,8	148	71,5	
<b>Uso de álcool</b>									
Sim	415	26,3	209	18,5	80	31,7	126	63,0	0,000*
Não	1164	73,7	918	81,5	172	68,3	74	37,0	
<b>Tipo de penetração</b>									
Sem penetração	31	2,8	25	3,3	2	1,0	4	2,7	0,000*
Vaginal	949	85,7	675	89,5	177	86,8	97	65,1	



									(continuação)
Anal	12	1,1	5	0,7	3	1,5	4	2,7	
Oral	10	0,9	3	0,4	3	1,5	4	2,7	
Mais de um tipo	105	9,5	46	6,1	19	9,2	40	26,8	
<b>Lesões físicas</b>									
Sim	200	18,2	107	14,2	39	18,9	54	38,0	0,000*
Não	900	81,8	645	85,8	167	81,1	88	62,0	
<b>Consequências</b>									
Nenhuma	481	43,1	243	31,9	117	56,8	121	81,2	0,000*
DST	19	1,7	13	1,7	4	1,9	2	1,3	
Gravidez	607	54,3	499	65,5	84	40,8	24	16,1	
Suicídio	2	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,7	
Duas ou mais	8	0,7	6	0,8	1	0,5	1	0,7	

(conclusão)

Valores ignorados ou em branco: Local da ocorrência: 1,5%; Turno da ocorrência: 12,9%; Tipo de penetração: 16,1%; Violência de repetição: 1,7%; Consequência da violência: 15,8%; Lesão física associada: 16,3%; Número de envolvidos: 0,3%; Vínculo com o agressor: 0,6%; Uso de álcool pelo agressor: 2,1%

\* P-valor <0,05 indicando diferença estatística significante pelo teste Qui-quadrado.

Em relação às vítimas gestantes no momento da notificação da VS, independentemente da faixa etária, a maior proporção de casos eram mulheres solteiras, sendo a residência o principal local de ocorrência da violência, predominantemente no turno da noite, tendo como principal agressor o parceiro íntimo. A violência foi registrada como sendo de repetição, com maior ocorrência de penetração vaginal, não associada a lesão física e tendo a gravidez como principal consequência (**Tabela 5**).

**Tabela 5** - Características das mulheres gestantes, vítimas de violência sexual, segundo a agressão sofrida e o agressor, para os estratos gestantes de até 14 anos e demais gestantes, notificadas no período de 2011 a 2016, em rio Branco, Acre.

(continua)

Característica	Gestantes entre 10 - 14 anos		Gestantes 15 anos ou mais		Valor de p
	N	(%)	N	(%)	
<b>Situação conjugal</b>					
Solteira	368	58,5	79	64,2	0,636
Casada/união estável	259	41,2	44	35,8	
Separada	1	0,2	0	0,0	
Viúva	1	0,2	0	0,0	
<b>Local da ocorrência</b>					

Residência	596	94,8	102	85,7	0,000*
Via publica	6	1,0	7	5,9	
Outros	27	4,3	10	8,4	
<b>Turno da ocorrência</b>					
Noite	302	70,1	44	52,4	0,000*
Tarde	70	16,2	18	21,4	
Manhã	54	12,5	15	17,9	
Madrugada	5	1,2	7	8,3	
<b>Vínculo com agressor</b>					
Parceiro íntimo	556	87,0	75	60,5	0,000*
Conhecido	61	9,5	14	11,3	
Familiar	8	1,3	2	1,6	
Desconhecido	7	1,1	29	23,4	
Outros	7	1,1	4	3,2	
<b>Violência de repetição</b>					
Sim	523	83,4	77	63,6	0,000*
Não	104	16,6	44	36,4	
<b>Tipo de penetração</b>					
Sem penetração	2	0,5	0	0,0	0,001*
Vaginal	421	98,4	95	92,3	
Anal	1	0,2	2	1,9	
Mais de um tipo	4	0,9	6	5,8	
<b>Lesão física</b>					
Sim	55	12,9	11	10,6	0,518
Não	371	87,1	93	89,4	
<b>Consequência</b>					
Nenhuma	23	5,4	12	11,7	0,069
Gravidez	402	93,7	89	86,4	
Suicídio	1	0,2	0	0,0	
Duas ou mais	3	0,7	2	1,9	

**(conclusão)**

Valores ignorados ou em branco: Situação conjugal: 1,1%; Local da ocorrência: 1,5%; Turno da ocorrência: 12,9%; Tipo de penetração: 16,1%; Violência de repetição: 1,7%; Consequência da violência: 15,8%; Lesão física associada: 16,3%; Número de envolvidos: 0,3%; Vínculo com o agressor: 0,6%; Uso de álcool pelo agressor: 2,1%  
\* P-valor <0,05 indicando diferença estatística significativa pelo teste Qui-quadrado.

Em relação aos encaminhamentos entre gestantes com idade inferior a 15 anos, apenas 0,5% receberam condutas para profilaxia de DST, nenhuma gestante passou por procedimento de coleta de sêmen para pesquisa de DNA ou conduta contraceptiva de emergência, 30,9% foram encaminhadas para o conselho tutelar, apenas 2,4% foi encaminhada à delegacia de proteção à criança e ao adolescente e 84,2% foram encaminhadas para atenção básica (**Tabela 6**).

**Tabela 6** - Características dos encaminhamentos para os estratos gestantes de até 14 anos e demais mulheres gestantes, notificadas por violência sexual, no período de 2011 a 2016, em rio Branco, Acre.

