

## Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas

Sexual violence: evaluation of cases and care for women in specialized and non-specialized health services

Cristiane Magalhães de Melo (<https://orcid.org/0000-0002-2817-6759>)<sup>1</sup>

Marcela Quaresma Soares (<https://orcid.org/0000-0003-0550-2125>)<sup>1</sup>

Paula Dias Bevilacqua (<https://orcid.org/0000-0003-0015-2154>)<sup>2</sup>

**Abstract** *The objective was to characterize the cases of sexual violence (SV) against women in Minas Gerais state, associating the care provided in cases of rape with the type of health service that provided the care (specialized or not). The Notifiable Diseases Information System was used for data referring to the notification of SV among women (age  $\geq 10$  years old), which occurred in 2017, and the National Registry of Health Facilities for information on the type of health service. The SV occurred mainly among women under 29 years old (77.1%), blacks (61.1%), singles (69.7%), and with low education (42.4%). Rape was the most frequent SV (73.5%), with the majority being notified within 72 hours of the occurrence. For all the procedures recommended for acute situations of SV, there was an association between attendance at a specialized service and a greater chance of carrying out the planned procedures. The only exception was abortion permitted by law. The results demonstrated the importance of continuing investment in the qualification and expansion of the SV care network and the importance of a better territorial distribution of reference services in Minas Gerais.*

**Key words** *Violence against Women, Health Evaluation, Health Information Systems*

**Resumo** *Objetivou-se caracterizar os casos de violência sexual (VS) contra mulheres, em Minas Gerais-MG, investigando a associação entre a atenção prestada nos casos de estupro, ao tipo de unidade de saúde que realizou o atendimento (especializada ou não). Utilizou-se o Sistema Nacional de Agravos de Notificação, para dados referentes à notificação de VS entre mulheres (idade  $\geq 10$  anos), ocorridos em 2017, e o Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde, para informações sobre o tipo de unidade de saúde. A VS ocorreu, principalmente, entre mulheres abaixo de 29 anos (77,1%), negras (61,1%), solteiras (69,7%) e de baixa escolaridade (42,4%). O estupro foi a VS mais frequente (73,5%), sendo a maioria notificado até 72h após ocorrência. Para todos os procedimentos preconizados para situações agudas de estupro, houve associação entre o atendimento em unidade especializada e a maior chance de realização dos procedimentos previstos. Única exceção foi o aborto previsto em lei. Os resultados demonstraram a importância da continuidade do investimento na qualificação e ampliação da rede de atenção à VS, e, também, a importância da melhor distribuição territorial das unidades de referência em MG.*

**Palavras-chave** *Violência contra a Mulher, Avaliação em Saúde, Sistemas de Informação em Saúde*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto René Rachou, Fiocruz Minas. Av. Augusto de Lima 1.715, Barro Preto. 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. cristiane.magalhaes@ufv.br

<sup>2</sup> Instituto René Rachou, Fiocruz Minas. Belo Horizonte MG Brasil.

## Introdução

A violência contra as mulheres é considerada uma das mais graves violações dos direitos humanos, sendo a violência sexual (VS) uma de suas expressões mais perversas, pois articula diferentes violências, oprime e subjuga as mulheres, impondo-lhes graves consequências e impactos para a vida toda<sup>1,2</sup>. Suas estimativas não são precisas<sup>3,4</sup>, dificultando o conhecimento da dimensão quantitativa dessa violência e, conseqüentemente, a legitimação da necessidade de políticas públicas para seu enfrentamento.

Apesar das frágeis estatísticas brasileiras devido, entre outros fatores, ao sub-registro de casos, bem como a problemas na qualidade e completude dos dados informados<sup>5,6</sup>, os números são impactantes. Em 2017 e 2018, 127.585 ocorrências de estupro foram registradas no país. Das vítimas, 81,8% eram mulheres, a maioria meninas até 17 anos (71,8%). A taxa de estupro na população feminina foi de 50,7/100 mil (2017) e de 53,4/100 mil (2018), crescimento de 5,4%. Em 75,9% dos casos, as vítimas tinham vínculo com os agressores<sup>7</sup>.

Circunscrita por relações hierarquizadas e manifestações abusivas de poder, a VS tem suas raízes nas desigualdades de gênero. Muitas mulheres, por medo, vergonha e sentimento de culpa, tendem a silenciar e não buscar ajuda, pois prevalece, no imaginário social, incluindo os serviços de atendimento, a ideia de que a mulher é culpada pela violência sofrida, revelando uma moral conservadora e estigmatizante<sup>8</sup>. Em alguns casos, a ausência de marcas físicas da violência impede o reconhecimento da agressão, colocando em dúvida a palavra da vítima. Tais questões indicam desafios para o enfrentamento às diversas formas de violência e para o atendimento às mulheres em situação de violência, sobretudo no caso da VS.

No Brasil, somente a partir da década de 1980, motivado principalmente pelo movimento feminista, o enfrentamento às violências contra as mulheres começou a ganhar contornos públicos e legitimidade para entrar na agenda governamental. Em 2003, com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), esse movimento se intensificou, pautado no reconhecimento de que o enfrentamento da violência requer abordagem intersetorial. Nesse contexto, foram propostas ações com vistas a integrar setores, como justiça, segurança pública, assistência social e saúde<sup>8</sup>.

No campo da saúde, podemos enumerar avanços na atenção à mulher em situação de violência, como a elaboração de normas técnicas que tratam do atendimento aos agravos decor-

rentes da VS<sup>9</sup>, da contracepção de emergência<sup>10</sup> e da atenção à interrupção da gravidez previstas em lei<sup>11</sup>. Outro avanço importante foi a promulgação da Lei nº 10.778/2003<sup>12</sup>, que trata da notificação compulsória de casos de violências contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde e a Portaria nº 104/2011, que definiu a violência doméstica e sexual como agravo de notificação compulsória<sup>13</sup>. Tais instrumentos legais foram importantes para estruturação da produção da informação oficial e da vigilância das violências contra as mulheres no campo da saúde.

Os avanços alcançados, contudo, não foram suficientes para resolver as fragilidades próprias dos sistemas de informação em saúde (SIS), sobretudo dos que tratam de temas sensíveis como é o caso das violências. Casos de violências contra mulheres, entre elas a VS, por vezes não são identificados pelos serviços de saúde e, portanto, não são notificados aos SIS, culminando com o sub-registro de dados. Além disso, quando realizadas, as notificações muitas vezes omitem informações essenciais para realização de análises qualificadas sobre as características das violências e das mulheres<sup>6,14,15</sup>. A despeito dos problemas, os SIS constituem um importante mecanismo institucional para dimensionar a magnitude da violência e, mesmo com fragilidades, têm permitido reunir e registrar informações que contribuem para a visibilidade do fenômeno e para subsidiar ações de enfrentamento.

