

## **CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM UM ESTADO DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL**

Lidieine Gonçalves Kataguirí<sup>1</sup> 

Lúcia Marina Scatena<sup>2</sup>

Leiner Resende Rodrigues<sup>3</sup> 

Sybelle de Souza Castro<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Hospital de Clínicas. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** verificar a associação entre vítimas de violência sexual e aspectos sociodemográficos relacionados à exposição no estado de Minas Gerais, Brasil.

**Método:** estudo ecológico, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação obtido na Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais referente a 2016. Para análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva, teste Qui-quadrado e Análise Fatorial de Correspondência Múltipla ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** destacou-se como agressor o padrasto, associado à escolaridade de 0 a 4ª série, raça parda e local de ocorrência a residência. Quando o agressor foi o pai, houve associação com o local de ocorrência ignorado, seguido do local de ocorrência residência, abuso em crianças de 0 a 9 anos, do sexo masculino, e que pertenciam a municípios entre 200 e 500 mil habitantes. Já o agressor desconhecido foi associado com vítimas mulheres, brancas, com 15 anos ou mais de idade, escolaridade entre 5ª série e ensino superior, violência sexual única, em que foi utilizada violência física e ocorrência em vias públicas.

**Conclusão:** a violência sexual atinge principalmente mulheres e crianças, sendo as primeiras acometidas em via pública e as crianças em ambiente domiciliar com agressor conhecido.

**DESCRITORES:** Violência sexual. Saúde da mulher. Violência contra a mulher. Saúde da criança. Delitos sexuais.

**COMO CITAR:** Kataguirí LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SS. Caracterização da violência sexual em um estado da Região Sudeste do Brasil. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2019 [acesso MÊS ANO DIA]; 28:e20180183. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0183>

# CHARACTERIZATION OF SEXUAL VIOLENCE IN A STATE FROM THE SOUTHEAST REGION OF BRAZIL

## ABSTRACT

**Objective:** to verify the association between victims of sexual violence and the sociodemographic aspects related to exposure in the state of Minas Gerais, Brazil.

**Method:** an ecological study, where the database of the Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SINAN provided by the Minas Gerais State Health Department was used. Data were analyzed using descriptive statistics, the chi-square test, and Multiple Correspondence Factor Analysis ( $p \leq 0.05$ ).

**Results:** Stepfathers were the predominant offenders, associated with schooling from 0 to 4<sup>th</sup> grade, brown-skinned ethnicity, and the residence as place of occurrence. When the offender was the father, there was association with an unknown place of occurrence, followed by the residence, abuse of male children between 0 and 9 years old, and living in municipalities from 200 to 500 thousand inhabitants. Stranger aggressors were associated with white female victims aged 15 years old or over, schooling between 5<sup>th</sup> grade and higher education, single act of sexual violence, in which physical violence was used and occurrence on public roads.

**Conclusion:** Sexual violence affects mainly women and children, the former being attacked on public roads and the latter in their own home environment by a known offender.

**DESCRIPTORS:** Sexual violence. Women's health. Violence against women. Child health. Sex offences.

# CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN UN ESTADO DE LA REGIÓN SUDESTE DE BRASIL

## RESUMEN

**Objetivo:** comprobarla asociación entre las víctimas de violencia sexual y los aspectos sociodemográficos relacionados con la exposición en el estado de Minas Gerais, Brasil.

**Método:** estudio ecológico en el que se utilizó la base de datos del Sistema de Información de Agravios de Notificación obtenido de la Secretaría de Salud del estado de Minas Gerais referente al año 2016. Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva, el test de Chi-cuadrado y el Análisis Factorial de Correspondencia Múltiple ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** el agresor predominante fue el padrastro, asociado con una escolaridad de 0 a 4<sup>o</sup> grado, raza mestiza y con el domicilio particular como lugar del hecho. Cuando el agresor fue el padre, se registró una asociación con un lugar del hecho desconocido, seguido por el domicilio particular, abuso de niños de 0 a 9 años, de sexo masculino, y que residían en municipios de entre 200 y 500 mil habitantes. Se asoció al agresor desconocido con víctimas mujeres, de raza blanca y al menos 15 años de edad, con escolaridad entre 5<sup>o</sup> grado y enseñanza superior, y una única instancia de violencia sexual, con uso de violencia física y en la vía pública.

**Conclusión:** la violencia sexual afecta principalmente a mujeres y niños; las primeras son abordadas en la vía pública y los niños en el ambiente del domicilio por parte de un agresor conocido.

**DESCRIPTORES:** Violencia sexual. Salud de la mujer. Violencia contra la mujer. Salud infantil. Delitos sexuales.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou poder, contra si, outras pessoas ou a sociedade, com a possibilidade de lesionar, causar morte, dano psicológico ou prejuízo ao desenvolvimento.<sup>1-2</sup>

A violência está presente em todas as sociedades, classes sociais e raças, não deve ser considerada como algo normal, pois traz consequências relevantes para a saúde da população mundial. No Brasil, desde a década de 80, tenta-se implementar medidas para diminuir os indicadores relacionados e evitá-la.<sup>3</sup>

Segundo a OMS, a violência sexual é qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejado, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, com atitudes como a repressão, ameaças ou força física, praticado por qualquer pessoa independentemente de suas relações com a vítima, em qualquer cenário, e não se apresenta limitado ao ambiente doméstico ou do trabalho incluindo.<sup>4</sup>