Característica	Gestantes entre 10 e 14 anos		Gestantes 15 anos ou mais		Valor de p*
	N	%	N	(%)	
<b>Profilaxia DST</b>					
Sim	3	0,5	9	7,3	0,000*
Não	637	99,5	115	92,7	
<b>Coleta de sêmen</b>					
Sim	0	0,0	1	0,8	0,023*
Não	640	100,0	123	99,2	
<b>Contracepção de emergência</b>					
Sim	0	0,0	4	3,2	0,001*
Não	637	100,0	120	96,8	
<b>Procedimento para aborto legal</b>					
Sim	4	0,6	5	4,1	0,007*
Não	633	99,4	116	95,9	
<b>Encaminhamento delegacia da mulher</b>					
Sim	34	8,0	24	23,3	0,000*
Não	390	92,0	79	76,7	
<b>Encaminhamento conselho tutelar</b>					
Sim	123	30,9	20	19,6	0,024*
Não	275	69,1	82	80,4	
<b>Encaminhamento delegacia de proteção à criança</b>					
Sim	10	2,4	1	1,0	0,700
Não	415	97,6	102	99,0	
<b>Encaminhamento setor de saúde</b>					
Atenção básica	320	84,2	72	75,8	0,053
Internação	60	15,8	23	24,2	

Valores ausentes ou ignorados: Profilaxia DST: 0,7%; Coleta de sêmen: 0,6%; Contracepção de emergência: 0,9%; Procedimento para aborto legal: 1,1%; Encaminhamento delegacia da mulher: 16,2%; Encaminhamento conselho tutelar: 17,1%; Encaminhamento delegacia da criança: 15,9%; Encaminhamento setor de saúde: 16,2%.

\* P-valor <0,05 indicando diferença estatística significativa pelo teste Qui-quadrado.

## 7. DISCUSSÃO

Avaliando a distribuição das notificações de VS contra mulheres do município de Rio Branco por ano do estudo, observa-se uma maior concentração de casos em 2012 (18,7%) e 2013 (19,2%). Estes períodos foram citados no estudo de Moreira e colaboradores (2015) que analisou a distribuição da taxa de notificações do SINAN (por 100 mil mulheres) de todo o país por unidade da federação, no período de 2009-2013, constatando que o estado do Acre apresentou as maiores taxas de registro do país nos anos de 2011 (33,4); 2012 (54,5) e 2013 (70,9) em comparação aos demais estados (MOREIRA et al., 2015). Considerando que neste estudo, a MBH foi responsável por 92,8% das notificações do município e, por conseguinte, do estado, pode-se atribuir este achado ao avanço da estruturação do serviço especializado de atendimento às vítimas. Apesar da implantação da FIN de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais, na MBH, ter ocorrido desde 2006, o serviço percorreu várias etapas até sua consolidação, com a construção de uma equipe multidisciplinar voltada à assistência às mulheres vítimas de VS em 2007, elaboração de protocolo clínico e fluxos de atendimento em 2008 e, aquisição de um espaço físico para atendimento ambulatorial em 2010. O ano de 2011 foi marcado por treinamentos, reuniões e debates locais sobre o tema, somado a motivação gerada pela publicação da portaria nº 104 que determinou a notificação compulsória do agravo de VS (BRASIL, 2011a; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE, 2012). O maior número de notificações nos anos de 2012 e 2013, portanto, refletem todos esses acontecimentos que contribuíram positivamente para o incremento dos registros na MBH.

As vítimas de VS notificadas no período se caracterizam por serem mulheres jovens, na faixa etária de 10 a 14 anos, de raça/cor parda, solteiras e, em sua maioria, com grau de escolaridade compatível com a idade. Este é o perfil encontrado em outros estudos que reforçam a vulnerabilidade da população jovem feminina a VS (JUSTINO et al., 2015; KIDMAN; PALERMO, 2016; MOREIRA et al., 2015; SOUTO et al., 2017). Mendes e colaboradores, em 2016, em estudo realizado em Tocantins, no município de Porto Nacional, também evidenciaram maior ocorrência de VS em faixas etárias jovens, incluindo crianças e adolescentes (32%) quando comparadas a faixas etárias mais altas (7%) (MENDES; DAMASCENO, 2016).

Apesar do resultado encontrado no presente estudo estar em consonância com os trabalhos citados, vale a pena ressaltar as características gerais da população do município de Rio Branco, que colaboram com a construção deste perfil. Destaca-se no Censo 2010 a composição etária predominantemente de jovem, com 29,20% da população com idade menor que 15 anos, com

escolaridade por anos de estudo para a população geral equivalente a 9,72 anos, sendo esta de menor expectativa para mais da metade da população feminina jovem, a qual alcança 5 a 8 anos de estudo. Quanto a vulnerabilidade social, o percentual de mulheres 10 a 17 anos que tiveram filhos foi de 4,13%. No que se refere à ocupação, apenas 29,2% da população geral encontra-se ocupada (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2013).

Ao analisar o local de ocorrência da VS, esta ocorreu principalmente na residência da vítima para todas as faixas etárias e no horário noturno, resultado encontrado também por Moreira e colaboradores (2015). Silva colaboradores (2013) em um estudo desenvolvido em Recife, Pernambuco, identificou resultados semelhantes com predomínio de mulheres vítimas de VS na faixa etária de 10-19 anos (43%), de cor parda, baixa escolaridade, e sendo a residência o local mais comum da ocorrência.