Entre 2010 e 2015, sob interveniência da SPM, esforços foram empreendidos pelo governo federal por meio do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Justiça, no sentido de aprimorar e oportunizar os atendimentos às mulheres em situação de VS, inclusive com determinações sobre a coleta e guarda de material para perícia e produção de provas, por médicos assistentes em hospitais de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Citamos: Lei nº 12.845/2013<sup>16</sup>, Decreto nº 7.958/2013<sup>17</sup> e Portaria Interministerial nº 288/2015<sup>18</sup>.

Como desdobramentos das leis e decretos federais acima citados e com intuito de orientar e criar mecanismos para operacionalizar os atendimentos e procedimentos previstos na legislação, foram editadas, pela Secretaria de Atenção à Saúde/MS, as Portarias nº 485/GM/MS e nº 618/SAS/MS de 2014 e nº 662/SAS/MS de 2015<sup>19-21</sup> e a Norma Técnica para a Atenção Humanizada às pessoas em situação de VS com registro de informações e coleta de vestígios<sup>22</sup>.

Em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), as normativas brasileiras preconizam o atendimento

integral e oportuno, com acolhimento, seguido de atendimento multidisciplinar, avaliação das necessidades físicas e emocionais, realização de contracepção de emergência, detecção e tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV, se necessário e preferencialmente dentro de 72 horas após o incidente e encaminhamentos para outros pontos da rede de saúde, socioassistencial, de segurança pública ou outra conforme necessidade ou desejos da mulher atendida. Prevê, ainda, o acompanhamento regular da mulher, pelo serviço de saúde, durante pelo menos seis meses após ocorrência da violência, a realização de aborto nos casos de gravidez decorrente do estupro e a participação do setor saúde na coleta e preservação de evidências forenses ou vestígios que possam corroborar com a investigação do crime<sup>22,23</sup>.

Não obstante aos esforços empreendidos no Brasil para a implementação de ações voltadas ao atendimento qualificado e resolutivo das mulheres em situação de VS, o importante investimento em termos de organização e definição de um marco legal e técnico, não foi acompanhado por grandes avanços. Tem-se uma rede extremamente pequena de serviços especializados para atendimento à VS e pouco se sabe sobre a implementação, qualidade e efetividade dos processos de trabalho instituídos.

Dados do MS informam que, em todo país, existem 836 unidades de saúde cadastradas para atenção especializada à VS, dessas, apenas 150 (17,9%) estão habilitadas para coleta de vestígios e 106 (12,7%) para atenção ao aborto previsto em lei, sendo que em alguns estados não existem estabelecimentos cadastrados para realização desses procedimentos. Em Minas Gerais, atualmente, são 52 unidades de saúde cadastradas para atenção especializada, dessas 21 (40,4%) estão habilitadas para coleta de vestígios e sete (13,5%) para atenção ao aborto previsto em lei<sup>24</sup>.

Partindo dessas considerações, as perguntas motivadoras para desenvolvimento desse estudo foram: (i) Quais as características dos casos de VS notificados, os principais procedimentos realizados nos casos de estupro e os principais encaminhamentos? (ii) Existem diferenças entre o atendimento às mulheres vítimas de VS realizado em unidades de saúde cadastradas pelo SUS para atenção especializada aos casos em relação às unidades não cadastradas?

Trata-se de um tema complexo, relevante e, por muitas vezes, negligenciado. Assim, tendo como pressuposto que o setor saúde é estratégico no atendimento às mulheres em situação de VS,

e considerando que poucas pesquisas brasileiras avaliam o atendimento prestado nas diferentes unidades de saúde do SUS, justifica-se a realização do presente estudo, cujos resultados são potenciais para indicar caminhos para o aprimoramento das políticas de atenção à saúde das mulheres em situação de VS, pauta prioritária devido à magnitude do problema e aos seus impactos sociais e para a saúde.

Tendo como pano de fundo uma pesquisa maior sobre avaliação do atendimento às mulheres em situação de VS em Minas Gerais, o presente estudo objetivou descrever os casos de VS contra mulheres, notificados em Minas Gerais, investigando a associação entre o atendimento prestado nos casos de estupro ao tipo de unidade de saúde (especializada ou não), que realizou o atendimento.

## Método

### Delineamento, população do estudo e fontes de dados

Trata-se de um estudo transversal, utilizando dados secundários sobre VS, ocorridos entre primeiro de janeiro e 31 de dezembro de 2017, em Minas Gerais, entre a população feminina residente, com idade igual ou superior a 10 anos. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), módulo “violência interpessoal/autoprovocada”, disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (Datasis), por meio do programa Tab para Windows (TabWin) versão 4.1.6 de 2018, foi consultado para obtenção de informações não nominais e desagregadas sobre casos de VS. A opção em trabalhar dados de 2017 se deu por esse ser o segundo ano após publicação da Norma Técnica para a Atenção Humanizada às pessoas em situação de VS com registro de informações e coleta de vestígios<sup>22</sup>, bem como das portarias que tratam do atendimento à VS e dos mecanismos para operacionalizar os atendimentos e procedimentos previstos na legislação<sup>19-21</sup>.

Utilizaram-se informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)<sup>24</sup>, para a caracterização das unidades de saúde responsáveis pelos atendimentos e notificação dos casos. Foram consideradas “especializadas” as unidades de saúde incluídas no CNES como serviço especializado – “código 165” (atenção às pessoas em situação de violência sexual) –, até junho de 2017 e que se mantiveram ativos durante todo ano.

Em janeiro de 2017, havia 36 unidades cadastradas como serviço especializado “código 165”, em Minas Gerais (MG) e somente seis dessas estavam habilitados também para coleta de vestígios. Dessas, 34 permaneceram ativas durante todo ano; duas unidades se mantiveram cadastradas até outubro do mesmo ano (CNES 2119773 e 7326610); e nove unidades se cadastraram ao longo de 2017, sendo quatro no primeiro semestre (CNES 2200473; 2219654; 2145960 e 2775999). Portanto, para este estudo, 40 unidades de saúde foram consideradas “especializadas” (Quadro 1). As demais unidades de saúde do SUS, que atenderam mulheres em situação de violência em 2017, foram consideradas como unidades “não especializadas”.

### **Análise dos dados**

O estudo foi realizado em duas etapas. Na primeira, descritiva, considerou-se toda população de mulheres em situação de VS. Na segunda etapa do estudo, analítica, foi considerada uma subamostra do banco de dados do SINAN, contendo apenas os casos de estupro, atendidos até 72 horas após ocorrência da violência. A Figura 1 ilustra o processo de busca e seleção dos dados do SINAN que foram utilizados no presente estudo, conforme o tipo de análise realizada.