Mundialmente, 7% das mulheres são vítimas de violência sexual por pessoas que não são os seus parceiros íntimos. Quando considerada a violência sexual praticada por parceiro íntimo, a prevalência encontrada nas Américas é de 29,8%, região Europeia 25,4%, no mediterrâneo 37,0%, sudeste da Ásia 37,7%, Pacífico 24,6% e países de alta renda 23,2%. Na infância, a prevalência de violência sexual nas meninas é de 18% e nos meninos 7,6%,<sup>5</sup> e quando se trata de mulheres refugiadas até 70% delas sofrem esse tipo de violência.<sup>6</sup>

O estupro é uma das formas de violência sexual mais comuns e atinge aproximadamente 1 a cada 5 mulheres, e 1 em cada 59 homens. Em relação às mulheres que sofrem estupro, em 28% este episódio ocorreu pela primeira vez quando tinham 10 anos ou menos, sendo que 35% das menores estupradas também foram estupradas quando adultas. Entre 20% e 60% das mulheres não contam a ninguém sobre a violência praticada por parceiro íntimo, e das que sofreram lesões, apenas 48% procuram ajuda para tratar os ferimentos.<sup>7</sup>

No Brasil, o Ministério da Saúde estima que a cada 11 minutos ocorre um estupro, totalizando mais de 500 mil casos anualmente. Destes, aproximadamente 10% procuram a polícia; no caso das crianças em situação de violência sexual, 24% dos agressores são os pais ou padrastos; e em 32% dos casos, elas são agredidas por conhecidos da família, amigos ou conhecidos da criança.<sup>8</sup> A prevalência no país chega a 66% da violência sofrida na faixa etária de 10 a 14 anos e 40,4% entre 18 e 39 anos,<sup>9</sup> correspondendo a aproximadamente 5,6% da violência notificada contra a mulher em Minas Gerais.<sup>10</sup>

A violência sexual confere graves consequências para a vida das pessoas acometidas por esta violência e seus familiares.<sup>11</sup> Está relacionada com os papéis sociais de gênero que mulheres e homens assumem na sociedade, marcados por relações de submissão e poder. Atinge todas as idades, raças, classes sociais e sexo, ocorrendo principalmente com mulheres jovens e adolescentes, e causa transtornos psiquiátricos como depressão, transtornos de estresse pós-traumático, distúrbios sexuais, dores crônicas, aumento do uso de substâncias psicoativas, exposição às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.<sup>2,12-13</sup>

Geralmente, os pais ou responsáveis que procuram assistência profissional para crianças em situação de violência sexual relatam sintomas como dores abdominais, lesões genitais, infecções urinárias e comportamentos de ansiedade, agressividade e medo, muitas vezes não relatam ou mencionam a violência ou abuso perpetrado contra a criança. Estas ficam propensas à distúrbios psiquiátricos, pensamentos suicidas e uso de substâncias químicas. Um estudo realizado na África pela OMS mostra a relação entre pobreza e maus-tratos em crianças, sendo que há um número maior de abuso sexual infantil em locais onde os índices de desemprego e pobreza são maiores.<sup>14</sup>

Desde 2009, o Ministério da Saúde incluiu a notificação compulsória de violências, de forma contínua e em todo território nacional, por meio da ficha de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Formas de Violência Interpessoais, que inclui a violência sexual, inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a ser realizada em todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados que fazem atendimento às pessoas em situação de violência sexual.<sup>15</sup>

A gestão do cuidado deve ser estimulada nos serviços de assistência de forma articulada e em rede.<sup>16</sup> A enfermagem possui competências essenciais neste processo de cuidado, desde a identificação dos casos ao estímulo ao tratamento e encaminhamentos às redes de atenção psicossocial, proteção e saúde.

O primeiro atendimento deve ser esclarecedor dos direitos e proporcionar acolhimento humanizado, para isso os profissionais de enfermagem devem ter conhecimento sobre o perfil dos acometidos pela violência sexual, do sistema de vigilância/notificação e política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher.<sup>10</sup>

Portanto, o objetivo deste estudo é verificar a associação entre pessoas em situação de violência sexual e os aspectos sociodemográficos e de exposição notificados no estado de Minas Gerais.

## MÉTODO

Trata-se de delineamento ecológico e analítico, a partir da análise do banco de dados das fichas de investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais referentes ao ano de 2016.

A princípio, todos os municípios do Estado participaram do estudo. Após a análise do número de casos notificados de violência sexual por município, definiu-se um ponto de corte de acordo com viabilidade estatística, considerando como critério de inclusão os municípios com 10 ou mais notificações de violência sexual no SINAN. Assim sendo, foram incluídos 48 municípios.

Participaram do estudo pessoas de todas as idades e sexo, que sofreram violência sexual e passaram por um serviço de saúde onde foi preenchida a ficha de notificação/investigação de Violência do SINAN em 2016, residentes no estado de Minas Gerais. Foram excluídas as fichas de pessoas que sofreram outros tipos de violência ou que não fossem residentes no estado de Minas Gerais.

Para descrever o perfil epidemiológico dos casos, foram realizadas análises estatísticas descritivas dos dados. A análise da associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição à violência sexual foi realizada por meio de Análise Fatorial de Correspondência Múltipla (AFCM) e teste Qui-quadrado. Utilizaram-se as variáveis ativas (faixa etária, sexo, raça, escolaridade, porte populacional do município, local de ocorrência, se a violência ocorreu outras vezes, se houve também violência física e/ou psicológica) e a variável suplementar foi a relação entre a vítima e o agressor. A AFCM consiste em examinar as relações entre as variáveis categóricas ativas e suplementares em um plano fatorial. As relações de proximidade geométrica entre os pontos no plano fatorial permitem interpretar as associações entre as categorias das variáveis. As variáveis ativas participam do cálculo da posição de cada indivíduo no plano fatorial e as suplementares não contribuem para o cálculo, mas irão se associar às variáveis ativas no plano fatorial por semelhança.<sup>17</sup>

O banco de dados informatizado foi manuseado apenas pela equipe da pesquisa e recebido sem variáveis de identificação pessoal das vítimas.