Conforme estudos realizados, há associação da VS com outras violências quando ela acontece na residência da vítima, principalmente com a violência física e a psicológica, construindo um cenário de abuso sexual intrafamiliar e de violência doméstica, o qual é marcado pela dependência da vítima com o agressor seja através da autoridade exercida ou por questões financeiras, além da submissão a uma violência de repetição, tornando difícil a libertação através da denúncia, se consolidando como um problema invisível, acobertada pelo silêncio e medo (PERU, 2012; SILVA et al., 2013). Entretanto, destaca-se no trabalho, a baixa referência à presença da violência física associada à VS em todas as faixas etárias, esta situação pode ser entendida pelo fato da autoridade exercida pelo agressor ser o suficiente para intimidar a vítima, a falta de interação da vítima com o profissional de saúde, a ponto de não sentir aproximação capaz de favorecer a revelação de todos os fatos ocorridos ou, ainda, a falha na coleta da informação por despreparo da equipe (MOCHNACZ, 2009).

No presente estudo, prevaleceu o agressor único, sendo principalmente o parceiro íntimo. Apesar da associação estatisticamente significativa do agressor como parceiro íntimo, observa-se a mudança da relação do agressor com a vítima na faixa etária de 20 ou mais anos. Em pesquisas nacionais e internacionais a relação do agressor com a vítima varia com a faixa etária sendo as crianças vítimas, principalmente, de seus familiares, as adolescentes de seus namorados, parceiros ou ex-namorados e ex-parceiros e mulheres adultas sofrendo VS por desconhecidos (CERQUEIRA; COELHO, 2014b; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017; SHAMU et al., 2018).

Prosseguindo na análise do vínculo do agressor com a vítima, para faixa etária de 10 a 14 anos, o parceiro íntimo é o principal agressor, esta afirmação diverge dos achados de Martins e colaboradores (2010) que estudaram a população de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos, do

município de Londrina, Paraná, e identificaram que os agressores na maioria das vezes eram membros da família, pai (7%), padrasto (30,1%), outros parentes (21,5%) e, em menor proporção, o desconhecido (3,8%). Quando esta população foi dividida por faixa etária, Martins e colaboradores sequer citaram o parceiro íntimo como agressor das meninas entre 10 a 14 anos. (MARTINS; JORGE, 2010).

De forma semelhante, o agressor que predominou nas mulheres de 15 a 19 anos foi o parceiro íntimo. Ainda que as mulheres adultas com 20 ou mais tenham sofrido VS, na maior parte das vezes, por agressor desconhecido, chama atenção ser o local da agressão mais frequente a residência, este também foi um achado do trabalho de Nunes e colaboradores (2017), mas não se confirma em outros estudos nos quais a VS por desconhecido acontece principalmente na via pública (FACURI et al., 2013; NUNES; LIMA; MORAIS, 2017). Pode-se justificar este resultado através do reconhecimento das condições de moradia dessas pessoas, geralmente residentes em habitações populares, onde há proximidade entre as casas e mínimos requisitos de segurança facilitando a invasão por estranhos, muitas vezes embriagados (63 %), para fins de violência.

O tipo de VS mais notificado foi o estupro seguido por conjunção carnal, ocorrendo em 85,7% dos casos registrados. Este aspecto pode ser sustentado pela argumentação de alguns autores que defendem a premissa de que apenas os casos com impacto imediato à saúde tendem a ser notificados pelo setor, ocorrendo a subnotificação das outras formas de VS, como os casos de assédio, exploração de menor e tráfico de pessoas para fins sexuais, por exemplo (SANTOS, 2009). Estes crimes foram estudados por Leal e colaboradores (2005) que encontraram nas regiões Norte e Nordeste o maior número de rotas de tráfico de mulheres e adolescentes, em âmbito nacional e internacional, sendo que o tráfico para fins sexuais ocorre principalmente nas idades entre 15 e 25 anos (LEAL, 2005).

Devido à escassez de estudos que abordem esta temática na região norte e no estado do Acre e, na tentativa comparar diferentes fontes de notificação e sistemas, buscou-se informações do setor policial quanto aos registros de crime de VS contra mulheres no município de Rio Branco. Entretanto, a DEAM não pôde fornecer os dados, pois todas as informações digitalizadas até o ano de 2016 foram perdidas devido à mudança do sistema eletrônico, sendo possível apenas conhecer o número de inquéritos policiais instaurados, os quais corresponderam a 275 inquéritos. Foi proposto recorrer ao Instituto Médico Legal (IML), já que a denúncia de VS incorre em submeter a vítima a perícia, o qual informou que realizou 2.204 perícias médicas em mulheres suspeitas de VS, no mesmo período do estudo, porém esta população não é composta exclusivamente do município de Rio Branco, mas também por

idades vizinhas, não possibilitando estimar a subnotificação entre os setores policial e de saúde. Conforme estudo publicado pelo instituto IPEA (2011), apenas 23% das ocorrências policiais de VS chegam a ser registradas pelo setor de saúde (CERQUEIRA; COELHO, 2014b).