Para a análise descritiva dos dados, foram estimadas as frequências das variáveis qualitativas relacionadas às características sociodemográfica das mulheres (faixa etária, raça-cor, escolaridade e situação conjugal), aos casos de VS notificados (tipo de violência, local de ocorrência, se crônica ou de repetição, macrorregião de saúde de ocorrência), ao agressor e aos encaminhamentos realizados.

A caracterização do agressor foi feita a partir da variável “vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida”, categorizada como: parceiro íntimo (namorado/a, ex-namorado/a, cônjuge, ex-cônjuge); familiar (filho/a, pai, mãe, padrasto, madrasta e irmão); conhecido (amigo/conhecido, cuidador, patrão/chefe); desconhecido e outros vínculos (policial/agente da lei, pessoa com relação institucional, entre outros).

A categorização foi utilizada, também, para a variável “encaminhamento”, uma vez que um mesmo caso pode ter mais de um encaminhamento realizado. Assim sendo, a categorização foi realizada da seguinte forma: rede de saúde; rede de assistência social (incluiu: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência de Assistência Social (CREAS), Conselho

Tutelar, Conselho do Idoso, entre outras); rede de segurança pública (incluiu: Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente, Delegacia de Atendimento à Mulher, outras delegacias); rede de atendimento à mulher; sistema de justiça (incluiu: Ministério Público, Justiça da Infância e da Juventude, Defensoria Pública) e outros encaminhamentos (incluiu: rede de educação, Centro de Referência em Direitos Humanos).

Adicionalmente, foram calculadas as prevalências de violência sexual e, especificamente para o estupro, segundo as macrorregiões de Minas Gerais. Para tanto, foram considerados os casos ocorridos entre mulheres residentes nas 14 macrorregiões do estado e a população feminina estimada pelo TCU para 2017, ambas informações obtidas por meio do Datasus/Tabnet<sup>25</sup>.

Para a etapa analítica, considerou-se como desfecho de interesse os procedimentos realizados pelo serviço de saúde, preconizados para os casos de estupro, especificamente, “profilaxia HIV”, “profilaxia IST”, “profilaxia hepatite B”, “coleta de sangue”, “coleta de sêmen”, “coleta de secreção vaginal”, “contracepção de emergência” e “aborto previsto em lei”; e a variável explicativa foi o tipo de unidade de saúde que realizou o atendimento, ou seja se unidade “especializada” ou “não especializada”.

Para verificar a força da associação, foram estimadas as razões de chance (RC), e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) para cada procedimento, utilizando, para tanto, a regressão logística simples. Em caráter complementar, foram estimadas as razões de prevalência (RP), com intuito de informar sobre a prevalência da realização de cada procedimento entre as mulheres atendidas em unidades especializadas em relação à prevalência entre as atendidas em unidades não especializadas. Para cálculo das RP e os IC (95%), utilizamos o modelo log-binomial. O programa estatístico RStudio, versão 1.3.1093, foi utilizado para realização das análises estatísticas.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, sendo aprovado em 18 de dezembro de 2020, sob parecer número: 4.476.736. De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado, haja vista o estudo se basear em banco de dados secundários de domínio público.

**Quadro 1.** Unidades de saúde cadastradas pelo SUS para atendimento especializado à violência sexual incluídos no estudo como unidades “especializadas”. Minas Gerais, 2017.

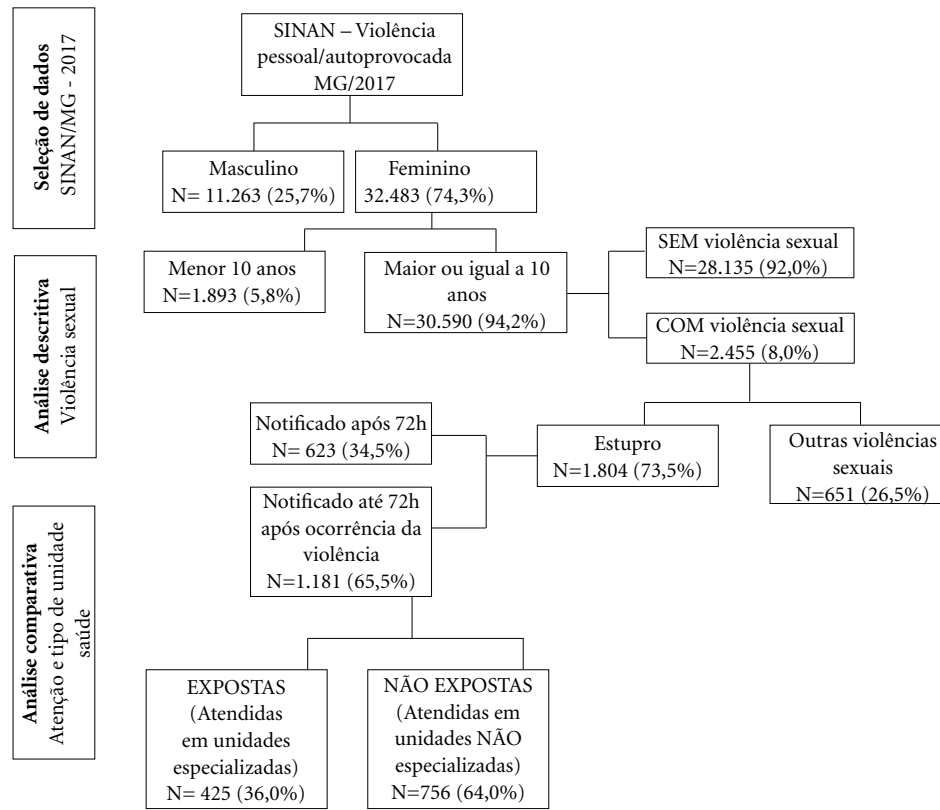
CNES	Estabelecimento	Município	Macrorregião de Saúde
2192896	Hospital Metropolitano Odilon Bherens	Belo Horizonte	Centro
27022	Hospital Julia Kubitschek	Belo Horizonte	Centro
26972	Maternidade Odete Valadares	Belo Horizonte	Centro
27049	Hospital das Clínicas da UFMG	Belo Horizonte	Centro
2191164	Centro Materno Infantil Juventina Paula de Jesus	Contagem	Centro
2200473	Hospital Municipal de Contagem	Contagem	Centro
2126494	Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco	Betim	Centro
2126508	Maternidade Municipal Hayde Espejo Conroy	Betim	Centro
6669026	Serviço de Assistência Especializada de Ibirité	Ibirité	Centro
2115786	Unidade Municipal de Pronto Atendimento	Ibirité	Centro
6892256	Hospital e Maternidade Regional de Ibirité	Ibirité	Centro
2170671	Centro de Saúde Industrial	João Monlevade	Centro
2709848	Hospital Margarida	João Monlevade	Centro
6150063	Centro Viva Vida Integrado Hiperdia Minas	Santa Luzia	Centro
2206528	Hospital Nossa Senhora das Graças	Sete Lagoas	Centro
2136945	Hospital Queluz	Conselheiro Lafaiete	Centro Sul
7951604	UPA Congonhas	Congonhas	Centro Sul
2127989	Hospital das Clínicas Samuel Libanio	Pouso Alegre	Sul
2208857	Hospital Escola Aisi	Itajubá	Sul
2760657	Hospital São Sebastião	Três Corações	Sul
2775999	Santa Casa de Misericórdia de Passos	Passos	Sul
2208156	HPS Dr Mozart Geraldo Teixeira	Juiz De Fora	Sudeste
2796570	Hospital Monsenhor Marciano	Santa Rita de Jacutinga	Sudeste
2218887	PSF de Santa Bárbara Monte Verde	Santa Barbara do Monte Verde	Sudeste
2142139	UBS de Santa Barbara do Monte Verde	Santa Barbara do Monte Verde	Sudeste
2184249	UBS dr. Claudionor Valle Ferreira	Belmiro Braga	Sudeste
2219719	UBS de Maripá de Minas	Maripá de Minas	Sudeste
7326610	Pronto Socorro Municipal	Itaúna	Oeste
2760924	Hospital Municipal dr. Joaquim Brochado	Unaí	Noroeste
2205440	Hospital Márcio Cunha	Ipatinga	Vale do Aço
7415737	CCDIP	Ipatinga	Vale do Aço
2164620	Santa Casa	Araxá	Triangulo do Sul
2196220	Policlínica de Patrocínio	Patrocínio	Triangulo do Norte
6272150	Centro Estadual de Atenção Especializada d. Lica	Patrocínio	Triangulo do Norte
2145960	Santa Casa de Misericórdia de Araguari	Araguari	Triangulo do Norte
2219654	Hospital Universitário Clemente de Faria	Montes Claros	Norte
2139049	HEFA	Pedra Azul	Nordeste
2139073	Hospital Vale do Jequitinhonha	Itaobim	Nordeste
2119773	Ambulatório Especializado dra. A Araruna	Rio do Prado	Nordeste
2120070	UBS de Divisa Alegre	Divisa Alegre	Nordeste