## RESULTADOS

No ano de 2016, dos 853 municípios mineiros, 48 notificaram dez casos ou mais de violência sexual no SINAN, totalizando 1996 notificações. Os 48 municípios estão listados a seguir (Tabela 1), sendo os mais prevalentes Belo Horizonte, Uberaba, Juiz de Fora, Betim, Uberlândia e Contagem.

**Tabela 1** – Distribuição da frequência e proporção dos municípios que notificaram mais de 10 casos de violência sexual. Minas Gerais, Brasil, 2016. (n=1996)

Municípios	n	%
Belo Horizonte	478	23,9
Uberaba	158	7,9
Juiz de Fora	139	7,0
Betim	115	5,8
Uberlândia	108	5,4
Contagem	102	5,1
Montes Claros	82	4,1
Viçosa	59	3,0
Ipatinga	53	2,7
Ribeirão das Neves	51	2,6
Governador Valadares	46	2,3
Ibirité	37	1,9
Muriaé	36	1,8
Araxá	32	1,6
Teófilo Otoni	27	1,4
Sabará	26	1,3
Patos de Minas, Santa Luzia	25	1,3
Sete Lagoas	23	1,2
Diamantina	21	1,1
Conselheiro Lafaiete, Esmeraldas	18	0,9
Coronel Fabriciano	17	0,9
Taiobeiras	16	0,8
Leopoldina, Patrocínio, Poços de Caldas, Santana do Paraíso	14	0,7
Capelinha, Frutal, Itabira, Matias Barbosa, São João Del Rei Vespasiano, Lagoa Santa	13	0,7
Barbacena, Bocaiuva	12	0,6
Carmo do Paranaíba, Janaúba, Ouro Preto	11	0,6
Além Paraíba, Corinto, Januária, Manhuaçu, Pará de Minas, Ponte Nova, São João, Nepomuceno, Serro	10	0,5

Houve predomínio de violência sexual no sexo feminino, 1706 casos (85,4%), e foram observados 1408 casos (70,5%) em menores de 19 anos de idade de ambos os sexos, ainda nessa faixa etária houve maior prevalência entre 10 e 14 anos (21,5%) e 0 e 4 anos (17,3%). Possuíam escolaridade de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental, 301 casos (15,1%), e eram residentes em zona urbana, 1853 casos (92,8%). Houve 858 casos (43,0%) em solteiros, e em 39,1% a situação conjugal não se aplica devido à idade da vítima (Tabela 2). Houve suspeita de uso de álcool pelo autor da agressão em 21,7% dos casos, não usaram 37,3%, porém houve dado em branco e ignorado para 41% das notificações em relação a esse aspecto.

**Tabela 2** – Perfil sociodemográfico das pessoas que sofreram violência sexual. Minas Gerais, Brasil, 2016. (n=1996)

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	1706	85,4
Masculino	290	14,6
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
0 - 4 anos	345	17,3
5 - 9 anos	336	16,8
10 - 14 anos	430	21,5
15 - 19 anos	297	14,9
20 - 29 anos	268	13,4
30 - 39 anos	152	7,6
40 - 49 anos	96	4,8
50 - 59 anos	48	2,4
60 - 69 anos	18	0,9
70 - 79 anos	4	0,2
≥ 80	2	0,1
<b>Raça</b>		
Branca	549	27,5
Parda	762	38,2
Preta	238	12,0
Amarela	16	0,8
Indígena	5	0,2
Ignorado	426	21,3
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	5	0,3
1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental	151	7,6
4ª série completa do ensino fundamental	63	3,1
5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental	301	15,1
Ensino fundamental completo	69	3,5
Ensino médio incompleto	108	5,4
Ensino médio completo	99	5,0
Educação superior incompleta	59	3,0
Educação superior completa	36	1,8
Não se aplica	500	25,0
Ignorado	605	30,2
<b>Local de ocorrência</b>		
Residência	999	50,5
Via pública	292	14,6
Outros	372	18,2
Ignorado	333	16,7

**Tabela 2 – Cont.**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Situação conjugal		
Solteiro	858	43,0
Não se aplica	781	39,1
Casado/ união consensual	143	7,1
Separado	59	3,0
Viúvo	13	0,6
Ignorado	142	7,2

Houve estupro em 1267 casos (63,5%), uso de violência física em 671 casos (33,6%) e de violência psicológica em 768 casos (38,5%). As profilaxias para doenças sexualmente transmissíveis ocorreram em 602 casos (30,2%), sendo que destinadas à prevenção da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) ocorreram em 553 casos (27,7%), à hepatite B em 417 casos (20,9%) e à contracepção de emergência em 371 (18,6%).Procedimentos como coleta de sangue e coleta de sêmen foram poucos realizados, 17,9% e 6,3%, respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3 – Distribuição dos casos de violência sexual segundo tipos de agressão e condutas dos estabelecimentos de saúde no atendimento às pessoas em situação de violência. Minas Gerais, Brasil, 2016. (n=1996)**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ocorreu violência física		
Não	1088	54,5
Sim	671	33,6
Ignorado	237	11,9
Ocorreu violência psicológica		
Não	961	48,1
Sim	768	38,5
Ignorado	267	13,4
Agressão força corporal/espancamento		
Não	884	44,3
Sim	728	36,5
Ignorado	384	19,2
Agressão ameaça		
Não	1085	54,4
Sim	526	26,3
Ignorado	385	19,3
Agressão assédio sexual		
Não	995	49,8
Sim	607	30,4
Ignorado	388	19,4
Não se aplica	6	0,3