Destaca-se na faixa etária de maior proporção de casos do estudo, as meninas de 10 a 14 anos, o parceiro íntimo como principal agressor (66,1 %), a violência de repetição (76,8%) e a gestação como consequência da VS (65,5 %). A elevada proporção de meninas grávidas encontrada poderia ser justificada pelo fato da principal unidade notificadora ser uma maternidade que atua na notificação compulsória da população vulnerável e no cumprimento das determinações previstas no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). A VE ao identificar gestantes, parturientes ou puérperas nas dependências da instituição, na faixa etária determinada por lei, registra o caso e encaminha.

Como a principal consequência da VS foi a gestação predominantemente na faixa etária de 10 a 14 anos, optou-se por estudo comparativo entre os grupos de gestantes de 10 a 14 anos e as demais gestantes. O vínculo do agressor como parceiro íntimo chega a 87 % no grupo das gestantes de 10 a 14 anos, ocorrendo a violência de repetição, na residência da vítima, entretanto, não há predomínio da associação da VS com outras violências, como a física (12,9%), por exemplo. Os estudos mostram que a violência pelo parceiro íntimo é marcada pela violência física, psicológica e a relação sexual forçada no casamento, essa associação não foi encontrada no grupo de gestantes (GUEDES et al., 2016; MOCHNACZ, 2009).

Esse perfil das gestantes de 10 a 14 anos sugere que o grupo se caracteriza pela constituição do casamento infantil. Corrobora esta suspeição o fato de 41,2% das gestantes deste grupo terem informado o estado civil de casadas ou em união estável. No Brasil, a lei autoriza o casamento de jovens após os 18 anos de idade completos, mas, caso haja consentimento dos pais ou responsáveis, é concedida a permissão para a união a partir dos 16 anos. Nas mulheres menores de 16 anos, o código civil (art. 1517) prevê o casamento destas adolescentes a fim de “evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez”, portanto, se o agressor consumir o casamento através da aceitação dos responsáveis, não sofrerá pena (BRASIL, 2002). Atualmente, há um projeto no congresso nacional de modificação deste artigo visando proibir menores de 16 anos a estabelecerem união civil (BRASIL, 2017b). O fato é que o país tem o maior número de casos de casamento infantil da América Latina e o quarto no mundo. Segundo relatório do Banco Mundial a maioria das economias do mundo permitem o casamento de meninas apenas após os 18 anos e, uma parcela destas nações, só autoriza a união através do consentimento parental e do estado. O casamento antes desta idade traz consequências importantes como o abandono escolar, dependência

financeira, gravidez na adolescência e favorece uma condição de suscetibilidade à violência doméstica e ao estupro marital (GRUPO BANCO MUNDIAL, 2015).

Ao compararmos os extremos do Brasil, o presente estudo realizado na região Norte com o trabalho de Delzivo e colaboradores (2017), em Santa Catarina, que analisou a VS contra mulheres de 10 anos ou mais, no período de 2008 a 2013, observamos algumas disparidades como predomínio de mulheres brancas, achado esperado devido às características da população do estado e, maior frequência de casos na faixa etária entre 15 a 19 anos (83,7%). Ainda, na análise por faixa etária, ao comparar as meninas de 10 a 14 anos das diferentes regiões, observa-se que em Rio Branco a maioria das adolescentes eram solteiras, vítimas de violência de repetição que ocorre na residência, praticada pelo parceiro íntimo, com elevadas taxas de gravidez, em Santa Catarina somente 1,5% das meninas se declararam casadas, a VS também ocorreu mais comumente na residência da vítima e de forma repetida, porém predomina o agressor desconhecido (32,9%) aparecendo o parceiro íntimo em apenas 14,3% e a frequência de gestação decorrente de estupro é de 8,5%.

Outro resultado que caracteriza a aceitação social e familiar em gestantes de 14 anos ou menos é que quase a totalidade das gestantes não recebeu profilaxia para IST's (99,5%), nenhuma recebeu a contracepção de emergência, e apenas 0,6% procurou o serviço para abortamento legal. Isto demonstra que a motivação para procurar o serviço de saúde foi uma intercorrência na gestação ou para assistência ao parto, quando é então notificada a VS. Estes dados também levam a refletir sobre o papel dos agentes de saúde ao identificarem a gestação suspeita de abuso, demonstrando que as adolescentes gestantes não são vistas pela equipe como vítimas que necessitem de acompanhamento multidisciplinar voltado à prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da VS. Essa afirmação pode ser sustentada por um estudo realizado com profissionais de saúde nas unidades de Saúde da Família em um município de Pernambuco, que buscou avaliar os encaminhamentos e notificações de gestantes adolescentes suspeitas de violência e observou que apenas 34,8 % dos profissionais que identificaram casos suspeitos notificaram os órgãos responsáveis. A ausência de notificação foi justificada pelo medo de represália por parte do agressor, respeito a “regras de convivência” estabelecidas pela sociedade local, muitas vezes comunidades violentas, e o não entendimento da obrigatoriedade da saúde com a notificação (OLIVEIRA et al., 2012).

Souto e colaboradores (2017) fortalecem esta discussão ao confirmar na avaliação das características de todas as meninas gestantes de até 13 anos, notificadas por estupro no Brasil no SINAN, entre o período de 2011 a 2015, que a maioria das meninas tem como provável agressor o parceiro ou ex-parceiro íntimo (51,6%), predominando o local de ocorrência a



residência (69,3%), a violência de repetição (58,2%), e receberam uma baixa cobertura de procedimentos profiláticos para IST's e contracepção de emergência.