Fonte: Elaborado a partir dos dados CNES - jan/2017 a dez/2017.

## Resultados

Em 2017, havia, no SINAN, 32.483 notificações de violência interpessoal/autoprovocada entre mulheres residentes em MG, cuja ocorrência da violência também foi no estado, representando

74,3% do total de notificações de violência realizadas no período. Sobre as notificações de violência entre mulheres, 30.590 (94,2%) afetaram a população feminina com idade igual ou maior a 10 anos, sendo que, em 2.455 casos (8,0%), a VS esteve presente (Figura 1).



**Figura 1.** Fluxograma de busca e seleção de dados do SINAN, módulo violência interpessoal/autoprovocada. Minas Gerais, 2017.

Fonte: Autoras.

A VS ocorreu, principalmente, entre mulheres jovens, abaixo de 29 anos (77,1%), sendo que em 38,3% dos casos, as vítimas eram meninas entre 10 e 14 anos. Houve, ainda, maior número de notificações entre negras (61,1%), solteiras (69,7%) e com baixa escolaridade (42,4% das mulheres tinham somente o ensino fundamental completo ou incompleto) (Tabela 1).

O estupro foi a VS mais frequente (73,5%), representando média de cinco estupros notificados pelos serviços de saúde, por dia, em MG. 65,5% desses casos foram notificados menos de 72 horas após a ocorrência. O assédio representou 32,1% das notificações de VS, seguido da exploração sexual (3,7%) e pornografia infantil (1,7%). Outros tipos de VS representaram 3,9% dos casos (dados não apresentados em tabelas).

Tanto para o estupro, quanto para outras violências sexuais, o autor reportado foi, majoritariamente, do sexo masculino (95,0 e 87,1%) e

desconhecido das vítimas (36,4 e 18,9%) (Tabela 2).

Sobre o local de ocorrência da violência, a maior parte dos casos ocorreu na residência das vítimas, tanto para os casos de estupro (51,1%) quanto para as outras violências sexuais (59,6%). Os locais “via pública, bar e comércio” também representaram significativos percentuais para casos de estupro (24,7%) e outras violências sexuais (17,2%) (Tabela 2).

A violência crônica ou de repetição caracterizou 31,5% dos casos de estupro e 34,3% de outras violências. Quanto ao encaminhamento, a rede de assistência social, seguida da segurança pública, foi majoritariamente reportada, tanto nos casos de estupro (25,8%; 24,8%), quanto para as outras violências sexuais (26,7%; 16,6%) (Tabela 2).

Os procedimentos previstos para situações de estupro atendidos até 72 horas depois da ocor-

**Tabela 1.** Descrição dos casos de violência sexual (todos os tipos) e estupro, segundo características socioeconômicas e demográficas das mulheres. Minas Gerais, 2017.

Características socioeconômicas	Estupro		Outras violências sexuais		Total (todas as violências sexuais)	
	%	N=1.804	%	N=651	%	N=2.455
Faixa etária						
10 a 14	34,8	627	47,9	312	38,3	939
15 a 19	20,5	369	18,1	118	19,8	487
20 a 29	21,5	388	12,1	79	19,0	467
30 a 39	11,8	212	8,6	56	10,9	268
40 a 49	6,0	109	7,4	48	6,4	157
50 a 59	3,2	57	3,4	22	3,2	79
60 e +	2,3	42	2,5	16	2,4	58
Gestante						
Sim	9,5	172	4,2	27	8,1	199
Não	74,9	1.352	82,8	539	77,0	1.891
Ignorado*	15,5	280	13,1	85	14,9	365
Raça/cor						
Branca	30,4	548	31,6	206	30,7	754
Preta	14,8	266	12,6	82	14,2	348
Amarela	1,0	18	1,1	7	1,0	25
Parda	47,3	853	45,9	299	46,9	1.152
Indígena	0,1	2	0,3	2	0,2	4
Ignorado*	6,5	117	8,5	55	7,0	172
Escolaridade						
Analfabeta	1,2	21	0,3	2	0,9	23
Ensino fundamental completo e incompleto	40,9	738	46,7	304	42,4	1.042
Ensino médio completo e incompleto	22,6	407	17,2	112	21,1	519
Ensino superior completo e incompleto	6,7	120	3,5	23	5,8	143
Ignorado*	28,7	518	32,3	210	29,7	728
Situação conjugal						
Solteira	69,9	1.261	69,1	450	69,7	1.711
Casada/União consensual	12,1	219	14,1	92	12,7	311
Viúva	1,7	30	0,9	6	1,5	36
Separada	4,6	83	2,8	18	4,1	101
Não se aplica	4,6	83	5,8	38	4,9	121
Ignorado*	7,1	128	7,2	47	7,1	175
Deficiência						
Sim	11,6	209	12,9	84	11,9	293
Não	80,3	1.448	75,9	494	79,1	1.942
Ignorado*	8,1	147	11,2	73	9,0	220
Porte do município (habitantes)						
<50 mil	34,1	614	45,9	299	37,2	913
50 mil a 100 mil	10,2	184	10,1	66	10,2	250
>100 mil	55,8	1.006	43,9	286	52,6	1.292