**Tabela 3 – Cont.**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estupro		
Não	401	20,0
Sim	1267	63,5
Ignorado	322	16,2
Não se aplica	6	0,3
Profilaxia doenças sexualmente transmissíveis		
Não	914	45,8
Sim	602	30,2
Ignorado	473	23,7
Não se aplica	7	0,3
Profilaxia HIV		
Não	954	47,8
Sim	553	27,7
Ignorado	481	24,1
Não se aplica	8	0,4
Profilaxia hepatite B		
Não	1069	53,5
Ignorado/branco	502	25,2
Sim	417	20,9
Não se aplica	8	0,4
Procedimento coleta de sangue		
Não	776	38,8
Sim	358	17,9
Ignorado	854	42,7
Não se aplica	8	0,4
Procedimento coleta de sêmen		
Não	1313	65,8
Sim	125	6,3
Ignorado	550	27,5
Não se aplica	8	0,4
Procedimento contracepção de emergência		
Não	890	44,6
Sim	371	18,6
Ignorado	437	21,9
Não se aplica	298	14,9

Em 576 casos (28,9%), as pessoas tinham sofrido violência sexual mais de uma vez. Quanto ao agressor, em 513 casos (25,7%), este era desconhecido, 23,9% era amigo/conhecido, 14,3% foi opai ou padrasto e 3,3% o namorado (Tabela 4).

**Tabela 4** – Distribuição dos casos de violência sexual segundo relação entre a pessoa em situação de violência e o agressor e quantidade de vezes que sofreu violência. Minas Gerais, Brasil, 2016. (n=1996)

Variável		n	%
Ocorreu violência sexual outras vezes	Não	889	44,5
	Sim	576	28,9
	Ignorado/branco	531	26,6
Relação entre a vítima e agressor	Desconhecido	513	25,7
	Amigo/conhecido	478	23,9
	Ignorado	307	15,3
	Pai	154	7,7
	Padrasto	133	6,6
	Cônjuge	67	3,3
	Namorado	67	3,3
	Ex-cônjuge	39	1,9
	Ex-namorado	34	1,7
	Irmão	32	1,6
	Instituição	28	1,4
	Mãe	16	0,8
	Cuidador	13	0,6
	Própria pessoa	9	0,5
	Filho	4	0,2
Patrão	4	0,2	
Policial/agente da lei	4	0,2	

A figura 1 apresenta a associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas em situação de violência sexual quanto ao agressor em um plano fatorial.

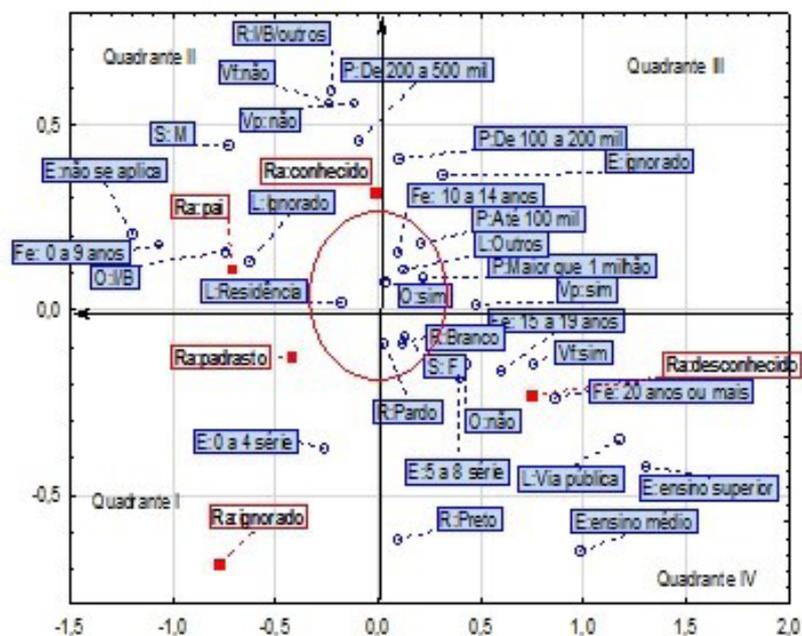
No centro, observa-se que o perfil médio são vítimas do sexo feminino, de cor branca e parda, na faixa etária entre 10 e 14 anos, que residem em municípios com até 100 mil e mais que 1 milhão de habitantes, onde a violência ocorreu na residência e mais de uma vez.

No quadrante I, a relação com o agressor/padrasto e agressor/ignorado foi associada à escolaridade de 0 a 4ª série e raça parda.

No quadrante II, a relação com o agressor/pai e agressor/conhecido foi associada ao local de ocorrência residência ou local ignorado, violência em crianças de 0 a 9 anos, do sexo masculino, em municípios de 200 a 500 mil habitantes, que não sofreram violência física ou psicológica.

No quadrante III, agrupou-se os municípios com até 100 mil habitantes, de 100 a 200 mil e mais de 1 milhão de habitantes (Belo Horizonte), pessoas que sofreram violência com idade entre 10 e 14 anos, com escolaridade ignorada, em que a violência sexual ocorreu mais de uma vez, local de ocorrência registrado como “outros” e violência sexual concomitante com a violência psicológica.