Contudo, os resultados da presente investigação são limitados por se tratar de um estudo retrospectivo, com dados secundários. Na análise dos dados do SINAN deve-se considerar a subnotificação pela falta de conscientização social dos profissionais de saúde, a fragilidade no preenchimento da ficha de notificação, atestada pela presença de dados faltantes, erros de preenchimento e de alimentação do banco, não permitindo aproximação real da VS contra a mulher no município.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho confirmou a suscetibilidade das crianças e mulheres jovens de Rio Branco à VS, demonstrando a necessidade de envolvimento de diferentes esferas do serviço público, como educação, saúde, segurança pública e ministério público no combate a VS. São propostas de enfrentamento e prevenção a participação das escolas através do ensino da educação sexual, na prevenção da gravidez na adolescência e na vigilância das meninas em situação de risco. No âmbito da saúde, faz-se necessário oferta de treinamentos rotineiros das equipes de saúde nos seus diferentes níveis de atenção, a fim de sensibilizar os profissionais e melhorar a qualidade da notificação; reforçar a importância da atuação dos profissionais da Saúde da Família na identificação das crianças e adolescentes em condições de vulnerabilidade e dos encaminhamentos às autoridades responsáveis; exigir a participação dos serviços de saúde na coleta de vestígios, para ampliar as provas criminais necessárias para a penalização do agressor, tornando a justiça mais democrática.

É fundamental o fortalecimento de uma rede de assistência às vítimas para evitar a revitimização e tornar a assistência dos diferentes serviços mais ágil e eficiente. Ainda vale ressaltar, a necessidade de campanhas públicas voltadas a identificação dos casos de VS, esclarecendo os direitos das pessoas em situação de violência, a oferta de um programa de proteção à vítima e a informação de quais são os serviços de referência que assistem as mulheres nos casos de urgência, da necessidade da contracepção de emergência para prevenir a gestação decorrente de estupro e do início das medidas profiláticas o mais breve possível.

O estudo dos casos notificados pelos serviços de saúde tem sua relevância ao permitir uma aproximação epidemiológica do problema e ao servir para fundamentação das estratégias de enfrentamento e prevenção da VS contra mulheres. É de extrema importância a valorização da notificação através da FIN para análises cada vez mais realistas. Espera-se que este trabalho contribua no sentido de reforçar o potencial do SINAN como estratégia de vigilância para a VS, subsidiando o planejamento e a avaliação das políticas públicas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. M. DE. **Bases da saúde coletiva**. SCIELO - EDUEL, 2017.
- ANFLOR, N. **Medo torna o estupro coletivo o crime mais subnotificado no país.**, 2016. Disponível em: <<http://www.bbc.com/portuguese/brasil-36450420>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- ARAÚJO, M. DE F. Violence and sexual abuse within the family. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, p. 3–11, dez, 2002.
- BEN-HUR VIZA; MYRIAN CALDEIRA SARTORI; VALESKA ZANELLO. **Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: 2017.
- BOTT, S. et al. Violence against women in Latin America and the Caribbean: comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: **PAHO**, 2012.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. 1940.
- BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994.
- BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. 2002.
- BRASIL. Lei nº 10.863, de 29 de abril de 2004. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. 2003.
- BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.340. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2018.
- BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. 2009.
- BRASIL et al. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2009.
- BRASIL et al. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica**. 3ª. ed. Brasília: 2012.
- BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. 2013.
- BRASIL. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. 2013.

BRASIL. Diretrizes para investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas, 2016.

BRASIL. PEC-320/2017. Altera o inciso XLII do art. 5º da Constituição Federal, para tornar imprescritível o crime de estupro. 2017.

BRASIL. PL 7119/2017. Confere nova redação ao artigo 1520 da Lei 10.406 de 10 de janeiro de 2002, de modo a suprimir as exceções legais ao casamento infantil. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: 1988.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrução Normativa Nº 2, De 22 De Novembro De 2005. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica com relação à coleta, fluxo e a periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 151, de 14 de outubro de 2009. Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005). 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus: Tabnet Win32 3.0: Violência Doméstica, Sexual E/Ou Outras Violências - Acre**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violeac.def>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios - Norma Técnica**. 1. ed. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de Coleta de Vestígios de Violência Sexual no Sistema

Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Viva: instrutivo - notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST Hepatites Virais**. 1. ed. Brasília, DF: MS, 2017.

BRASIL. SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. 2011.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. 2004.

BRASIL (ED.). **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 1a. ed ed. Brasília, DF: Editora MS, 2004.

CABRAL, A. M. G. et al. Perfil de mulheres vítimas de abuso sexual atendidas em hospital de ensino. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 46, 2 out. 2015.

CASTRO, M. G. O conceito de gênero e as análises sobre mulher e trabalho: notas sobre impasses teóricos. **Caderno CRH**, v. 5, n. 17, 16 mar. 2007.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. DE S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. 2014.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. DE S. C. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde. <http://www.ipea.gov.br>, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica: resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

DELGADO, Y. M. Comentários à Lei nº 12.015/09. **Revista Jus Navigandi**, v. 14, n. 2289, 2009.

DELZIOVO, C. R. et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, 2017.

DESOUZA, E.; BALDWIN, J. R.; ROSA, F. DA. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 13, n. 3, p. 485–496, 2000.

FACURI, C. DE 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, p. 889–898, maio 2013.

FAÚNDES, A. et al. Sexual violence: recommended procedures and results of emergency care for women victims of rape. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 2, p. 126–135, fev. 2006.