\*Para fins de análise, consideramos “Ignorado”, os campos marcados como ignorado e os campos não informados ou em branco.

Fonte: Autoras.

rência da violência foram realizados nas seguintes frequências: coleta de sangue (77,2%); profilaxia para IST (67,1%), HIV (62,5%) e hepatite B (42,3%); contracepção de emergência (44,8%) e aborto previsto em lei (1,6%). Os procedimentos

de coleta de secreção vaginal e de sêmen, relacionados à produção de evidências forenses, foram realizados em 25,8 e 8,2% dos casos notificados respectivamente (dados não apresentados em tabelas).

**Tabela 2.** Descrição dos casos de violência sexual (todos os tipos) e estupro, segundo características da violência. Minas Gerais, 2017.

Características socioeconômicas	Estupro		Outras violências sexuais		Total (todas violências sexuais)	
	%	N=1.804	%	N=651	%	N=2.455
Local ocorrência						
Via pública, bares ou comércio	24,7	446	17,2	112	22,7	558
Residência	51,1	921	59,8	389	53,4	1.310
Outros	14,1	255	11,5	75	13,4	330
Ignorado*	10,1	182	11,5	75	10,5	257
Macrorregião de saúde de ocorrência**						
Centro	38,3	691	28,9	188	35,8	879
Centro Sul	2,6	46	2,8	18	2,6	64
Sul	6,4	115	11,5	75	7,7	190
Sudeste	6,6	119	11,8	77	8,0	196
Oeste	2,8	50	4,0	26	3,1	76
Vale do Aço	3,4	62	2,6	17	3,2	79
Noroeste	2,3	41	2,8	18	2,4	59
Triângulo do Sul	9,8	177	5,2	34	8,6	211
Triângulo do Norte	6,8	123	6,5	42	6,7	165
Norte	8,3	150	8,6	56	8,4	206
Nordeste	3,3	60	2,6	17	3,1	77
Leste do Sul	3,5	63	4,6	30	3,8	93
Jequitinhonha	3,5	63	5,5	36	4,0	99
Leste	2,4	44	2,6	17	2,5	61
Violência crônica						
Sim	31,5	568	34,3	223	32,2	791
Não	57,4	1035	48,1	313	54,9	1.348
Ignorado*	11,1	201	17,7	115	12,9	316
Sexo do provável agressor						
Masculino	95,0	1713	87,1	567	92,9	2280
Feminino	1,1	20	2,9	19	1,6	39
Ambos os sexos***	1,2	22	3,4	22	1,8	44
Ignorado*	2,7	49	6,6	43	3,7	92
Vínculo com o agressor						
Desconhecido	36,4	657	18,9	123	31,8	780
Parceiro íntimo	16,8	303	17,4	113	16,9	416
Familiar	11,6	210	20,7	135	14,1	345
Conhecido	27,0	487	27,8	181	27,2	668
Outros	7,4	133	13,1	85	8,9	218
Ignorado*	6,6	119	8,6	56	7,1	175
Encaminhamentos						
Rede de saúde	0,4	8	0,5	3	0,5	11
Rede de assistência social	25,8	465	26,7	174	26,0	639
Rede de segurança pública	24,8	448	16,6	108	22,7	556
Rede de atendimento à mulher	13,5	243	6,6	43	11,6	286
Justiça	0,9	17	2,2	14	1,3	31
Outros	1,1	20	2,3	15	1,4	35
Ignorado*	5,5	100	5,5	36	5,5	136

\*Para fins de análise, consideramos "Ignorado", os campos marcados como ignorado e os campos não informados ou em branco;

\*\*Macrorregiões de saúde de MG indicadas no DATASUS/Tabnet; \*\*\*Ocorre quando há mais de um/a agressor/a reportado.

Fonte: Autoras.



A análise comparada sobre o atendimento às mulheres vítimas de estupro, realizado em unidades “especializadas” e “não especializadas”, demonstrou que há associação entre a frequência de procedimentos realizados e o tipo de unidade que realizou o atendimento. Apenas para o aborto previsto em lei a diferença encontrada não teve significância estatística (Tabela 3).

Considerando a razão de chances (RC), mulheres atendidas em unidades especializadas tiveram maiores chances de realização dos procedimentos de profilaxia IST (4,0 vezes a chance), HIV (3,6 vezes a chance), hepatite B (2,6 vezes a chance), contracepção de emergência (3,2 vezes a chance), coleta de sangue (6,1 vezes a chance), sêmen (1,7 vezes a chance), secreção vaginal (3,1 vezes a chance) (Tabela 3).

Na mesma direção da RC, a RP indicou que a prevalência de realização de procedimentos preconizados é maior em unidades especializadas do

que em unidades não especializadas. As seguintes proporções foram identificadas: realização de profilaxia IST e HIV, 54% maior; profilaxia hepatite B, 71% maior; coleta de sangue, 86% maior; coleta de sêmen, 62% maior; e contracepção de emergência, 78% maior. A coleta de secreção vaginal, teve prevalência 2,25 vezes maior (Tabela 3).

Sobre a distribuição das unidades especializadas em MG, em 2017, conforme demonstrado na seção de método, havia 40 unidades de saúde cadastradas para atenção especializada à VS, distribuídas em 11 das 14 macrorregiões do estado, sendo a maioria (37,5%) na macrorregião Centro. Dos casos de estupros ocorridos no estado no mesmo período, aproximadamente 10% deles ocorreram em macrorregiões de saúde em que não havia unidades especializadas e 23% em macrorregiões com apenas uma unidade de saúde especializada (dados não apresentados em tabelas).