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



Legenda:  
 Análise Fatorial de Correspondência Múltipla das variáveis abaixo:  
 Variáveis ativas:  
 (Fe) – Faixa etária: 0 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 ou mais.  
 (S) – Sexo: F (feminino), M (masculino).  
 (R) – Raça: branco, pardo, preto, I/B/outros (ignorado, em branco e outros).  
 (E) – Escolaridade: 0 a 4ª série, 5ª a 8ª série, ensino médio, ensino superior.  
 (P) – Porte populacional do município: até 100 mil, de 100 a 200 mil, de 200 a 500 mil, de 500 a 1 milhão, maior que 1 milhão.  
 (L) – Local de ocorrência: residência, via pública, outros, ignorado.  
 (O) – Ocorreu outras vezes: sim, não, I/B (ignorado, em branco).  
 (Vf) – Violência física: sim, não.  
 (Vp) – Violência psicológica: sim, não.  
 Variável Suplementar:  
 (Ra): Relação da vítima de violência sexual com o agressor: pai, padrasto, conhecido, desconhecido, ignorado.

**Figura 1** – Associação entre o perfil sociodemográfico e de exposição das pessoas que sofreram violência sexual em relação ao agressor. Minas Gerais, Brasil, 2016

## DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se que as principais pessoas em situação de violência sexual foram crianças e jovens até 29 anos do sexo feminino, sendo que as faixas de 0 a 9 anos e de 10 a 19 anos corresponderam a 34,1% e 36,4%, respectivamente. No Quênia, Abuya et al.<sup>19</sup> relataram que 45% da violência sexual ocorrem entre as mulheres de 15 a 29 anos. Informações semelhantes foram encontradas para as mesmas faixas etárias,<sup>18</sup> ou seja 32,4% e 49,5%.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro,<sup>12</sup> em análise do perfil das vítimas de violência sexual a partir das fichas de atendimento do serviço social de um Hospital maternidade entre 2005 e 2009, também foi encontrado predomínio do sexo feminino em 93,4%, de crianças de até 12 anos (26%), adolescentes de 13 a 18 anos (34%) e jovens de 19 a 24 anos (20%). E em um hospital de referência em atendimentos de violência sexual<sup>2</sup> encontrou-se que 47,4% das vítimas tinham idade entre 12 e 18 anos. Entre crianças a maior frequência foi em menores de 1 ano (6,7%) e de 1 a 9 anos (41,7%).<sup>20</sup>

Nos EUA, uma a cada 3 mulheres já sofreu algum tipo de violência sexual e 1 a cada 5 mulheres já foi estuprada ou sofreu tentativa de estupro. Destas, 41,3% tiveram a primeira violência sexual aos 17 anos ou menos e 47% foram estupradas ou houve tentativa pelo parceiro íntimo atual ou anterior.<sup>21</sup>

A incidência maior no sexo masculino (63%) observada<sup>22</sup> quando comparada à incidência feminina, sendo que 53,3% moravam em instituições e 60% das crianças e adolescentes estavam em situação de violência quando estavam em instituições sob a responsabilidade do Estado.

É sabido que, em um contexto universal, crianças e adolescentes são populações vulneráveis à agressão sexual e, segundo pesquisa do Ministério da Justiça nos EUA, há mais de 230 mil vítimas de agressão sexual e estupro a cada ano, sendo que os adolescentes com idades de 12 a 17 anos representam 1 em 5 denúncias de agressão sexual e aqueles com idades de 16 a 19 anos são 4 vezes mais prováveis do que qualquer outro grupo para ser exposta a esse tipo de agravo. Cinquenta por cento de todas as pessoas que foram estupradas são menores de 18 anos e 16% são menores de 12 anos.<sup>23</sup> Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que entre 7% e 36% de meninas e entre 3% e 29% dos meninos já sofreram abuso sexual infantil.<sup>7</sup>

Crianças e adolescentes que foram molestados por diversas formas de violência, com uso de força corporal, ameaça verbal e armas, resultando na ocorrência de lesões corporais diversas, sendo que aproximadamente 35% das crianças foram hospitalizadas e 15% evoluíram para óbito.<sup>24</sup>

Fatores de risco conhecidos nessa população incluem ser do sexo feminino, o fato de estarem desacompanhados de um adulto, pobreza, deficiências físicas ou cognitivas e anterior ocorrência da violência sexual. Encarceramento e o fato de ter pai com doença mental ou com dependência de drogas ou álcool também determinam risco aumentado. Nos comportamentos de risco estão a interação com estranhos através da internet ou mídias sociais e o uso de drogas ou álcool.<sup>23</sup>

Neste estudo, a violência física concomitante à sexual apresentou maior frequência no sexo masculino. Os homens são menos propensos a relatar a situação de violência sexual e, por essa razão, informações sobre a extensão da violência sexual contra os homens é especialmente limitada, sendo muito difícil estabelecer taxas de incidência reais ou mesmo a prevalência,<sup>7</sup> mas acredita-se que nos EUA, 1 a cada 6 homens já passou por alguma forma de violência sexual durante a vida, sendo que aproximadamente 1,5% dos homens sofreu estupro ou tentativa em algum momento de suas vidas.<sup>21</sup>

Quanto ao local de ocorrência, verifica-se variação entre 54% a 63,7%<sup>9,18,20</sup> de agressões ocorridas na residência. Na faixa etária de 10 a 14 anos, esse percentual foi de 76,8%;<sup>9</sup> e o presente estudo registrou 50,5%, considerando todas as faixas etárias, sendo mais frequentemente perpetrada por conhecidos e familiares (58,9%), com pai e padrasto somando 17,3% dos agressores. Tal situação também foi verificada no plano fatorial (quadrantes I e II).