GARCÍA-MORENO, C. et al. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.

GRAZIOTIN, V. PLS 618/2015. PROJETO DE LEI DO SENADO nº 618, 2016.

GRUPO BANCO MUNDIAL. **Fechando a brecha: melhorando as leis de proteção à mulher contra a violência**. Grupo Banco Mundial, 2015. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/banco-mundial-lanca-relatorio-sobre-casamento-infantil/>>. Acesso em: 3 maio. 2018.

GUEDES, A. et al. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. **Global Health Action**, v. 9, n. s4, p. 31516, 12 nov. 2016.

GUIMARÃES, J. A. T. L.; VILLELA, W. V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1647–1653, ago. 2011.

HIGA, R. et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 377–82, 2008.

HÖRNLE, T. The New German Law on Sexual Offenses. v. 18, n. 06, p. 22, 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=120040&idtema=16&search=acrelrio-branco|sintese-das-informacoes>, 15 ago. 2016.

IPEA. **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: Alexandre Arbex Valadares, v. 1, 2014.

JUSTINO, L. C. L. et al. Sexual violence against adolescents in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. SPE, p. 239–246, 2015.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A. **World report on violence and health**. Geneva: 2002.

LAGUARDIA, J. et al. Sistema de informação de agravos de notificação em saúde (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 3, p. 135–146, set. 2004.

LEAL, M. L. P. O tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial: Um fenômeno transnacional. p. 16, 2005.

LIMA, L. et al. Milestones and legal devices to combat violence against women in Brazil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 11, p. 139–146, 2016.

LIMA, R.; BUENO, S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, 2015.

LOPES, I. M. R. S. et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 2, mar. 2004.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 345–353, fev. 2015.

MARIN, H. DE F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, 31 mar. 2010.

MARTINS, C. B. DE G.; JORGE, M. H. P. DE M. Childhood and adolescent sexual abuse: profile of the victims and aggressors in a county in the south of Brazil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 246–255, 2010.

MELO, A. C. M.; GARCIA, L. P. atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333–1341, abr. 2017.

MENDES, G.; DAMASCENO, K. C. F. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo SINAN, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. p. 12, 2016.

MOCHNACZ, S. **Caracterização do atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica pela rede intersetorial de serviços**. Monografia—São Paulo: Centro Universitário Ítalo Brasileiro, 2009.

MOREIRA, G. A. R. et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**. 2015.

MORIN, T. M. **Práticas e representações das mulheres na Revolução Francesa - 1789-1795**. Universidade de São Paulo, 17 dez. 2009.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49–55, abr. 2006.

NUNES, M. C. A.; LIMA, R. F. F.; MORAIS, N. A. DE. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 4, p. 956–969, dez. 2017.

OLIVEIRA, E. M. DE et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 376–382, jun. 2005.

OLIVEIRA, M. T. DE et al. Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte, Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 166–178, mar. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**, 1993. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030**, Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>, 2015.

OSHIKATA, C. T. Avaliação da adesão e das características da agressão a mulheres vítimas de violência sexual durante o acompanhamento ambulatorial de seis meses: tendências observadas de 2000 a 2006. p. 115, 2000.

PERU. **Abuso Sexual: Estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención**. 1. ed. Lima: MIMP, 2012.

PRADO, M. H. et al. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. v. 18, p. 07-18, 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (ED.). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

ROSAS, C. F. **Normas e rotinas para o atendimento das vítimas de violência sexual**. 1. ed. São Paulo: 2012.

SANTOS, B. R. DOS. **Guia de referência: construindo uma cultura de prevenção à violência sexual**. São Paulo, SP: Childhood, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE; SERVIÇO DE ATENDIMENTO A VITIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL. **Relatório do Serviço de Atendimento à Vítima de Violência SASMC 2006 a 2011** Secretaria Estadual de Saúde do Acre, 2012.

SHAMU, S. et al. Intimate partner violence, forced first sex and adverse pregnancy outcomes in a sample of Zimbabwean women accessing maternal and child health care. **BMC Public Health**, v. 18, 3 maio. 2018.

SILVA, M. C. M. E 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, set. 2013.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Estupro e gravidez de meninas de até 13 anos no Brasil: características e implicações na saúde gestacional, parto e nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2909–2918, set. 2017.

STATISTA. **Violent crime in the United States**. 2016. Disponível em: <<https://www.statista.com/statistics/191226/reported-forcible-rape-rate-in-the-us-since-1990/>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

SUMNER, S. A. et al. Violence in the United States: Status, Challenges, and Opportunities. **JAMA**, v. 314, n. 5, p. 478, 4 ago. 2015.

TALIB, R. A.; CITELI, M. T. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê**. São Paulo, SP, Brasil: Católicas pelo Direito de Decidir, 2005.

TAVARA, L. Sexual violence. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 20, n. 3, p. 395–408, jun. 2006.

TEIXEIRA, M. DA G. et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 7, n. 1, p. 7–28, mar. 1998.

UNITED NATIONS. **The World's Women 2015: Trends and Statistics**. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, 2015.



UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (EDS.). **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília, Distrito Federal, Brazil: PNUD, 2013.

VILLELA, W. V.; LAGO, T. Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual Advances and challenges in treatment for female victims of sexual violence. **Cad. saude publica**, v. 23, n. 2, p. 471–475, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Understanding and addressing violence against women: overview. p. 8, 2012.