**Tabela 3.** Procedimentos realizados nos casos de estupro, atendidos até 72 horas após a violência, segundo tipo de unidade de atendimento (especializada e não especializada). Minas Gerais, 2017.

Tipo de unidade	Procedimentos realizados		RC (IC95%)	RP (IC95%)
	Sim	Não		
Profilaxia IST				
Especializada	328	71	4,06 (3,02; 5,51)	1,54 (1,41; 1,68)
Não especializada	341	300		
Profilaxia HIV				
Especializada	316	82	3,63 (2,73; 4,86)	1,54 (1,41; 1,69)
Não especializada	330	311		
Profilaxia Hepatite B				
Especializada	214	170	2,62 (2,02; 3,40)	1,71 (1,48; 1,98)
Não especializada	205	427		
Coleta de sangue				
Especializada	334	68	6,08 (4,51; 8,29)	1,86 (1,69; 2,05)
Não especializada	285	353		
Coleta de sêmen				
Especializada	38	328	1,70 (1,06; 2,70)	1,62 (1,06; 2,49)
Não especializada	40	587		
Coleta de secreção vaginal				
Especializada	149	233	3,06 (2,28; 4,10)	2,25 (1,82; 2,80)
Não especializada	107	512		
Contracepção de emergência				
Especializada	248	134	3,23 (2,48; 4,22)	1,78 (1,57; 2,03)
Não especializada	226	395		
Aborto previsto em lei				
Especializada	2	328	0,73 (0,10; 3,42)	0,73 (0,10; 3,39)
Não especializada	5	602		

RC=Razão de Chances; IC=Intervalo de Confiança; RP=Razão de Prevalência.

Fonte: Autoras.

Considerando a prevalência da VS, especificamente o estupro, para todo estado, o coeficiente, a cada 10 mil mulheres, foi de 1,9. Para as macrorregiões, observamos os seguintes coeficientes em ordem decrescente de valores: Triângulo do Sul (5,3), Jequitinhonha (3,6), Centro (2,3), Triângulo do Norte (2,2), Norte (2,1), Leste do Sul (2,1), Nordeste (1,7), Vale do Aço (1,7), Sudeste (1,6), Leste (1,4), Noroeste (1,4), Centro Sul (1,3), Sul (0,9) e Oeste (0,9) (dados não apresentados em tabelas).

## Discussão

A partir da análise descritiva dos casos, foi possível verificar a maior proporção dos estupros dentre às violências sexuais notificadas em MG. Ainda, verificamos que grande parte dos casos notificados de estupro envolveu meninas entre 10 e 19 anos, negras, de baixa escolaridade. Essas informações corroboram achados de outros estudos realizados nacional e internacionalmente que informam que, embora as violências estejam presentes na vida de todas as mulheres, as vulnerabilidades para a VS tendem a ser maiores entre as mulheres mais jovens, mulheres com deficiência, as pretas e pardas e com baixos níveis educacionais e econômicos<sup>4,26,27</sup>. Tal constatação, conduz à reflexão sobre como a intersecção de dimensões como gênero, raça, classe, entre outras, potencializa vulnerabilidades e desigualdades nas situações de violências experimentadas pelas mulheres.

Embora os dados apresentados no presente estudo caracterizem as mulheres considerando as dimensões de idade, raça, escolaridade e deficiência, de forma separada, é necessário refletir que essas características, por vezes, se sobrepõem, implicando distintas formas de opressão sobre as mulheres. A perspectiva interseccional, contribui para essa reflexão, ao propor que as mulheres não são igualmente discriminadas, oprimidas, exploradas, uma vez que distintos sistemas de poder operam, estabelecendo relações que subjuguem e oprimem mulheres em relação aos homens e às próprias mulheres<sup>28,29</sup>.

No que se refere à relação entre vítima e agressor, diferentemente do que tem sido relatado na literatura, que aponta o parceiro íntimo como principal perpetrador de violências contra as mulheres<sup>23,30,31</sup>, os resultados do presente estudo informaram que a maior parte dos agressores era desconhecido das vítimas. Esse achado, somado ao fato de as mulheres serem solteiras e sem re-

gistro de violência anterior, pode estar relacionado à dificuldade de identificação e nomeação das situações de violências sexuais que acontecem, de forma naturalizada, em nossa sociedade como, por exemplo, o estupro ocorrido dentro de relações íntimas, ou outras violências sexuais, como o assédio. Isso implica, conseqüentemente, em problemas no registro de casos (subnotificação) e na assistência prestadas às mulheres nos diversos pontos da rede de atenção à saúde.

Mulheres que vivem ou vivenciaram situações de violência costumam acessar os serviços de saúde e demandar por atenção à saúde mental com frequência, em decorrência do sofrimento causado por essas situações. Porém, nem sempre, as mulheres ou mesmo as/os profissionais percebem ou nomeiam o que foi experienciado como violência. São situações invisíveis e, por vezes, altamente medicalizadas<sup>32</sup>.

A VS e o estupro, por suas características, requerem o estabelecimento de ações de urgência, demandando de toda rede de serviços que atende mulheres em situação de violência, sobretudo a saúde, assistência psicossocial, a segurança pública e a justiça, a organização de fluxos para garantir atenção oportuna e de qualidade.

Apesar da importância da organização de redes ampliadas de cuidado e enfrentamento às violências, observamos, a partir dos resultados do presente estudo, que as mulheres foram encaminhadas, principalmente, para serviços da rede socioassistencial e da segurança pública. Considerando que a segurança pública é a área tradicionalmente acionada quando da ocorrência de casos de violência, os dados observados elucidam a importância assumida pela política de Assistência Social nos atendimentos de VS, indicando, também, sua presença e capilaridade nos territórios mineiros.

É preciso, contudo, refletir sobre os desafios de tratar da pauta da violência de forma mais ampliada, envolvendo não somente a segurança pública e assistência social, mas outros setores como a saúde. Serviços de atenção primária a saúde, por exemplo, são potenciais para construção de vínculos com a comunidade e com as mulheres, e conforme apresentado por Santos *et al.*<sup>33</sup>, constitui-se elementos essenciais a comporem a rede ampliada de enfrentamento e cuidado à violência, abordando os casos de forma menos invasiva, contribuindo para a proteção das mulheres e para o acesso às demais políticas públicas.