Destaca-se que 100% dos agressores das crianças eram conhecidos por elas e que os padrastos perpetraram a violência até 5 vezes mais crianças que os pais biológicos.<sup>13</sup> Na maioria dos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, as receptoras da violência e os infratores não são estranhos, assim como em 3 de cada 4 incidentes os declarantes informam conhecer o agressor.<sup>23</sup> Embora crianças e adolescentes mais jovens sejam mais propensos a episódios de violência sexual por um membro da sua família ou parentes, os adolescentes mais velhos são mais prováveis de serem expostos à violência de um conhecido durante um encontro social e que envolva o uso de drogas ou álcool. E a contribuição de drogas e álcool para a ocorrência de violência sexual na população adolescente tem sido cada vez mais reconhecida nos últimos anos: o consumo dessas substâncias imediatamente antes da agressão sexual foi relatado por mais 50% das pessoas que sofreram violência com idade igual ou superior a 12 anos.

De acordo com a OMS, o álcool tem sido utilizado para facilitar o sexo não consensual,<sup>7</sup> e mulheres que fazem uso de álcool têm 18,3% de chance a mais de sofrer violência sexual e sete vezes mais em casos em que o parceiro fez uso da substância.<sup>9</sup> Nesta pesquisa, 21,7% dos autores de violência sexual foram suspeitos de terem ingerido bebida alcoólica, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo,<sup>25</sup> ao mostrar que 26% das agressões domésticas e sexuais estão associadas ao uso de álcool.

Houve maior incidência de violência sexual registrada em pessoas de cor da pele parda (38,2%). De modo análogo, observa-se também, respectivamente, predomínio de mulheres pardas em 51,3%<sup>25</sup> e 55,4%<sup>26</sup> de sua amostra, diferentemente de outro que destaca que 81,8% de mulheres brancas, em estudo realizado em Santa Catarina, essa diferença pode ser atribuída a maior predominância desta cor de pele no estado.

Poucos anos de estudo foi associado ao maior risco de sofrer violência sexual. Mulheres com formação superior à educação primária tinham 26% menos chances de serem agredidas em comparação com aquelas que estudaram até a educação primária.<sup>19</sup> Em outra pesquisa observou-se que 42,4% das que sofreram violência sexual possuíam menos de 8 anos de escolaridade e 40,8% mais de 9 anos de estudo. No presente estudo, houve destaque para vítimas que tinham o ensino fundamental incompleto (25,8%). Tal fato também foi observado no plano fatorial pela proximidade dessa variável do perfil médio, no entanto é preciso considerar que houve 30,2% de dados ignorados/em branco para a escolaridade e também o fato de a maioria dos casos ter ocorrido na faixa etária de menores de 14 anos de idade.

Quando examinado o plano fatorial, nota-se que a violência sexual que ocorreu em via pública não se repete e está relacionada às faixas etárias de 15 anos ou mais, agressor desconhecido e que fez uso da violência física (quadrante IV). Isso pode estar relacionado ao fato de mulheres adolescentes e jovens saírem frequentemente da residência sozinhas e terem uma vida social mais ativa.<sup>23</sup> Nessa faixa etária ocorreu mais estupros e agressões físicas.

Ao analisar neste estudo o estado civil das pessoas que vivenciaram a violência sexual, observou-se que eram predominantemente solteiras (43%), apoiando as informações encontradas, respectivamente, em estudo realizado no Hospital da Mulher em Campinas/SP<sup>2</sup> (76%) e em um Centro de Referência em atendimento às vítimas de violência sexual em Teresina/PI<sup>27</sup> (77,6%).

Em pesquisa<sup>28</sup> realizada com mulheres afro-americanas e africanas do Caribe, em Baltimore, Maryland e nas Ilhas Virgens dos EUA, verificou-se 18% de relatos de abuso emocional; 50% relataram sofrer abuso físico e 32% sofreram abuso físico e sexual por parte de um parceiro íntimo. Em estudo realizado em Utah<sup>29</sup> foi descrita incidências de violência emocional, física e sexual em 11%, 28% e 21%, respectivamente. Na presente pesquisa, a violência sexual pelo parceiro (cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado) foi observada em 10,2% das notificações, ficando abaixo do percentual encontrado na literatura, mas considerando todos os agressores, houve violência sexual combinada com violência física, psicológica, espancamento e ameaça em 33,6%, 38,5%, 36,5%, e 26,3%, respectivamente. Essa relação foi observada também no plano fatorial, nos quadrantes III e IV, a violência psicológica predominou na faixa etária de 10 a 14 anos e a violência física na faixa etária de 15 anos ou mais. Contudo, salienta-se que estes indicadores podem estar subnotificados no estado.

Embora a maioria dos casos de agressão sexual não seja denunciada, os melhores dados disponíveis sugerem que a prevalência ao longo da vida de agressão sexual nos Estados Unidos é de aproximadamente 20% entre mulheres adultas.<sup>30</sup> No Brasil, a cada 10 minutos acontece um estupro. Do total deles, 88,5% são perpetrados contra mulheres<sup>31</sup> e, em averiguação nacional, 11,8% das mulheres declararam sofrer violência sexual pelo parceiro íntimo e 10% sofreram pelo menos um episódio de violência sexual durante a vida.<sup>17</sup>

Desta forma, a violência sexual é complexa e deve ser analisada considerando os contextos socioeconômico, político e cultural nos quais ela se faz presente, destacando, ainda, que esse tipo de violência ocorre em todo o mundo, em várias culturas, afetando pessoas em toda a sociedade.<sup>32</sup> E considerando o plano fatorial, nota-se que a violência sexual tem as mesmas características independentemente do número de habitantes dos municípios (quadrante III).