**ANEXO I - Ficha de notificação/ investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais.**



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

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

Nº

**Definição de caso:** Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)			
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome			8 Data de Nascimento	
	9 Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado		
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado			
	14 Ocupação	15 Situação conjugal 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado			
	16 Relações sexuais 1 - Só com Homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva		
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe		
	Dados de Residência	20 UF	21 Município de residência	Código (IBGE)	22 Bairro de residência
		23 Logradouro (rua, avenida,...)			24 Número
		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
		27 CEP		28 (DDD) Telefone	
29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)			
Dados da Ocorrência		31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado			
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência		
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)			36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)			38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	41 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Arma branca 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Força corporal <input type="checkbox"/> Outros		42 Tipo de violências 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Outros		



## ANEXO II - Comprovante de envio do projeto ao comitê de ética.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO  
ACRE - HCA/FUNDHACRE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS-AGRESSÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE

**Pesquisador:** Julia souza santos cargrin

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 66260917.3.0000.5009

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.127.216

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com dados secundários, que será dividido em duas fases: um estudo transversal e um estudo longitudinal. O estudo será desenvolvido na Maternidade Bárbara Heliodora (MBH), Instituição pública vinculada à Universidade Federal do Acre, situada no município de Rio Branco, capital do estado do Acre. A violência sexual contra mulheres é um problema de saúde pública no Brasil com repercussões físicas, psíquicas e sociais. Os dados atuais disponíveis não representam a magnitude do problema, e ainda são escassos os estudos epidemiológicos que os caracterizam, sobretudo na região Norte do País. O objetivo do estudo é analisar o perfil das mulheres vítimas de violência sexual notificadas pelo Serviço de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual e caracterizar as mulheres que aderem ao seguimento ambulatorial pós agressão no município de Rio Branco – Acre. Neste sentido, propõe-se um estudo descritivo, utilizando base de dados secundários, em duas diferentes abordagens: um estudo transversal com análise de dados da Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências e um estudo longitudinal retrospectivo utilizando dados de prontuários médicos. A população de estudo será constituída de mulheres vítimas de violência sexual notificadas pela Vigilância Epidemiológica da Instituição. O período de estudo será de 1 de janeiro de 2011 a 31 de dezembro de 2016. Serão analisadas as variáveis demográficas, sócio-

Endereço: BR 364 - Km 02  
Bairro: Distrito Industrial CEP: 69.914-217  
UF: AC Município: RIO BRANCO  
Telefone: (68)3226-4809 Fax: (68)3226-4809 E-mail: cep.hc@ac.gov.br

## ANEXO III - Comprovante de envio do projeto ao comitê de ética.

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PÓS-AGRESSÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - ACRE

**Pesquisador:** julia souza santos cargnin

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68280917.3.0000.5009

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.054.096

#### **Apresentação do Projeto:**

EMENDA: Trata-se de uma emenda para informar ao CEP alterações no protocolo do estudo. Local do estudo, população, exclusão de segmento ambulatorial e título do trabalho.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Já avaliados.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já avaliados.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A emenda apresenta-se clara e bem descrita. As alterações contidas na emenda não acarretam em impedimento ético para continuação do projeto de pesquisa.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

#### **Recomendações:**

Fazer modificação no projeto, das modificações propostas na emenda.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP tomou ciência da emenda proposta e manifesta-se pela aprovação.

**ANEXO IV - Instrumento de coleta de dados do prontuário.**

**PESQUISA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL E ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
PÓS-AGRESSÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE  
RIO BRANCO – ACRE**

IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA VÍTIMA		Tabulação SSPS
Identificação:	Prontuário n:	
Data de Nascimento ____/____/____	Idade (anos):	
Endereço de residência:		
Bairro:		
Município:		
Escolaridade: 1[ ] Analfabeta 2[ ] Fundamental 3 [ ] Médio 4[ ] Superior 5[ ] Completo 6[ ] Incompleto 9[ ] Ignorado		
Profissão:		
Acompanhante: 1[ ] Sim 2[ ] Não.	Vínculo:	
Déficit da capacidade mental: 1[ ] Sim 2[ ] Não		
Responsável Legal:		
Estado civil: 1 [ ] solteira 2 [ ] união estável 3 [ ] casada 4 [ ] divorciada 9[ ] Ignorado		
Data da agressão: ____/____/____ hora: __:__ [ ] caso suspeito 9[ ] ignorado		
Foi atendida na emergência: 1[ ] sim 2 [ ] não		
Data do 1º atendimento ambulatorial: ____/____/____		
Tempo em horas da ocorrência da violência e do 1º atendimento:		
Boletim de ocorrência 1[ ] Sim 2[ ] Não		
IML 1[ ] Sim 2[ ] Não		
ANTECEDENTES PESSOAIS		Tabulação SSPS
Idade da primeira relação sexual:		
Menarca:		
Gestante: 1[ ] Sim 2[ ] Não		
Tempo de gestação: [ ]1º trim. [ ]2º trim. [ ]3º trim.		
Amamentando: 1[ ] Sim 2[ ] Não		
DUM: 1[ ] conhecida 2 [ ] nunca menstruou 3[ ] Menopausa 9[ ] Ignorado		
Ciclo Menstrual: 1[ ] Reg 2[ ] Irreg 9[ ] Ignorado/NA		
MAC: 1 [ ] Não Usa 2[ ] ACO 3[ ] Injetável 4[ ] Barreira 5[ ] Laqueadura 6[ ] DIU 7[ ] Outros _____ 9[ ] Ignorado		
Uso correto do MAC: 1[ ] Sim 2[ ] Não		
Uso de drogas: 1[ ] Sim 2[ ] Não 9[ ] Ignorado		
Se sim, qual tipo de droga?		
Fuma: 1[ ] sim 2[ ] não		
Álcool: 1[ ] sim 2[ ] não		