Desde a implementação da SPM, o Brasil iniciou importante movimento no sentido da organização das redes de atendimentos às mulheres

em situação de violência e, especificamente em relação à violência sexual, da normatização do atendimento no setor saúde. Por meio do MS, foram editadas normas técnicas que orientam e estabelecem diretrizes sobre os procedimentos e encaminhamentos nos casos de VS e, também, portarias que estabelecem critérios para cadastramento de unidades de saúde para atendimento aos casos de VS, habilitação para realização de procedimentos especializados, como atenção ambulatorial e coleta de vestígios para fins forenses, e criação de procedimentos na tabela do SUS de modo a garantir repasse financeiro para a realização de tais ações. Esse movimento teve como principal objetivo subsidiar as unidades de saúde do SUS e seus profissionais, para realização de atendimento qualificado, conforme previsto nas normas técnicas nacionais e nas recomendações internacionais<sup>18,22,34</sup>.

O estabelecimento de mecanismos para cadastramento de unidades de saúde, bem como a criação de procedimentos na tabela SUS para remuneração pelos serviços realizados, constituem-se importantes incentivos à implementação da atenção à VS na rede de atendimento, uma vez que possibilitam identificar as unidades de saúde que atendem pessoas em situação de violência, remunerando-as por tais serviços.

Apesar desse movimento e da existência do incentivo financeiro, ainda é incipiente o número de unidades de saúde cadastradas para atendimento especializado à VS em MG. Além disso, os resultados do estudo demonstram que há uma concentração dos serviços existentes, sobretudo na macrorregião Centro e, ao mesmo tempo, a existência de vazios assistenciais<sup>24</sup>.

A regionalização das ações de saúde, com concentração de serviços em determinados locais, como municípios de maior porte, propõe a viabilização operacional do SUS, por meio da racionalização do uso de recursos tecnológicos e humanos. Contudo, a regionalização deve pressupor a potencialização da descentralização, por meio da distribuição equitativa dos serviços de saúde nos territórios, garantindo acesso, com qualidade e resolutividade<sup>35</sup>.

Destaca-se que a macrorregião com maior coeficiente de VS notificados em 2017 (Triângulo do Sul) possuía, no mesmo ano, apenas uma unidade especializada. As macrorregiões Jequitinhonha e Leste do Sul, ambas com significativos coeficientes de incidência de VS, não possuíam nenhum serviço de referência cadastrados. Nesse sentido, considerando a vulnerabilidade das mulheres em situação de VS, a urgência do aten-

dimento aos casos de estupro que exige o desenvolvimento de ações, preferencialmente até 72 horas; e, também, considerando a dimensão de MG e das suas macrorregiões, que comportam, na maioria das vezes, mais de 50 municípios, com as mais diversas realidades, a inexistência de serviços especializados de referência pode ser um dificultador do acesso ao atendimento implicando na precariedade da atenção às mulheres e às complicações decorrentes da VS.

A manifesta necessidade de ampliação das unidades especializadas e melhor distribuição nas macrorregiões de MG foram reforçadas pelos resultados do presente estudo, que indicaram a importância das unidades especializadas na qualificação do atendimento às mulheres. O principal argumento para essa afirmativa foi o fato de que as mulheres atendidas em unidades especializadas tiveram maior chance de realizar procedimentos pós a agressão sexual (estupro) em comparação às mulheres atendidas nas unidades de saúde não especializadas. No mesmo sentido, as razões de prevalência de realização dos procedimentos preconizados para os casos de estupro foram maiores para mulheres atendidas em unidades especializadas. Importante considerar que, embora haja variação das situações de exposição (tipo de exposição - anal, vaginal, oral; susceptibilidade da mulher - vacinada, histerectomizada; uso de preservativo durante a violência; uso de contraceptivo regular, entre outras), o que exige avaliação criteriosa e individualizada para decisão sobre a prescrição ou não de profilaxia e demais cuidados, a diferença entre os números de procedimentos realizados em unidades especializadas e o número de procedimentos realizados em unidades não especializadas, em relação à população feminina exposta, foi significativamente maior.

Ressalta-se, por outro lado, que o único procedimento para o qual não houve diferença estatisticamente significativa entre a frequência de procedimentos realizados nas diferentes unidades de saúde do SUS foi o aborto previsto em lei. Tal fato é interessante por contrariar os argumentos utilizados na proposição no Projeto de Lei nº 6.055/2013 (ainda em tramitação) que propõe revogar a Lei nº 12.845/2013, que “dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral, às pessoas vítimas de violência sexual”<sup>17</sup>. De autoria do deputado Pastor Eurico e outros, entre eles o atual presidente da república Jair Bolsonaro, o Projeto de Lei utiliza como justificativa que a implementação do atendimento especializado às pessoas em situação de violência sexual teria “como principal objetivo preparar o cenário político e

jurídico para a completa legalização do aborto no Brasil<sup>36</sup>. Sendo assim, segundo a justificativa, a especialização do atendimento à VS seria um estímulo à realização do aborto, o que não foi observado neste estudo.

O período compreendido entre 2010 e 2015 foi especialmente profícuo em relação ao desenvolvimento de políticas públicas para qualificação do atendimento às mulheres em situação de VS no Brasil, implicando o campo da saúde, de forma direta e objetiva, na rede de enfrentamento à VS, sobretudo nos casos de estupro. A possibilidade das unidades de saúde do SUS, além de prestarem cuidados de saúde às vítimas, participarem na coleta de vestígios, que podem contribuir para a persecução penal do agressor, foi especialmente inovador. Contudo, a descontinuidade nos investimentos, experimentada nos últimos anos, pode implicar na estagnação das ações ou mesmo em retrocessos.

A organização da assistência prescinde de dados confiáveis que permitam avaliação e monitoramento dos casos e das ações implementadas. Os SIS, em especial o SINAN, têm possibilitado, a despeito das limitações, a realização de importantes análises sobre violências contra mulheres, já que o acesso a parte das informações sobre as notificações é livre, por meio do Datasus.

Destaca-se, contudo, uma limitação identificada no registro de dados referente a coleta de vestígios para fins forenses nos casos de estupro. Seja na ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada (ficha do SINAN), atualizada em 2015, ou no instrutivo produzido pelo MS para orientação de profissionais sobre o preenchimento da referida ficha, não há menção de campos específicos para registro dessa informação<sup>22</sup>.

No campo 50 da ficha do SINAN, onde são informados os procedimentos realizados pelo serviço de saúde nos casos de VS, é possível registrar a coleta de sêmen e/ou secreção vaginal. Mesmo havendo campo para esse registro, não está explícito que esses podem ser preenchidos quando coletados materiais para fins forenses. Não há, ainda, espaço para registro de outras coletas eventualmente realizadas para esses fins, como, por exemplo, secreção anal, vestígio subungueal, cabelo e pelo, vestes e objetos com possível presença de sêmen e/ou outros fluidos biológicos para pesquisa de DNA, dados que também podem contribuir para produção de prova pericial, conforme prevê a norma técnica produzida pelo MS em 2015<sup>22</sup>.