Este estudo teve como limitação o fato de que os dados analisados foram provenientes pessoas que sofreram violência e que procuraram uma unidade de saúde, não sendo mensurados os casos que buscaram somente ajuda policial ou recorreram aos hospitais particulares/consultórios que culturalmente notificam menos e por não haver informação sobre a renda das pessoas que foram notificadas na ficha analisada, o que impediu mensurar a relação direta entre renda e violência sexual. Ademais, os sistemas de informação em saúde, embora sejam fontes oficiais dos registros das doenças e agravos, precisam ser otimizados no que tange a cobertura visto que a minoria dos casos de estupro é notificada no Brasil, e o percentual de vítimas que registram o crime na delegacia é ainda menor.

A qualidade das informações contidas nos bancos de dados dos sistema de informação em saúde é imprescindível para as tomadas de decisão na ciência, uma vez que gera indicadores epidemiológicos que refletem a saúde ou os agravos da população, no entanto, a qualidade dessas informações muitas vezes não é confiável, pois a completude dos dados fica a desejar.<sup>33</sup> As fichas de notificação do SINAN apresentam uma quantidade expressiva de variáveis, mas nem todas são de preenchimento obrigatório quando vão ser digitadas no sistema de informação, o que permite deixá-las em branco mesmo sendo valiosas para o cálculo dos indicadores em saúde, mascarando, assim, as informações contidas nesses bancos de dados.<sup>34</sup>

Verificada a magnitude da violência sexual, espera-se que os dados encontrados contribuam para o desenvolvimento de novas pesquisas e para a ampliação de políticas públicas, possibilitando traçar estratégias para evitar a violência sexual. Espera-se que o estudo possa proporcionar intervenções, na rede assistencial às pessoas em situação de violência e, por fim, que possa contribuir para o aumento das informações da população sobre o tema, incentivando a denúncia no setor da saúde e no meio jurídico e levando a mesma melhor compreensão desse complexo fenômeno.

A violência sexual requer atenção especial dos pesquisadores, governantes, profissionais de saúde e de toda a sociedade para que haja mudança nessa realidade lamentável. Os serviços de saúde devem otimizar as ações que envolvem o processo de identificação e notificação dos casos e a articulação com a rede de assistência e proteção às pessoas que passam por este agravo.

Salienta-se que as autoridades em saúde devem auditar os serviços de referência que prestam profilaxia para os casos agudos de violência sexual em razão do baixo registro dessa informação nas notificações. A profilaxia pode impedir que a pessoa se contamine com infecções sexualmente transmissíveis e tenha gravidez indesejada. O contato com o serviço de saúde deve proporcionar em primeiro lugar a assistência e profilaxias, porém deve ser um lugar que garanta esclarecimentos quanto à rede ampliada de proteção e defesa dos direitos, especialmente às crianças e adolescentes que devem ter sua assistência garantida também pelo Conselho Tutelar acionado pelo profissional de saúde.

A enfermagem deve ser qualificada para o atendimento às pessoas que sofreram violência sexual, visto que é o profissional mais próximo do cliente, carecendo de um olhar atento aos sinais e sintomas e uma escuta qualificada, garantindo notificação de qualidade. Munida de conhecimentos a equipe de enfermagem melhora os atendimentos, com ações éticas, acolhedoras, garantindo assistência integral e humanizada, além de contribuir para a organização da rede de atendimento qualificado e para o diagnóstico de enfermagem considerando as particularidades das pessoas e de cada faixa etária atendida.

## CONCLUSÃO

Há necessidade de otimização da rede assistencial às pessoas situação de violência de violência especialmente contra mulheres e crianças. Foi verificado que há relação entre violência sexual de crianças e adolescentes sendo abusados na própria residência por agressores conhecidos que fazem uso da violência psicológica. As autoridades devem investir em prevenção da violência doméstica perpetrada a essa população.

As pessoas adultas que vivenciam a violência são agredidas sexualmente em via pública por agressor desconhecido que utilizaram violência física, ocorrendo principalmente em episódio único. Dessa forma, percebe-se que devem ser fomentadas melhorias na área de segurança pública com o intuito de coibir essa forma de violência especialmente contra as mulheres, adequada capacitação para o acolhimento, assistência à saúde e notificação.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global consultation violence and health [Internet]. Geneva(CH): OMS; 2002 [acesso 2016 Set 10]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf?ua=1).
2. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Pública* [Internet]. Mai 2013 [acesso 2016 Jul 14]; 29(5):889-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>.
3. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. Set 2013 [acesso 2016 Out 18]; 22(3):403-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300005>.
4. Organização Mundial da Saúde. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência [Internet]. Geneva(CH): OMS; 2010 [acesso 2016 Set 16]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/279104>.
5. Abrahams N, Devries K, Watts C, Pallitto C, Petzold M, Shamu S, et al. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet* [Internet]; 2014 Mai [acesso 2016 Out 10]; 383(9929):1648-54. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62243-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62243-6).
6. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A, Parcours study group. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *The Lancet Public Health* [Internet]. 2018 Jan [acesso 2018 Mar 08]; 3(1):e16-e23. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30211-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30211-6).
7. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva(CH): WHO; 2014 [acesso 2017 Out 28]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/).
8. Cerqueira D, Coelho DSC. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da saúde. [Internet]. Brasília(BR): IPEA; Mar 2014 [acesso 2016 Abr 10]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecnicadiest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecnicadiest11.pdf)
9. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [acesso 2017 Dez 28]; 33(6):e00002716. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>

10. Andrade JO, Castro SS, Heitor SFD, Andrade WP, Atihe CC. Indicators of violence against women according to the reports of health services in the State of Minas Gerais-Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 2017 Out 02]; 25(3):e2880015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>.
11. Lira MOSC, Rodrigues VP, Rodrigues AD, Couto TM, Gomes NP, Diniz NMF. Sexual abuse in childhood and its repercussions in adult life. *Texto Contexto enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2018 Jan 18]; 26(3):0080016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000080016>.
12. Antonio EMR, Fontes TMP. Bioethics and epidemiological aspects of sexual violence victims in maternity wards. *Rev Bioét* [Internet]. 2012 [acesso 2016 Out 17]; 20(2):280-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533259010>.
13. Machado CL, Fernandes AMS, Osis MJD, Makuch MY. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Fev 2015 [acesso 2016 Ago 05]; 31(2):345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00051714>.
14. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]; 2007 [acesso 2016 Ago 09]; 11(Supl):1163-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
15. Cerqueira D, Coelho DS, Ferreira H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. *Rev Bras Segur Pública* [Internet]. Mar 2017 [acesso 2018 Out 10]; 11(1):24-48. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10419/177529>.
16. Trigueiro TH, Silva MH, Oliveira DM, Jesus MCP, Merighi MAB. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2018 Out 10]; 27(1):e6490015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006490015>.
17. Scatena LM, Villa TCS, Netto AR, Kritski AL, Figueiredo TMRM, Vendramini SHF, et al. Difficulties in the accessibility to health services for tuberculosis diagnosis in Brazilian municipalities. *Rev Saúde Pública* [Internet]. Jun 2009 [acesso 2016 Out 18]; 43(3):389-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000022>.
18. Moreira GA, Soares OS, Farias FN, Vieira LJ. Reporting of sexual violence against women in Brazil. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2015 [acesso 2016 Out 18]; 28(3):327-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2015.p327>.
19. Abuya BA, Onsomu EO, Moore D, Piper CN. Association between education and domestic violence among women being offered an HIV test in urban and rural areas in Kenya. *J Interpers Violence* [Internet]. Jul 2012 [acesso 2016 Ago 18]; 27(10):2022-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F0886260511431437>.
20. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. Set 2012 [acesso 2016 Set 18]; 17(9):2305-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>.
21. Smith SG, Chen J, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010-2012 state report. Atlanta(US): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017 [Internet]. 2017 Abr [acesso 2018 Abr 18]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11990/319>
22. Lima JW, Alberto MFP, Santos VM, Brito KL, Silva SLG. Violência sexual infantojuvenil: o que dizem os documentos do juizado. *Estud Interdiscip Psicol* [Internet]. Jun 2014 [acesso 2017 Set 27]; 5(1):2-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n1p2>.
23. Trotman GE, Young-Anderson C, Deye KP. Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(6):518-26.

24. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Nascimento Sobrinho C, Amaral MTR. Sistema de vigilância de violências e acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. Mar 2014 [acesso 2018 Abr 23]; 19(3):773-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18432013>.
25. Oliveira LN, Oliveira FS, Araújo LM, Silva LL, Crispim ZM, Lucindo VBDB. Violência doméstica e sexual contra a mulher: revisão integrativa. *Holos* [Internet]. Dez 2017 [acesso 2018 Abr 20]; 33(8):275-84. Disponível em: <https://doi.org/10.15628/holos.2017.1903>.
26. Nunes MC, Lima RF, de Moraes NA. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. Out 2017 [acesso 2018 Jan 20]; 37(4):956-69. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003652016>.
27. Araújo RP, Sousa FMS, Feitosa VC, Coêlho DMM, Sousa MFA. Perfil sociodemográfico e epidemiológico da violência sexual contra as mulheres em Teresina/Piauí. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. Jan 2015 [acesso 2016 Dez 20]; 4(4):739-50. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769214519>.
28. Lucea MB, Stockman JK, Mana-Ay M, Bertrand D, Callwood GB, Coverston CR. Factors influencing resource use by African American and African Caribbean women disclosing intimate partner violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2013 Mai [acesso 2016 Abr 20]; 28(8):1617-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0886260512468326>.
29. Cambron C, Gringeri C, Vogel-Ferguson MB. Physical and mental health correlates of adverse childhood experiences among low-income women. *Health Soc Work*. 2014; 39(4):221-9.
30. Vrees RA. Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet Gynecol Surv*. 2017; 72(1):39-53.
31. Peixoto AF, Nobre BPR. A responsabilização da mulher vítima de estupro. *Rev Transgressões* [Internet]. Mai 2015 [acesso 2016 Out 02]; 3(1):227-39. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/viewFile/7203/5331>.
32. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. Mai 2013; [acesso 2016 Set 03]; 18(5):1263-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500011>.
33. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SMV. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. Nov 2014; [acesso 2018 Out 02]; 19(11):4467-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.02822013>.
34. Alvares JK, Pinheiro TM, Santos AD, Oliveira GL. Avaliação da completitude das notificações compulsórias relacionadas ao trabalho registradas por município polo industrial no Brasil, 2007-2011. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015; [acesso 2018 Out 02]; 18:123-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010010>.

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Violência sexual e a correlação com iniquidades sociais e sanitárias, 2016 apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2017.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Kataguirí LG, Castro SS.

Análise e interpretação dos dados: Scatena LM, Castro SS, Kataguirí LG.

Discussão dos resultados: Scatena LM, Castro SS, Kataguirí LG.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Castro SS, Rodrigues LR, Kataguirí LG.

Revisão e aprovação final da versão final: Castro SS, Rodrigues LR, Scatena LM, Kataguirí LG.

### AGRADECIMENTO

À Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais / Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador, por fornecer a base de dados para esta pesquisa.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro parecer n.1.986.289, CAAE: 64850017.8.0000.5154.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### HISTÓRICO

Recebido: 30 de maio de 2018

Aprovado: 30 de outubro de 2018

### AUTOR CORRESPONDENTE

Lidieine Gonçalves Kataguirí

lidieine@yahoo.com.br