Vacinada p/ Hep-B: 1[ ] completo 2[ ] incompleto 3[ ] não vacinado 9[ ] Ignorado	
Dupla adulto: 1[ ] Atualizado 2[ ] reforço>10 anos 3[ ] não vacinado 9[ ] Ignorado	
Alguma patologia clínica: 1[ ] Sim 2[ ] Não 9[ ] Ignorado	
<b>DADOS DA AGRESSÃO:</b>	<b>Tabulação SSPS</b>
Local da agressão: 1[ ]Percurso do trabalho 2[ ]Residência 3[ ]Trabalho 4[ ]Escola 5[ ]Rua 6[ ]Ponto de Ônibus 7[ ] Casa de amigo 9[ ] Ignorado	
Intimidação: 1[ ]Arma de Fogo 2[ ]Arma Branca 3[ ]Força Física 4[ ]Grave ameaça 5[ ]Outro 6[ ] Não houve	
Agressor: 1[ ]Desconhecido 2[ ]Conhecido. Quem?	
Agressores Múltiplos: 1[ ] Sim Quantos? _____ 2[ ] Não	
Agressor estava supostamente: Alcoolizado: 1[ ] Sim 2[ ] Não 9[ ] Ignorado	
Drogado: 1[ ] Sim 2[ ] Não 9[ ] Ignorado	
Tipo de relação: 1[ ]Vaginal 2[ ] Anal 3[ ] Oral 4[ ] não houve 9[ ] Ignorado	
Ejaculação: 1 [ ] Sim 2 [ ] Não 9[ ] Ignorado	
Tipo de violência sexual: 1[ ] estupro 2[ ] manipulação digital 3[ ] assédio sexual 4[ ] pornografia infantil 5[ ] outro	
Uso de Preservativo: 1[ ] Sim 2[ ] Não 9[ ] Ignorado	
<b>EXAME DA GINECOLÓGICO AMBULATORIAL:</b>	<b>Tabulação SSPS</b>
Vulva: 1[ ] normal 2[ ] presença de escoriação ou fissura 3[ ]lesão sugestiva de herpes genital 4 [ ] lesão sugestiva de condiloma 9[ ] Ignorado/ não realizado	
Anel himenal: 1 [ ] aparentemente íntegro 2[ ] suspeita de rotura himenal 3[ ]Rotura antiga 3[ ] Exame não conclusivo 9[ ] desconhecido/não realizado	
<b>CONDUTA NA URGÊNCIA:</b>	<b>Tabulação SSPS</b>
Colheita de material para cultura vaginal e Gram: 1[ ] Sim 2[ ] Não	
Necessidade de intervenção clínica/cirúrgica/internação: 1[ ] Sim 2[ ] Não	
Coleta de sorologias: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
Contracepção de emergência: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
Profilaxia DST não virais: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
Imunoglobulina hepatite B: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
Vacina antitetânica: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
Profilaxia HIV: 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ]sem indicação	
<b>SEGUIMENTO AMBULATORIAL:</b>	<b>Tabulação SSPS</b>
Número de consultas:	
Realizou as sorologias dentro do prazo orientado pelo MS? 1[ ] Sim 2[ ] Não	
Houve soroconversão? 1[ ] Sim 2[ ] Não 3[ ] não completou seguimento	
Se sim, qual doença adquiriu?	
Teve como consequência gestação decorrente de estupro? 1[ ] Sim 2[ ] Não	
Optou por interrupção da gestação? 1[ ] Sim 2[ ] Não	
Acompanhamento psicológico: 1[ ] Sim 2[ ] Não	



## ANEXO V - Justificativa para o termo de dispensa do TCLE



Universidade Federal do Acre - UFAC  
Centro de Ciências da Saúde e do Desporto  
Coordenação do Curso de Medicina

### JUSTIFICATIVA PARA SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Por tratar-se de uma pesquisa com uso de dados secundários, oriundos de prontuários médicos e do sistema de informação em saúde (SINAN), de caráter retrospectivo, cuja a médica pesquisadora foi a médica que assistiu as pacientes no ambulatório de estudo e considerando que o retorno destas mulheres ao serviço para assinar o termo de consentimento implica em rememorar fatos traumáticos podendo ocasionar riscos psicológico e emocional, considerando ainda que as pessoas mudam de endereço e telefone e, ressaltando o compromisso dos pesquisadores em resguardar a confidencialidade e o sigilo das informações referentes aos indivíduos da pesquisa e, baseando-se na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, parágrafo IV.8, que permite a solicitação de dispensa de TCLE ao sistema CEP/CONEP em casos no qual seja inviável a obtenção do referido termo, solicitação a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realizar o projeto de pesquisa intitulado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL POS-AGRESSÃO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO – ACRE".

Atenciosamente,

Rio Branco-AC, 22 de agosto de 2017.

Prof<sup>a</sup> Julia Souza Santos Curguin  
Pesquisador responsável