Para além do caráter epidemiológico, a ficha do SINAN pode contribuir na orientação do cui-

dado, uma vez que permite visualizar as possibilidades de intervenção e encaminhamentos dos casos. Nesse sentido, o melhor registro das informações referentes aos atendimentos às mulheres realizados no campo da saúde, incluindo a coleta de vestígios para fins forenses, poderia contribuir tanto no monitoramento e avaliação da realização desse procedimento pelos serviços de saúde quanto na qualificação do cuidado.

### Considerações finais

O presente estudo demonstrou a importância da continuidade do investimento na qualificação, ampliação e melhoria da distribuição das unidades de atendimento especializado em MG, para a garantia de acesso aos procedimentos preconizados nos casos de estupro, sobretudo dos atendidos na fase aguda (até 72 horas após ocorrência da violência); e, ainda, a urgente necessidade de compreensão dos entraves existentes para a implementação dos serviços especializados.

Em relação às características dos casos de VS notificados em MG e, considerando ser este um tema complexo e culturalmente sensível, reconhece-se como necessário, o desenvolvimento de esforços apropriados para sensibilizar os serviços de saúde em geral, seus gestores e trabalhadores, bem como a comunidade, em relação à violência de gênero, sobretudo a sexual, capacitando-os para identificar casos de VS e ofertar atendimento adequado e oportuno às mulheres.

Como limitações deste estudo, mencionamos problemas relacionados à utilização de dados secundários, destacamos a subnotificação dos casos de VS, especialmente a perpetrada por parceiros íntimos e as decorrentes da violência domésticas, cujo reconhecimento pode ser mais difícil e, conseqüentemente, a notificação menos realizada; a falta de padronização no preenchimento das fichas de notificação do SINAN e a morosidade na disponibilização dos dados no Datasus para acesso público.

Destaca-se, ainda, a baixa completude dos campos referentes às informações socioeconômicas das mulheres e sobre os procedimentos realizados pelos serviços de saúde no atendimento aos casos de estupro. A ausência de dados, assim como o preenchimento incorreto de campos da ficha de notificação, pode ocultar informações relevantes para compreensão das características da VS e do seu atendimento pelos serviços de saúde de MG, ou mesmo mascará-los, o que pode comprometer os resultados da pesquisa.

## Colaboradores

CM Melo participou da concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. MQ Soares participou da redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. PD Bevilacqua participou da concepção do estudo, redação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio financeiro e concessão de bolsa de pesquisa, por meio do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) - Chamada 3/2020 (Processo APQ-00814-20).

## Referências

1. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violence against rural women: gender and health actions. *Esc Anna Nery* 2015; 19:162-168.
2. Silva LEL, Oliveira LC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol Serv Saude* 2016; 25(2):1-2.
3. World Health Organization (WHO). *Guidelines for Medico-Legal Care of Victims of Sexual Violence*. Geneva: WHO; 2003.
4. World Health Organization (WHO). *Violence against Women: Intimate Partner and Sexual Violence Have Serious Short- and Long-Term Physical, Mental, Sexual and Reproductive Health Problems for Survivors: Fact Sheet*. Geneva: WHO; 2019.
5. Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad Saude Publica* 2016; 2(7):S0102-311X2016000702001.
6. Soares CVP. *Qualidade dos dados das notificações de violência contra mulheres no Estado de Minas Gerais, 2011 a 2018* [dissertação]. Belo Horizonte: Fiocruz Minas; 2021.
7. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019* [Internet]. [acessado 2021 nov 16]. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>.
8. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento Da Violência Contra as Mulheres* [Internet]. 2011 [acessado 2021 nov 16]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3ª ed. Brasília: MS; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2ª ed. Brasília: MS; 2011.
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*; 2011.
14. Carvalho EFM, Laguardia J, Deslandes SF. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2022; 27(4):1273-1287.

15. Delzivio CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018; 27(1):e20171493.
16. Brasil. Presidência Da República. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 14 mar.
17. Brasil. Presidência Da República. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. *Diário Oficial da União* 2013; 2 ago.
18. Brasil. Secretaria de Políticas Para as Mulheres. Portaria Interministerial nº 288, de 25 de março de 2015. Estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios. *Diário Oficial da União*; 2015.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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). *Diário Oficial da União*; 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. *Diário Oficial da União*; 2014.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 662, de 28 de julho de 2018. Inclui a Compatibilidade Obrigatória, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais do SUS. *Diário Oficial da União*; 2018.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Norma Técnica. Atenção Humanizada Às Pessoas Em Situação de Violência Sexual Com Registro de Informações e Coleta de Vestígios*. 1ª ed. Brasília: MS; 2015.
23. World Health Organization (WHO). *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence*. Geneva: WHO; 2014.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – Brasil* [Internet]. 2021 [acessado 2021 nov 25]. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=310620&VComp=00&VTerc=00&VServiço=165](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp?VEstado=31&VMun=310620&VComp=00&VTerc=00&VServiço=165).
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *Informações em Saúde (TABNET)* [Internet]. 2021 [acessado 2021 nov 26]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu\\_tabnet\\_php.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm).
26. Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, Cottrell L, Davidov DM. Sexual Assault in Adolescents. *Prim Care* 2020; 47(2):331-349.
27. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006; 28:126-135.
28. Crenshaw KW, Bonis O. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Cahiers Genre* 2005; 39(2):51-82.
29. Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc* 2014; 26(1):61-73.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundários* [Internet]. OPAS; 2010 [acessado 2021 nov 19]. Disponible em: [https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/980/violencia\\_sexual\\_la\\_y\\_caribe\\_.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/980/violencia_sexual_la_y_caribe_.pdf?sequence=5&isAllowed=y).
31. World Health Organization (WHO). *Rape: How Women, the Community and the Health Sector Respond*. Geneva: WHO; 2007.
32. Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:789-800.
33. Santos AP, Moreira VC, Lacerda KAR, Pinto IV, Bevilacqua PD. Experiências do trabalho intersetorial no enfrentamento da violência contra as mulheres no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Feminismos* 2022; 10(1):305-326.
34. World Health Organization (WHO). *Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines*. Geneva: WHO; 2013.
35. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
36. Eurico B, Ferreira C, Feliciano PM, Dado J, Quintão L, Dr. Grilo, Marinho Z, Kaefer A, Afonso H, Dib W, Bolsonaro J, Lima O, Eurico Júnior. Câmara Dos Deputados. PL 6.055/2013. *Revoga-se a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que “dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral, às pessoas vítimas de violência sexual”* [Internet]. [acessado 2021 dez 22]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=586417>.

Artigo apresentado em 07/01/2022

Aprovado em 24/05/2022

Versão final apresentada em 26/05/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva