

**UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NO
BRASIL ENTRE 2015-2019**

ISABELA TELES DE SOUZA

Aracaju
Fevereiro – 2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NO
BRASIL ENTRE 2015-2019**

Dissertação submetida à banca examinadora
para a obtenção do título de Mestre em Saúde
e Ambiente, na área de concentração Saúde
e Ambiente.

ISABELA TELES DE SOUZA

Marcos Antônio Almeida Santos, Ph.D
Orientador

Aracaju
Fevereiro – 2022

S729e Souza, Isabela Teles de
Estudo epidemiológico da violência interpessoal e
mulheres vítimas de estupro no Brasil entre 2015-2019 /
Isabela Teles de Souza; orientação [de] Prof.º Dr.º Marcos
Antonio Almeida Santos – Aracaju: UNIT, 2022.

75 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestre em Saúde e Ambiente) -
Universidade Tiradentes
Inclui bibliografia.

1. Violência. 2. Delitos sexuais. 3. Epidemiologia. 4. Sistema
de informação em saúde. I. Santos, Marcos Antonio
Almeida. (orient.). III. Universidade Tiradentes. IV. Título.

CDU: 343.541

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E MULHERES
VÍTIMAS DE ESTUPRO NO BRASIL ENTRE 2015-2019**

Isabela Teles de Souza

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

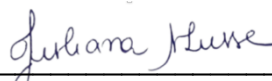
Aprovada por:



Marcos Antonio Almeida-Santos, Dr.
Orientador



Estélio Henrique Martin Dantas, Dr.
(Examinador interno, PSA/UNIT)



Juliana de Oliveira Musse Silva, Dra.
(Examinador externo, HU/UFS)

ARACAJU
2022

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que sofreram violência,
principalmente as vítimas de estupro. Estejam
certos de que visualizei além de números.

EPÍGRAFE

“Haverá necessidade, por muito tempo ainda,
no plano físico terreno, de prisões
restauradoras, sistemas judiciários, processos
punitivos de dissuasão do mal e contratos
civis de proteção aos direitos individuais.
Todavia, enquanto a civilização da Terra não
chega aos pináculos da excelência, no
espírito de fraternidade e cooperação mútua,
entre pessoas e povos, nada impede que
cada criatura, visando potencializar a própria
e a felicidade alheia, comece a aplicar, quanto
antes e quanto possível, os princípios do
amor lúcido em sua existência, quer seja em
relação a filhos, cônjuges, amigos ou
estranhos.”

MARIA
Intermediação do Espírito Eugênia-Aspásia
Médium: Benjamin Teixeira de Aguiar
13 de setembro de 2014
Trecho de “Amor Lúcido”

AGRADECIMENTOS

A Deus por ser a força da criação.

A Nosso Senhor Jesus, Maria Santíssima e Gabriel Cristo a quem tudo devo, inclusive a vida física, em um momento como este de pandemia.

Aos Espíritos Eugênia-Aspásia e Matheus-Anacleto por serem professores e pais espirituais coletivos nessa Universidade-Templo, o Instituto Salto Quântico, a quem agradeço minha matrícula.

A Benjamin Teixeira de Aguiar por ser meu (e de milhões) professor de espiritualidade cristã, que através da sua mediunidade trás magníficos ensinamentos de fé, felicidade e paz. Seu exemplo nos conduz para frente e para cima.

Aos meus pais, Izabel Teles e Rafael Neves pelo incentivo e esforços aos meus estudos, inclusive financiando-os. Muito obrigada minha mãe por ser a mãe dos meus filhos também, cuidando deles quando eu não podia. Eu não conseguiria sem a senhora.

A minha irmã, Rafaela pelo estímulo na realização do mestrado, por não me deixar desisti, por me acolher com suas palavras, por me conhecer e me apoiar em cada passo.

Aos meus filhos, João Gabriel e Pedro Theo que tão pequenos não tinham muito entendimento em deixar mamãe estudar, perdão pelas ausências, foi necessário. Nada fácil iniciar o mestrado com um filho recém-nascido (45 dias). Nós conseguimos meus amores.

A meu esposo, André pelo estímulo a ter mais garra para terminar o curso e pelo apoio nos recursos tecnológicos durante as aulas.

Aos familiares e amigos que de alguma forma me incentivaram, meu irmão Ralisson, minha cunhada Lívia, meus sogros Elena e Alexandre, minha tia Maria, a amiga Zildinha, obrigada pelas palavras de conforto.

As minhas amigas que reencontrei e conheci durante o curso, Liliane e Amanda. As conversas, o apoio, a ajuda de vocês foram essenciais. Obrigada por dividir ansiedades, angústias, medos, mas também muitas risadas e boa conversa.

A Max e Jefferson, meus companheiros de mestrado, trabalho, de horas de estudos. Obrigada pela parceria, pelas partilhas, por todos os ensinamentos e estímulo. Apreendi muito com vocês, obrigada por me acolher em um momento tão importante.

A Daniele, amiga querida que iniciou o mestrado comigo, obrigada por toda ajuda com as bases de dados e palavras de apoio.

A Andrezinho e Larissa Almeida, enfermeiros, amigos e irmãos em humanidade que me orientaram sobre a trajetória do curso.

As enfermeiras, Ely Cecília, Fernanda Gomes, Larissa Primo e Fátima pelo compartilhamento de informações e contatos de profissionais que auxiliariam na pesquisa e ingresso no curso.

A Lidiane, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, e aos funcionários do NEP da Secretária Estadual de Saúde, locais onde seria inicialmente realizada a pesquisa. Obrigada pelas orientações.

A Taciana, amiga que ganhei no grupo de pesquisa. Obrigada por tanto apoio em todas as etapas desse curso, desde orientações com o CEP até a submissão dos artigos.

A Matheus, enfermeiro, na época que comecei o curso, participante do grupo de pesquisa, obrigada por sua ajuda com a base SINAN/DATASUS.

Ao Professor, Dr. Marcos Antonio Almeida Passos, agradeço pela condução na pesquisa, pelo estímulo a buscar fazer o meu melhor, pela delicada e extensa análise estatística, além das aulas de epidemiologia e estatística. O senhor é um profissional ímpar.

Aos Professores do Programa em Saúde e Ambiente e colegas da turma de mestrado 2020, por enfrentarmos juntos os enormes desafios de um modelo diferente aos que nos propusermos, o ensino remoto.

A todos os funcionários da Universidade Tiradentes, pela dedicação e pronto atendimento das necessidades de nós alunos.

Aos professores que participaram das bancas avaliadoras desse trabalho.

A professora Sônia Lima pelo acolhimento, atenção e orientação durante a seleção do mestrado.

A Sônia e Leide que estiveram presentes em alguns momentos durante o curso, me ajudando no cuidado com minha casa e meus filhos.

A todos os profissionais que fazem o Sistema Único de Saúde (SUS) e alimentam os sistemas de informação, nesse trabalho foi utilizado um dos seus bancos de dados.

A todos que incentivam e defendem a educação e a ciência, inclusive nesta época de negacionismo que tomou conta do nosso país. Avante!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS	178
3.1 GERAL	18
3.2 ESPECÍFICOS.....	18
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	199
4.1 DEFINIÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	199
4.2 EPIDEMIOLOGIA: RISCO DE VIOLÊNCIA POR GÊNERO, COR DA PELE/ETNIA E IDADE	20
4.2.1 Gênero.....	20
4.2.2 Cor da pele e etnia.....	21
4.2.3 Idade.....	21
4.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ÍNDICES DE ESTUPRO NO BRASIL	222
5 METODOLOGIA.....	297
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	299
5.2 POPULAÇÃO	299
5.3 COLETA DE DADOS	299
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
6.1 ARTIGO I.....	41
6.2 ARTIGO II.....	499
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
8 ADERÊNCIA À PROPOSTA DO PROGRAMA.....	71
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	722
ANEXO II – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	755

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cronograma das atividades da pesquisa..... **Error! Bookmark not defined.**

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das vítimas de violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN	43
Tabela 2 Características demográficas da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.	44
Tabela 3 - Características sociais da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.....	45
Tabela 4 - Características do perpetrador da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.	46

Artigo II

Tabela 1. Perfil das Mulheres Vítimas de Estupro no Brasil entre 2015 e 2019.....	62
Tabela 2. Características da violência contra mulheres vítimas de estupro no Brasil entre 2015 e 2019.....	63
Tabela 3: Modelo preditivo para o número de casos de estupro contra mulheres (ajustado para a população anual estimada de cada localidade) no Brasil entre 2015 e 2019.....	64

LISTA DE FIGURAS

Artigo II

Figura 1: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por faixa etária, período 2015-2019 (índice com intervalo de confiança de 95%).....	65
Figura 2: Mulheres vítimas de estupro no Brasil, por região e ano, 2015-2019.....	66
Figura 3: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por ano, Brasil 2015-2019 (taxa com intervalo de confiança de 95%).....	67
Figura 4: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por cor da pele / etnia, 2015-2019 (taxa com intervalo de confiança de 95%).....	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATÖES

BIC – Critério de Informação Bayesiano

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EVLI -Redução da Expectativa de Vida Livre de Incapacidade

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

VIVA - Sistema De Vigilância De Violências E Acidentes

RESUMO

A violência interpessoal é um problema de saúde global, alcança todas as faixas-etárias, gêneros, etnias, culturas, religiões, classes sociais, em populações de diferentes níveis de desenvolvimento socioeconômico. No Brasil, dentre os diversos tipos de violência existentes, o crime de estupro é considerado hediondo e as vítimas são majoritariamente mulheres. O objetivo foi realizar um estudo epidemiológico da violência interpessoal no Brasil. Trata-se de um estudo ecológico onde foram analisados *big data* sob o formato de metadados advindos do SINAN/DATASUS, entre 2015 e 2019. Os resultados desta pesquisa foram divididos em dois artigos, um descritivo e outro que apresenta um modelo preditivo para mulheres vítimas de estupro. Variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. Taxas de incidência foram calculadas com ajustes para a estimativa populacional de cada ano, e apresentadas na escala de 1:10.000 habitantes. Um modelo preditivo para análise da taxa de estupro foi realizado. Foi considerado o valor de $p_{\text{bicaudal}} < 0,05$ como critério de significância estatística. Todos os cálculos foram realizados no software Stata, versão 17.0 (College Station, Texas, EUA). Os resultados do artigo descritivo trouxeram um total de 1.534.146 casos de violência notificados em diversas categorias: violência física; violência psicológica; negligência/abandono; violência sexual; tortura; e outros tipos de violência. As principais vítimas de violência foram mulheres (71,55%), brancas (40,40%), com nível fundamental maior incompleto (13,93%), solteira (38,08%) e heterossexual (50,15%). A violência se caracterizou por sexismo como principal motivação (8,88%), sendo a violência física a mais prevalente (60,78%). Quanto aos meios de agressão, a força / espancamento corporal (42,98%) foi o mais utilizado contra a vítima. O perfil majoritário do indivíduo agressor foi sexo masculino (54,54%), adulto (50,36%), cônjuge da vítima (13,61), não alcoolizado (43,41%). O artigo sobre estupro em mulheres apresentou que as vítimas eram principalmente mulheres jovens com alto nível de escolaridade ($p = 0,006$). A taxa de estupros entre indígenas foi significativamente alta se comparada a pessoas menos vulneráveis (0,161; $p < 0,0001$). Houve tendência temporal de aumento da taxa de estupros em todos os anos comparados a 2015 (2016: 0,085; 2017: 0,280; 2018: 0,425; 2019: 0,521; $p < 0,0001$) e disparidades regionais. A desigualdade social contribuiu para o aumento do número de casos (GINI: 5,955; $< 0,0001$). Maiores chances de acontecer em setores comerciais (0,055; $p < 0,0001$) e na residência da vítima (0,036; $p < 0,0001$), sendo adolescentes (0,070; $p < 0,0001$) e conhecidos das vítimas, os principais agressores. Esses resultados demonstram a importância da prevenção da violência, principalmente, em ambiente doméstico, perpetrada por parceiros íntimos, familiares e conhecidos da vítima. Preditores de notificações de estupro reforçam a influência das iniquidades sociais do país na ocorrência do crime. O estudo fornece, até o presente momento, uma das maiores amostras de violência interpessoal notificada por profissionais de saúde no Brasil. O uso de *big data* possibilita a análise dessa amostra e predição de agravos. As subnotificações limitam uma análise mais abrangente do evento, fato que deve ser considerado pelo planejamento das políticas públicas, além de uma melhor preparação dos profissionais para reconhecer e notificar a agressão.

Palavras-chave: Violência; Delitos Sexuais; Epidemiologia; Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

Interpersonal violence is a global health problem, reaching all age groups, genders, ethnicities, cultures, religions, social classes, in populations with different levels of socioeconomic development. In Brazil, among the different types of violence that exist, the crime of rape is considered heinous, and the victims are mostly women. The aim was to carry out an epidemiological study of interpersonal in Brazil. This is an ecological study where big data was analyzed under the format of metadata coming from SINAN/DATASUS, between 2015 and 2019. The results of this research were divided into two articles, one descriptive and another that presents a predictive model for women victims of rape. Categorical variables were presented in absolute number and percentage. Incidence rates were calculated with adjustments for each year's population estimate, and presented on a scale of 1:10,000 inhabitants. A predictive model for analyzing the rape rate was performed. A two-tailed p value <0.05 was considered as a criterion for statistical significance. All calculations were performed using Stata software, version 17.0 (College Station, Texas, USA). The results of the descriptive article brought a total of 1,534,146 cases of violence reported in several categories: physical violence; psychological violence; neglect/abandonment; sexual violence; torture; financial/economic violence; Child labor; legal intervention; trafficking in persons; and other types of violence. The main victims of violence were women (71.55%), white (40.40%), with incomplete higher education (13.93%), single (38.08%) and heterosexual (50.15%). Violence was characterized by sexism as the main motivation (8.88%), with physical violence being the most prevalent (60.78%). As for the means of aggression, force/body beating (42.98%) was the most used against the victim. The majority profile of the aggressor was male (54.54%), adult (50.36%), victim's spouse (13.61), not alcoholic (43.41%). The article on rape in women showed that the victims were mainly young women with a high level of education ($p = 0.006$). The rate of rape among indigenous people was significantly higher compared to less vulnerable people (0,161; $p < 0.0001$). There was a temporal trend of an increase in the rate of rapes in all years compared to 2015 (2016: 0,085; 2017: 0,280; 2018: 0,425; 2019: 0,521; $p < 0,0001$) and regional disparities. Social inequality contributed to the increase in the number of cases (GINI: 5,955; $p < 0.0001$). Greater chances of happening in commercial sectors (0,055; $p < 0.0001$) and in the victim's residence (0,036; $p < 0.0001$), with adolescents (0,070; $p < 0.0001$) and victims' acquaintances being the main aggressors. These results demonstrate the importance of preventing violence, especially in the home environment, perpetrated by intimate partners, family members and acquaintances of the victim. Predictors of rape notifications reinforce the influence of social inequities in the country on the occurrence of the crime. The study provides, to date, one of the largest samples of interpersonal violence reported by health professionals in Brazil. The use of big data makes it possible to analyze this sample and predict injuries. Underreporting limits a more comprehensive analysis of the event, a fact that should be considered when planning public policies, in addition to better preparation of professionals to recognize and notify the aggression.

Keywords: Violence; Sexual assault; Epidemiology; Health Information System.

1 INTRODUÇÃO

A violência interpessoal (VI) está entre as principais causas evitáveis de mortalidade e morbidade prematura. Globalmente, esse agravo está entre as principais causas de mortalidade em crianças e adultos jovens, entre 10 e 24 anos (GBD, 2021). A morbidade também é substancial, embora haja grandes variações, está entre as cinco principais causas de redução da expectativa de vida livre de incapacidade (EVLI) na região central e tropical da América Latina e sul da África Subsaariana (MURRAY *et al.*, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ocorrer por danos físicos, sexuais e psicológicos, ou por privação e negligência, resultando em sérias complicações de saúde até e incluindo a morte. Apesar de suas múltiplas formas e tipologia, a violência contra as mulheres é mais comumente perpetrada por homens, especialmente parceiros íntimos, familiares e, em menor grau, estranhos (WHO, 2017). Violência perpetrada por conhecidos ou íntimos da vítima e estupro são comuns em países em desenvolvimento (MGOPA *et al.*, 2021).

A violência relacionada ao gênero e à sexualidade é uma violação dos direitos humanos e uma preocupação com a saúde. A identificação de preditores pode auxiliar no desenvolvimento de intervenções. Não obstante, a subnotificação da violência interpessoal é um problema em todo o mundo, muitas vezes as vítimas só procuram ajuda se houver a agressão física (LODER; ROBINSON, 2020).

O sistema de saúde é um meio relativamente fácil de acesso ao registro das vítimas. Nesse sentido, profissionais e gestores da saúde pública tem se mobilizado em direção a um modelo de prevenção para a violência, e relatórios da Organização Mundial da Saúde têm se concentrado em delinear fatores de risco (WHO, 2014, 2017, 2020). No Brasil, as notificações de violência através do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), vigente desde 2006, permitem acompanhar a evolução desse agravo sob a ótica temporal e espacial (MALTA *et al.*, 2018). O Ministério da Saúde brasileiro também emite relatórios desses casos notificados no VIVA. No entanto, os relatórios emitidos por entidades de saúde costumam ter grandes limitações por serem revisões narrativas de dados agregados (FAZEL *et al.*, 2018).

O uso de big data, incluindo *linkage* dos bancos de dados mantidos pelo Ministérios da saúde, é uma ferramenta defendida por epidemiologistas pois possibilita a análise e predição de agravos (CHIAVEGATTO FILHO, 2015). A utilização de metadados facilita o manejo de acervos contendo grandes arquivos digitais como é o caso do SINAN/DATASUS. A qualidade desses metadados facilita a interoperabilidade dos dados agregados (YANG; PARK, 2018; GRIES, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar da violência ser um evento mundial, é necessário entender o contexto em que ela se estabelece, em relação as estruturas social, econômica e de saúde de determinada população.

Esse estudo visou levantar dados epidemiológicos acerca da violência interpessoal no Brasil, a fim de ter um panorama geral e de tendências, permitindo com isso analisar as características da violência interpessoal na população brasileira.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Realizar um estudo epidemiológico da violência interpessoal no Brasil entre 2015 e 2019.

3.2 ESPECÍFICOS

Descrever a prevalência e as características sociodemográficas da violência interpessoal;

Analisar a potencial influência da faixa etária, fatores socioeconômicos e aspectos demográficos nos casos de estupro;

Verificar a tendência espaço temporal do estupro.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 DEFINIÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

Violência comunitária, violência de parceiros íntimos e violência sexual, coletivamente referida como violência interpessoal, estão entre as formas mais comuns e graves de violência, e exigem um enorme custo para a saúde pública (ROSENBERG *et al.*, 2017; CDC, 2018a, 2018b; STONE; SIMON; FOWLER, 2018). Os sujeitos submetidos à violência interpessoal estão em risco aumentado de múltiplas condições de saúde mental (transtornos de humor, transtornos de ansiedade, distúrbios alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias ou álcool) e condições de saúde física (doença cardiovascular, dor crônica, distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, infecções sexualmente transmissíveis, lesão cerebral traumática) (EL-SERAG; THURSTON, 2020).

As principais formas de violência interpessoal se distinguem pelo seu contexto e pela natureza da relação agressor-vítima. A violência comunitária refere-se à violência que ocorre entre estranhos, amigos ou conhecidos, e normalmente ocorre fora das residências. Inclui combate físico e agressão com ou sem o uso de armas de fogo e outras armas. Muitas das formas mais graves de violência entre os jovens (também conhecida como "violência juvenil") são englobadas dentro da violência comunitária (CDC, 2017).

A violência do parceiro íntimo inclui danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo perseguição, causada por um atual ou ex-companheiro ou cônjuge (DECKER *et al.*, 2018). É tipicamente vivenciado por mulheres de todas as idades e representa a principal causa de morte por homicídio para mulheres. Também pode ser experimentado em cerca de um terço dos homens com uma gravidade menor (MAZZA *et al.*, 2020).

A exposição de crianças e adolescentes à violência por adultos dentro da família, seja por meio de testemunho ou vitimização, é prejudicial à saúde mental e física e pode estar associada à ansiedade, depressão, transtornos alimentares, uso de substâncias e tabagismo, automutilação e ideação suicida, além de uma saúde geral empobrecida. Além disso, os jovens expostos à violência parental são mais propensos a sofrer bullying ou *cyberbullying* e menos propensos a procurar ajuda profissional (CLARKE *et al.*, 2020).

Em geral, a exposição à violência familiar aumenta o risco de um indivíduo cometer violência em suas próprias relações futuras ou desenvolver outros desfechos deletérios de saúde mental e comportamental (INGRAM *et al.*, 2020). Maus tratos no início da vida, abuso ou negligência parecem ser a porta de entrada da má regulação emocional, aumento da evasão, supressão emocional e expressão de emoções negativas em resposta ao estresse (GRUHN; COMPAS, 2020). Em outras palavras, uma criança abusada é potencialmente um abusador na idade adulta, em uma reprodução transgeracional da violência.

A violência sexual refere-se à atividade sexual quando o consentimento não é obtido ou não é dado livremente. Além da penetração forçada, muitas vezes referida como estupro, a violência sexual pode incluir contato sexual indesejado ou penetração sexual coagida. Como os parceiros íntimos atuais ou antigos são os principais autores da violência sexual contra as mulheres, violências entre parceiros íntimos e violência sexual estão intimamente ligadas (BLACK; BASILE; BREIDING, 2011; WHO, 2017; MGOPA *et al.*, 2021).

A violência auto direcionada inclui o suicídio, definido como morte causada por comportamento auto direcionado prejudicial com a intenção de morrer em decorrência do comportamento. Uma tentativa de suicídio é um ato prejudicial não fatal com intenção de morrer e refere-se a envenenamento auto infligido intencional, lesão ou outra automutilação (KING; ARANGO; FOSTER, 2018).

Essas formas de violência estão intimamente entrelaçadas. Muitas vezes co-ocorrem, como exemplificado por homicídio-suicídio de parceiro íntimo (ou seja, fatalidades simultâneas para ambos os membros de um relacionamento). Eles também compartilham inúmeros fatores de risco (NELON *et al.*, 2019). Muitas vezes são mais visíveis em seu primeiro período de pico de risco da adolescência e início da vida adulta, mas trajetórias de violência muitas vezes estão enraizadas em experiências de vida muito anteriores, incluindo adversidades e maus tratos na infância, tornando a prevenção e a resposta precoces essenciais (AHMADI-MONTECALVO *et al.*, 2019).

Os números da violência na saúde pública também vêm de experiências não fatais e do testemunho dessas formas de violência. A experiência com a violência interpessoal pode ter consequências substanciais no âmbito social e da saúde, como saúde física e mental ruim, uso de substâncias ilícitas, realização acadêmica atrofiada e reduções no potencial de ganho a longo prazo (TURANOVIC; PRATT, 2017).

4.2 EPIDEMIOLOGIA: RISCO DE VIOLÊNCIA POR GÊNERO, COR DA PELE/ETNIA E IDADE

Gênero, cor da pele/etnia e idade distinguem populações-chave em risco de violência. Essas características são melhor consideradas por meio de uma estrutura de interseccionalidade que examina múltiplos fatores simultâneos e identidades sociais que influenciam interativamente o risco. A interseccionalidade incentiva explicitamente o foco na opressão, desigualdade estrutural e dinâmicas de poder díspares para compreender e reduzir as disparidades de saúde e sociais (BAUER, 2014; DECKER *et al.*, 2018).

4.2.1 Gênero

Os homens são mais propensos a realizar formas letais e não letais de violência interpessoal do que as mulheres, enquanto as mulheres são as principais vítimas de violência interpessoal, principalmente doméstica e sexual. As estatísticas sobre violência contra a mulher em geral mostram que ela é generalizada, variando globalmente entre 30% e 70% das mulheres que sofreram violência física e/ou sexual por um parceiro ou violência sexual por um não parceiro em algum momento da vida (WHO, 2017).

Além disso, estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) mostrou que, em 2019, 30,4% dos homicídios contra mulheres ocorreram dentro de casa, a proporção para os homens foi de 11,2% (IBGE, 2020).

4.2.2 Cor da pele/Etnia

Profundas disparidades raciais/étnicas existem nas taxas de violência. A maioria dos casos de violência segundo raça\cor branca ocorrem dentro da residência, cerca de 76%. O contrário acontece com as mulheres pardas e pretas, as quais, um pouco mais da metade são vítimas de violência fora do ambiente doméstico, cerca de 53-58% (FERREIRA *et al.*, 2016).

De acordo com o relatório do IBGE (2020), quando comparadas as taxas de homicídio entre as mulheres pretas ou pardas e as brancas, tanto no domicílio quanto fora dele, nota-se que a questão de cor ou raça tem um peso significativo. No domicílio, a taxa para as mulheres pretas ou pardas era 34,8% maior que para as mulheres brancas; fora do domicílio era 121,7% maior.

Percebe-se que as mulheres de cor preta/parda são mais susceptíveis a violência comunitária, um reflexo das condições do preconceito sociocultural existente no país. Por último, é necessário assinalar que a discussão sobre violência e etnia tem como fator de confusão a posição socioeconômica dos indivíduos; como se observou em estudo realizado na Bahia, todas as formas de vitimização recaíram de modo mais frequente sobre pessoas que habitavam bairros periféricos. Sendo os negros aqueles que residem, sobretudo, nos bairros periféricos e caracterizados pela pobreza, é possível esperar também que os eventos pesquisados se concentrem mais neste grupo (NORONHA *et al.*, 1999).

4.2.3 Idade

O levantamento do Atlas da Violência 2018 (Ipea/FBSP, 2018) revela que cerca de 51% dos casos de violência interpessoal, em 2016, vitimaram crianças com menos de 13 anos de idade. Em 30% desses casos, o agressor era amigo ou conhecido da criança e em outros 30% o agressor foi um familiar próximo, como pai, padrasto, irmão ou mãe. Quando o agressor é conhecido, a violência sexual ocorreu dentro da casa da vítima em 78% dos casos.

Contudo, de forma geral, adolescentes e adultos jovens de 15 a 24 anos são as vítimas que apresentam incidência desproporcionalmente alta de todas as formas de violência; sendo que suicídio e homicídio são a segunda e terceira causas de morte, respectivamente, nessa faixa etária (CDC, 2018a). De acordo com estudo realizado no LAC+USC Medical Center, em Los Angeles, vítimas jovens, internadas por ferimento de arma de fogo e que fazem uso de psicoativos são mais propensas à reincidência de violência interpessoal (FORAN *et al.*, 2019).

A violência praticada contra a pessoa idosa nem sempre é fácil de identificar, uma vez que nem todas as agressões direcionadas a esse público deixam marcas físicas (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Além das lesões físicas, idosos vítimas de violência vivenciam traumas morais e psicoemocionais. A violência contra pessoas idosas, muitas vezes, provoca o desenvolvimento de condições dependência e incapacidade, podendo, em alguns casos, resultar em óbito (CORREIRA *et al.*, 2012). De acordo com uma meta análise incluindo com 52 trabalhos publicados entre 2002 e 2015, estima-se que uma em cada seis pessoas idosas sejam vítimas de agressão ao redor do mundo (YON *et al.*, 2017). Uma pesquisa de abrangência nacional no Brasil identificou um total de 233.383 denúncias de violência contra pessoas idosas encaminhadas ao Disque 100 entre 2011 e 2018 (FREITAS; BENITO, 2020).

4.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E ÍNDICES DE ESTUPRO NO BRASIL

A violência contra a mulher está historicamente subsidiada por aspectos relacionados ao gênero, perpetuada em uma condição de subordinação sociocultural patriarcal, que atinge governos, políticas, religiões, escolas, meios de comunicação, a família e a sociedade. Assim, foram cultivadas práticas sociais que depreciaram a integridade, desenvolvimento, saúde, liberdade e vida das mulheres (GEBRIM; BORGES, 2014).

Trata-se de um fenômeno com abordagem multi e interdisciplinar, tendo em vista a visibilidade e o enfrentamento do problema, pois parte-se da premissa que violência relacionada ao gênero é inaceitável. Nesse âmbito, vários esforços foram realizados no cenário internacional para minimizar a violência contra a mulher. Destacam-se a Convenção e a Declaração sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979; ONU, 1993), as Declarações e Programas de Ações decorrentes das principais conferências internacionais das Nações Unidas (ONU, 1993; ONU, 1994; ONU, 1995), e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994).

Nesse contexto, a Convenção de Belém do Pará, foi um marco no reconhecimento da violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos e da liberdade, responsabilizando o Estado pela ação de perpetrador e/ou de omissão (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994; PAULA, 2017).

No âmbito nacional, a construção e promulgação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) propiciou espaço para discussões sobre violência de gênero (BRASIL, 1984), as quais foram reforçadas pelo Estatuto da Criança e da Adolescência (ECA) (BRASIL, 1990a). Posteriormente vieram, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001), o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (BRASIL, 2002), o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004a), a Notificação compulsória de violência contra a mulher (BRASIL, 2004b) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005a).

É fato que discussões internacionais e nacionais desta natureza propiciaram direcionamento e redução de lacunas pertinentes a umas das mais impactantes facetas da violência contra a mulher, a violência sexual. Essa apresenta magnitude global e trata-se de uma crescente preocupação em diversas localidades independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural (GONZÁLEZ-CHICA *et al.*, 2019; WHO, 2002; WHO, 2005; LODER; ROBINSON, 2020).

Apesar da violência sexual ser um evento mundial, é necessário entender o contexto em que ela se estabelece, em relação as estruturas social, econômica e de saúde de determinada população. Dessa forma, torna-se imprescindível a estruturação de definições que minimizem as incompreensões sobre o agravo (SILVA; RONCALLI, 2020).

Violência sexual é definida como qualquer ato voltado contra a sexualidade de uma pessoa em que outra pessoa se utilize da coação, permeia desde comentários ou investidas sexuais ao estupro, e pode acontecer independentemente da relação vítima-agressor e do cenário (WHO, 2002). Contudo, pode ser descrita, analisada e interpretada de diferentes formas, tendo em vista a percepção individual e/ou coletiva sobre direitos civis, sociais, econômicos e culturais. (SILVA, 2019).

Além das prerrogativas postas pela OMS, a VS ganhou notoriedade legal e conceitual por meio da Lei Maria da Penha, a qual considera qualquer conduta cometida contra alguém que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006a).

O código penal brasileiro, em seu artigo 13 define estupro como o ato de constranger o indivíduo, por violência ou ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Traz também em seu artigo 17 que ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos também é considerado estupro

(BRASIL, 2009). Desse modo o estupro pode ser dividido; quando há conjunção carnal, ou seja, penetração do pênis parcial ou total na vagina, com ou sem ejaculação; e outros atos libidinosos, que são o sexo oral, sexo anal, masturbação, introdução de objetos, entre outros (BITENCOURT, 2012).

Existe também o crime de importunação sexual segundo a lei 13.718 de 2018 em que é definido como o ato praticado contra alguém e sem a sua anuência qualquer ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro (BRASIL, 2018).

Outros países também corroboram com a lapidação conceitual sobre VS considerando suas especificidades socioculturais, como é o caso do México que a considera como qualquer ato que degrade ou danifique o corpo e/ou a sexualidade das mulheres e que, portanto, viole sua liberdade, dignidade e integridade física (MÉXICO, 2007), do Peru, que a pontua como ações de natureza sexual que são cometidas contra uma pessoa sem seu consentimento ou sob ameaças, coerção, uso de força ou intimidação, incluindo atos que não envolvem penetração ou contato físico (PERU, 2015) e da Colômbia que a considera como dano gerado decorrente da ação que consiste em forçar uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal ou a participar de outras interações sexuais através do uso de força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite a vontade pessoal (COLÔMBIA, 2008).

Apesar do aperfeiçoamento conceitual vivenciado nas últimas décadas, a representatividade da VS ainda é um contraponto de extrema fragilidade no mundo, pois trata-se de um agravo relacionado com fatores de ordem moral, ética e cultural, manifestados por medo ou vergonha, e que limitam a vítima na realização da denúncia, além da grave subnotificação institucional (DARTNALL; JEWKES, 2013; SHOHEL *et al.*, 2014; GIANNINI; CDC, 2020; COELHO, 2020). Soma-se a baixa qualidade das informações depositadas nos sistemas de informações e ausência de inquéritos nacionais, fatores que fragilizam a elaboração de políticas públicas (WHO, 2014).

Dentre os tipos de violência sexual existentes, o estupro é o mais incidente. Globalmente, as maiores vítimas de violência sexual são mulheres, estudos indicam que aproximadamente 1 em cada 3 mulheres (35%) em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte de parceiros ou terceiros durante a vida (WHO, 2013). Cerca de 120 milhões de crianças e adolescentes do sexo feminino e idade inferior a 20 anos foram obrigadas a ter relações sexuais ou praticar outros atos libidinosos (UNICEF, 2014).

Ademais, são encontradas taxas de violência sexual de 59% na Etiópia (WHO, 2012), 31,1% para Lubumbashi e República Democrática do Congo (BIENFAIT *et al.*, 2019), 16,4% na Austrália, 15,3% no Peru e 14,8% para Oceania (ABRAHAMS *et al.*, 2014). Estudos europeus indicam que 5% a 6% das mulheres são vitimadas com episódio de estupro em suas vidas (MÜLLER; SCHÖTTLE, 2005; EUROPÄISCHE UNION, 2014).

No Brasil, em 2014, foram estimadas no mínimo 527 mil pessoas estupradas (CERQUEIRA; COELHO, 2014), no entanto, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2015) registrou no mesmo ano apenas 47.643 casos de estupro, tal discrepância salienta a potencial gravidade da subnotificação no país. De acordo com Giannini e Coelho (2020) entre 2012 e 2017, a VS concentrou 54% dos casos de acordo com dados representativos dos setores da saúde. Em 2018 foram 66.041 mil vítimas de estupro, o que equivale a 180 casos por dia, sendo a maioria das vítimas do sexo feminino (81,8%), até 13 anos (53,8%) e negras (50,9%) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2019).

Na edição de 2018, pela primeira vez, o Atlas da Violência elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, apresentou uma análise sobre a violência sexual contra meninas e mulheres. Ao comparar os dados registrados pelas polícias nos estados brasileiros e no Sistema Único de Saúde. O estudo alerta que os dados, que já são alarmantes, não dão a verdadeira dimensão desta grave violência no Brasil. Enquanto as polícias registraram 49.497 estupros em 2016, o Sistema Único de Saúde contabilizou 22.918 casos. Com base em estudos internacionais, o Atlas considera que apenas de 10% a 15% dos casos são reportados – o que elevaria para 300 mil a 500 mil o número de estupros cometidos no Brasil a cada ano (IPEA, 2018)

O estupro envolve impactos físicos, reprodutivos, psicológicos e sociais na população violentada sexualmente (TRIGUEIRO *et al.*, 2017). Os danos vão desde imediatos aos de longo prazo, como gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, uso de substância psicoativas, tentativa de suicídio, transtorno mental, comportamental, do estresse pós-traumático e depressão (NUNES *et al.*, 2017; PLATT *et al.*, 2018). Após a agressão sexual, vítimas são potencialmente vulneráveis ao adoecimento mental. Dentre os distúrbios foram observados altos índices de ansiedade (moderada a severa), depressão (moderada a grave), autoagressão não-suicida, ideação suicida, além do uso de álcool e maconha (PARR, 2020).

Um estudo brasileiro sobre estupro contra a mulher e o setor saúde apontou que 7,6% das 1.230 mulheres engravidaram de seus agressores. Somente 50,0% das mulheres que sofreram violência sexual receberam contracepção de emergência. Considerou ainda que, apesar da interrupção da gravidez após esse crime está prevista em lei, nem todas as mulheres têm acesso facilitado ao procedimento (DELZIOVO *et al.*, 2018).

Outro aspecto de difícil representatividade na abordagem ao estupro é o impacto econômico resultante desse agravo. Dados dos EUA demonstram que a violência sexual efetivada por estupro demanda cerca US \$ 122.461 por vítima, consolidando US \$ 3,1 trilhões, os quais incluem custos médicos (US \$ 1,2 trilhão) perda de produtividade das vítimas e agressores (US \$ 1,6 trilhão) e custos judiciais (US \$ 234 bilhões) (PETERSON *et al.*, 2017).

Diante da abrangência social, impacto econômico e em saúde, algumas medidas de enfrentamento vêm apresentando paulatina progressão. No Brasil, salienta-se a implantação da Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - Ligue 180 (BRASIL, 2005b), a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a), o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) (BRASIL, 2006b), o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2013), dentre outros marcos legais.

Nesse âmbito, destaca-se o papel dos sistemas de saúde no combate ao estupro, como provedor de serviços qualificados para atendimento e apoio a vítimas, reduzindo traumas e prevenindo recidivas de violência (WHO, 2014). Para tal, é necessária uma abordagem intersetorial e multiprofissional, pois, promover saúde é uma estratégia complexa e que exige conhecimento sobre a relação do homem com seus padrões de desenvolvimento, com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida, ou seja, se faz necessário entender a relação do agravo com as condições sociais e econômicas da população (FOCESI, 1990; MOYSÉS; WATT, 2000; MORETTI *et al.*, 2010).

A perspectiva de “Saúde” em pleno século XXI, em uma sociedade globalizada, que vislumbra longevidade, maiores taxas de sobrevivência, e especialmente, qualidade de vida frente a agravos resultantes da violência, é uma tarefa multi e interdisciplinar, audaciosa e de grande complexidade. Exige internacionalização e reflexões sobre todas as partes interessadas, em especial a parcela populacional mais acometida pelas desigualdades socioambientais (RAYNAUT, 2004; HUBER *et al.*, 2011; FORTES; RIBEIRO, 2014).

Na perspectiva da violência sexual, o direcionamento do constructo saúde permeia a capacidade de lidar, manter e restaurar a integridade, o equilíbrio e a sensação de bem-estar nos domínios físico, mental e social (HUBER *et al.*, 2011; BOERS; JENTOFT, 2015), fato que exige condições básicas de cidadania e acessibilidade, indistintamente da raça, religião, posicionamento político e condição socioeconômica (WHO, 2011).

Nesse sentido, desde 1978, discussões são sustentadas em prol da garantia da acessibilidade, universalidade e integralidade da atenção em saúde, como visto na Conferência de Alma-Ata, uma iniciativa da OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978). Corroborando, em 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa – Canadá, defendeu dentre outros apontamentos, que para um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (OTTAWA, 1986).

No Brasil, desde 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante promulgação da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Nos dias atuais, esse direito à saúde é mediado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990b; BRASIL, 1990c), o qual no percurso de 30 anos foi responsável por importantes mudanças na atenção à saúde da

população, com ampliação da oferta de serviços e possibilidades de acesso (VIACAVA *et al.*, 2018), especialmente quando se refere a assistência às vítimas de violência sexual.

Os centros de referência para vítimas estupro garantem a anticoncepção de emergência em até 72 horas após o abuso sexual, o direito ao diagnóstico e tratamento de lesões genitais; amparo médico, psicológico e social; profilaxia de IST, realização de exames para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis, hepatite B e C, assistência para interrupção da gravidez dentro de aspectos legais, notificação do caso e acesso a informações sobre seus direitos (BRASIL, 2012). A partir de 2013 todos os hospitais integrantes da rede SUS devem prestar atendimentos as vítimas de violência sexual (BRASIL, 2013). Agrega-se em alguns serviços, a coleta de vestígios para qualificação da avaliação da agressão sexual e respaldo judicial (VREES, 2017; BRASIL, 2018).

Além disso, funcionam como articuladores da rede multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional, unido a atuação de organizações e serviços disponíveis e que possam contribuir com a assistência, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), do Instituto Médico Legal (IML), do Ministério Público, casas-abrigo, grupos de mulheres, creches, entre outros (BRASIL, 2012).

Ademais, diretrizes para o atendimento das vítimas pelos profissionais de segurança pública e de saúde foram estabelecidas com o intuito de melhor acolhimento e evitar a revitimização com a criação do decreto 7.958/13 (BRASIL, 2013).

No entanto, para minimizar os índices e consequências do estupro, precisamos ir além de uma base teórica de ações em saúde. Torna-se necessário desfazer nós crônicos intrínsecos as condições econômicas do país, ao nível de renda dos indivíduos e suas famílias, a genética, a alimentação, ao nível educacional, ao estilo de vida, a características sociodemográficas e ambientais de cada região e aos recursos governamentais, ou seja, é imprescindível força de trabalho para lapidar os determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Trata-se de um consenso a concepção que a condição de vida da população influencia a ocorrência de problemas de saúde (OMS, 2008; CARVALHO, 2013; FAJARDO-ORTIZ *et al.*, 2015), o que inclui as sérias consequências da violência sexual contra mulheres. A maioria das iniquidades em saúde são resultantes das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (CARVALHO, 2013).

Nesse âmbito, a OMS (2012) pontua fatores de risco para vitimização da mulher a violência sexual, como juventude, baixo nível de escolaridade, mulheres separadas/divorciadas/solteiras, início precoce de atividade sexual, violência sexual prévia,

violência intraparental, depressão, uso de álcool e drogas, multiplicidade de parceiros, pobreza, ideologia do direito masculino ao sexo e sanções legais fracas.

De forma complementar, Carvalho (2013) ressalta que as distribuições desigualitárias de poder, recursos e atribuições hierárquicas concretizam desigualdades de gênero, as quais influenciam a saúde de infinitas cidadãs, mediante padrões discriminatórios de alimentação e lazer, divisões injustas de trabalho e atos de violência doméstica e sexual. É fato, a violação da cidadania consiste em um forte fator para perpetração da violência sexual (SILVA, 2019).

Diante do exposto, não pode ser aceito que sistemas econômicos e políticos reduzam o fenômeno da violência sexual à esfera individual, o Estado precisa levar afanco o seu papel frente a coletividade. Para tal, torna-se imprescindível a implementação de intervenções em rede, abrangendo os mais variados setores da sociedade para que seja possível amenizar as iniquidades sociais contemporâneas e vislumbrar bem-estar, cidadania e possivelmente a prevenção do estupro contra mulheres, crianças, idosos, negros, brancos (OMS, 2012; CARVALHO, 2013).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico de caráter exploratório, retrospectivo e quantitativo. Foram utilizados os dados públicos para os anos de 2015 a 2019. Esses anos foram escolhidos por ser o último quinquênio disponível publicamente na base de dados. As informações epidemiológicas acerca da violência interpessoal foram obtidas mediante consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde no Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (DATASUS). Esses dados representam notificações oriundas do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN).

5.2 POPULAÇÃO

A população consistiu em todos os casos de violência interpessoal notificados por profissionais de saúde e publicadas no referido banco de dados para violência interpessoal, no período de 2015 a 2019, um total de 1.534.146 notificações.

5.3 COLETA DE DADOS

O número de casos notificados por categorias foi filtrado de acordo com variáveis relacionadas à vítima e agressor e classificadas em sociodemográficas (região; anos; cor da pele/ etnia autorreferida; escolaridade; gravidez; estado civil; orientação sexual; e deficiência/ distúrbio) e características da violência (dia da semana; semana; motivo da violência; tipo de violência; meio de agressão e vínculo do agressor com a vítima). A variável faixa etária contempla desde <1 ano a >60 anos por tratar-se de uma violência que também possui acometimentos significativos na infância e adolescência. A variável “raça/cor” retrata fundamentalmente a cor da pele e traços étnicos, conforme autodeclaração, sendo classificada em “branca”, “amarela”, “parda”, “preta”, “indígena” ou “ignorada”.

Após o primeiro estudo sobre violência interpessoal, de forma geral, realizou o segundo estudo com a categoria “estupro”.

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. As variáveis contínuas foram apresentadas como média e desvio padrão. A taxa de estupro

feminino foi calculada para cada ano e estado de acordo com a respectiva estimativa populacional e ajustada para 10.000 habitantes (IBGE, 2019).

Uma análise preditiva da taxa de estupro em mulheres foi realizada de acordo com as seguintes características: modelo linear generalizado, família gaussiana, "link" identidade e correção para possível heterocedasticidade calculando erros padrão "robustos" de acordo com o método de Huber-White. As estimativas do modelo foram apresentadas como coeficientes e intervalos de confiança de 95%.

Os parâmetros utilizados para avaliar o melhor ajuste do modelo foram: aumento do R^2 e redução do BIC (critério de informação bayesiano). Para preditores que foram estatisticamente significativos, o tamanho do efeito foi calculado pela obtenção do η^2 parcial, ou seja, avalia-se a intensidade da variância explicada pela relação entre um preditor e o desfecho, uma vez que a contribuição da variância explicada é excluída pelo conjunto representado pelos outros preditores. Os valores η^2 foram interpretados de acordo com o tamanho do efeito: pequeno ($<0,01$), discreto ($> 0,01$ e $<0,06$), médio ($> 0,06$ e $\leq 0,14$) e grande ($> 0,14$). Um valor de p bicaudal $<0,05$ foi indicativo de significância estatística. Todos os cálculos foram realizados no software Stata, versão 17.0 (College Station, Texas, EUA).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes através do parecer 4.227.976; CAAE: 34690920.1.0000.5371 (Anexo I). Não foi necessário Termo de Consentimento visto que são dados secundários provenientes de base de dados de livre acesso.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAMS, N.; DEVRIES, K.; WATTS, C.; PALLITTO, C.; PETZOLD, M.; SHAMU, S.; GARCÍA-MORENO, CABRAHAMS, N. Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *The Lancet*, v. 383, n. 9929, p. 1648–1654, 2014.
- AHMADI-MONTECALVO, H.; LILLY, C. L.; ZULLIG, K. J.; JARRETT, T.; COTTRELL, L. A.; DINO, G. A. A latent class analysis of the co-occurrence of risk behaviors among adolescents. *American journal of health behavior*, v. 43, n. 3, p. 449-463, 2019.
- BAUER, G. R. Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: challenges and the potential to advance health equity. *Soc Sci Med*, v. 110, p. 10-17, 2014.
- BIENFAIT, M.M.A.; SIMON, I. K.; GABIN, B. K.; CATHY, K. K.; FRANÇOISE, M.K.; JEAN-BAPTISTE, K.S.Z. Determinants of sexual violence in the city of Lubumbashi: Household survey in Kampemba health district. *Open Access Library Journal*, v. 6, n. 7, p. 1-11, 2019.
- BITENCOURT, C. R. *Tratado de Direito Penal: parte geral* 1.18. ed., São Paulo: Editora Saraiva, 2012, p.33.
- BOERS, M.; JENTOFT, A.J.C.A. New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. *Calcif Tissue Int*, v. 97, n. 5, p. 429–431, 2015.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 1990b.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, dez. 1990c.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, out. 2003.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Presidência da República – Casa Civil: Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**, ago. 2013.
- BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da União** 2009; 10 ago.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Jul. 1990a.
- BRASIL. Lei Nº 13.718. Introduce modificações nos crimes contra a dignidade sexual. **Diário Oficial da União**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13718-24-setembro-2018-787192-publicacaooriginal-156472-pl.html>. Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil**. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984; 27p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Segurança Pública. Ministério dos Direitos Humanos. **Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. 2ª ed. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01**, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, 214, Seção 1, nov. 2004b; 84p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. e ampl. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.356 de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), 2006b.

Brasil. 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; 13 mar.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Políticas**. Ligue 180. 2005b.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.A. Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A.I. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. 2013 [acessado em 20 abril 2020]. Disponível em: <http://books.scielo.org>.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. **Web-based Injury Statistics Query and Reporting System**. 2018. [Acessado em 07 nov 2021] Disponível em: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars>.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **10 leading causes of death by age group, United States—2016**. 2018. [Acessado em 07 nov 2021] Disponível em: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html>.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Violence Prevention. **Preventing Sexual Violence**. 2020 [acessado em 08 jun 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/sexualviolence/fastfact.html>.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher**. 1979. [acessado em 09 jun 2020] Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Nota técnica N° 11. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde**. Brasília: Ipea, 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 325-332, jun. 2015. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 jan. 2022.

CLARKE, P.; OLIVE, N.; AKOOJI, K. Whittaker. Violence exposure and young people's vulnerability, mental and physical health. *Int J Public Health*, v. 65, n. 3, p. 357, 2020.

COLÔMBIA. Presidencia de la República. Congreso Nacional. Ley 1257 de 2008. Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los **Códigos Penal**, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. 2008c.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “convenção de Belém do Pará”**. 1994 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: <http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>.

CORREIRA, T. M. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; SALGADO, R. A. G.; MELO, H. M. A. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol* v. 15, n. 3, p. 539-36, 2012.

DARTNALL, E.; JEWKES, R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* v. 27, n. 1, p. 3-13, 2013.

DECKER, M. R.; WILCOX, H. C.; HOLLIDAY, C. N.; WEBSTER, D. W. An integrated public health approach to interpersonal violence and suicide prevention and response. *Public health reports* v. 133, n. 1, p. 65S-79S, 2018.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, Cazaquistão. Set 6-12; 1978 [acessado em 22 abril 2020]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

DELZIOVO, C. R.; COELHO, E.B.S.; D'ORSI, E.; LINDNER, S.R. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2018, v. 23, n. 5 [acessado 16 março 2021], pp. 1687-1696. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.20112016>>

DEUTSCHE, W. **Violência contra mulheres: ONU apela por proteção para mulheres durante isolamento social**. 2020.

DUARTE, J. B. **Análise do perfil Epidemiológico de Violência Doméstica e Sexual em Vitória de Santo Antão**. [Trabalho de Conclusão de Curso] – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2018.

EL-SERAG, R; THURSTON, R. C. Matters of the Heart and Mind: Interpersonal Violence and Cardiovascular Disease in Women. *J Am Heart Assoc*, v. 9, n. 4, p. e015479, 2020.

EUROPÄISCHE UNION. **Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung: Ergebnisse auf einen Blick**. Luxembourg: Amt für Veröffentlichungen; 2014.

FAJARDO-ORTIZ, G.; FERNÁNDEZ-ORTEGA, M.A; ORTIZ-MONTALVO A.; OLIVARES-SANTOS R.A. La dimensión del paradigma de la complejidad en los sistemas de salud. *Cirugía y Cirujanos*, v. 83, n. 1, p. 81-86, 2015.

FAZEL, S.; SMITH, E. N.; CHANG, Z.; GEDDES, J. R. Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. **The British Journal of Psychiatry**, v. 213, n. 4, p. 609-614, 2018.

FERREIRA, R. M.; VASCONCELOS, T. B. D.; MOREIRA FILHO, R. E.; MACENA, R. H. M. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 3937-3946, 2016.

FOCESI, E. Educação em saúde: campos de atuação na área. *Rev. Bras. Saúde Escolar*, v. 1, p. 19-21, 1990.

FORAN, C.; CLARK, D.; INABA, K.; SCHELLENBERG, M.; WADE, N. B.; DEMETRIADES, D. Youth and Young Adult Victims of Interpersonal Violence at LA County + USC Medical Center: A Review of Epidemiology and Recidivism. *Am Surg* v. 85, n. 10, p. 1166-1170, 2019.

FORTES, P.A.C.; RIBEIRO, H.R. Saúde Global em tempos de globalização. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 366-355, 2014.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. Ano 13. 2019 [acessado em 06 jun 2020]. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publica/>.

FREITAS, L. G.; BENITO, L. A. O. Denúncias de violência contra idosos no Brasil: 2011-2018. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, v. 9, n. 3, p. 483-99, 2020.

GBD 2019 Adolescent Mortality Collaborators (2021). Global, regional, and national mortality among young people aged 10-24 years, 1950-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, v. 398, n. 103111, p. 1593–1618, 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01546-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01546-4).

GEBRIM, L.M.; BORGES, P.C.C. Violência de gênero - Tipificar ou não o feminicídio/feminicídio?. *Revista de Informação Legislativa*, v. 51, n. 202, 2014.

GIANNINI, R.A.; COELHO, T.H. Evidências sobre violência contra mulheres no Brasil, na Colômbia e no México: tendências, desafios e caminhos para o futuro. **Instituto Igarapé**. Artigo Estratégico 45. jan. 2020.

GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; LICINIO, J.; MUSKER, M.; WONG, M.; BOWDEN, J.; HAY, P; STOCKS, N. Bullying and sexual abuse and their association with harmful behaviours, antidepressant use and health-related quality of life in adulthood: a populationbased study in South Australia. *BMC Public Health*, v. 19, n. 1, p. 26, 2019.

GOULART, D. **Notas sobre uma leitura feminista da pandemia.** 2020 [acessado em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/notas-sobre-uma-leitura-feminista-da-pandemia>.

GRIES, C.; BUDDEN, A.; LANEY, C.; O'BRIEN, M.; SERVILLA, M.; SHELDON, W. *et al.* Facilitating and improving environmental research data repository interoperability. *Data Sci J* v. 7, n. 22, 2018.

GRUHN, M. A.; COMPAS, B. E. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, v. 103, n. e104446, 2020.

HUBER, M.; KNOTTNERUS, J.A.; GREEN, L.; VAN DER HORST, H.; JADAD, A.R.; KROMHOUT, D.; SCHNABEL, P. How should we define health? *BMJ*, v. 343, 2011.

IBGE. **Estatísticas de gênero:** indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2020. [Acessado em 07 Nov 2021]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades federativas**, 2019. [Acessado em 17 de Junho de 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/en/statistics/social/population-formunicipalities-and-federation-units.html?=&t=o-que-e>

INGRAM, K. M.; ESPELAGE, D. L.; DAVIS, J. P.; MERRIN, G. J. Family Violence, Sibling, and Peer Aggression During Adolescence: Associations With Behavioral Health Outcomes. *Frontiers in psychiatry* v. 11, n. 26, 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Atlas da Violência.** Fórum Brasileiro de Segurança Pública, Rio de Janeiro, 2018.

KING, C. A.; ARANGO, A.; FOSTER, C. E. Emerging trends in adolescent suicide prevention research. *Current opinion in psychology*, v. 22, p. 89-94, 2018.

LABRUM, T.; SOLOMON, P.; MARCUS, S. Victimization and perpetration of violence involving persons with mood and other psychiatric disorders and their relatives. *Psychiatric services* v. 71, n. 5, p. 498-501, 2020.

LESSARD, G.; LÉVESQUE, S.; LAVERGNE, C.; DUMONT, A.; ALVAREZ-LIZOTTE, P.; MEUNIER, V.; BISSON, S. M. How adolescents, mothers, and fathers qualitatively describe their experiences of co-occurrent problems: intimate partner violence, mental health, and substance use. *Journal of interpersonal violence*, 2020.

LODER, R. T.; ROBINSON, T.P. The demographics of patients presenting for sexual assault to US emergency departments. *Journal of forensic and legal medicine*, v. 69 p. e101887, 2020.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C. D.; JAIME, P. C.; MORAIS, O. L. D.; SILVA, M. M. A. D.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1799-1809, 2018.

MARQUES, E.S.; MORAES C.L; HASSELMANN M.H. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública* v. 26, n. 4, p. e00074420, 2020.

MAZZA, M.; MARANO, G.; LAI, C.; JANIRI, L.; SANI, G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry research* v. 289, p. 113046, 2020.

MÉXICO. **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violência.** 2007 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf.

MGOPA, L. R.; ROSSER, B. S.; ROSS, M. W.; MOHAMMED, I.; LUKUMAY, G. G.; MASSAE, A. F. *et al.* Clinical Care of Victims of Interpersonal Violence and Rape in Tanzania: A Qualitative Investigation. *International Journal of Women's Health* v. 23, p. 727, 2021.

MOHAN, M. **Ele está cada vez mais violento: as mulheres sob quarentena do coronavírus com seus abusadores.** 2020 [acessado em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52104216?at_medium=custom7&at_custom4=F93EEE0C-742B-11EA-B5CA-8321933C408C&at_custom1=%5Bpost+type%5D&at_custom2=twitter&at_campaign=64&at_custom3=BBC+Brasil>.

MORETTI, A.C.; TEIXEIRA, F.F.; SUSS, F.M.B.; LAWDER, J.A.D.C.; LIMA, L.S.M.D.; BUENO, R.E.; MOYSÉS, S.T. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc. saúde coletiva* v. 15, n. 1, p. 1827-1834, 2010.

MOYSÉS, S.T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal - definições. In: **Buischi YP. Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, p. 1-22, 2000.

MÜLLER, U.; SCHÖTTLE, M. **Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland.** Bielefeld: Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2005.

MURRAY, C.J.; BARBER, R.M.; FOREMAN, K.J.; OZGOREN, A.A.; ABD-ALLAH, F.; ABERA, S.F. *et al.* Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* v. 386, p. 2145-91, 2015.

NELON, J. L.; DE PEDRO, K. T.; GILREATH, T. D.; PATTERSON, M. S.; HOLDEN, C. B.; ESQUIVEL, C. H. A latent class analysis of the co-occurrence of sexual violence, substance use, and mental health in youth. *Substance use & misuse* v. 54, n. 12, p. 1938-1944, 2019.

NORONHA, C. V.; MACHADO, E. P.; TAPPARELLI, G.; CORDEIRO, T. R. F.; LARANJEIRA, D. H. P.; SANTOS, C. A. T. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* v. 5, p. 268-277, 1999.

NUNES, M.C.A.; LIMA, R.F.F.; MORAIS, N.A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 37, n. 3, p. 956-969, 2017.

OLIVEIRA, A. A. V.; TRIGUEIRO, D. R. S. G.; FERNANDES, M. G. M.; SILVA, A. O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm* v. 66, n. 1, p. 128-33, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde.** Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca.** Ginebra, Suíça: Organización Mundial de la Salud, 2008 [acessado em 24 abril 2020]. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher.** Geneva: OMS, 2012.

ONU. **IV Conferência Mundial Sobre a Mulher.** Beijing. 1995 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento.** Cairo.1994 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/10/2-ONU-Confer%C3%A2ncia-Internacional-sobre-Popula%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas.-Cairo-%E2%80%93-Egito-1994.pdf>.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração e programa de ação de Viena.** Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Viena.1993 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Sistema-Global.-Declara%C3%A7%C3%B5es-e-Tratados-Internacionais-de-Prote%C3%A7%C3%A3o/declaracao-e-programa-de-acao-de-viena.html>.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração sobre todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.** 1993 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N94/095/05/PDF/N9409505.pdf?OpenElement>.

ONU. **Put women and girls at the centre of efforts to recover from COVID-19" — Statement by the UN Secretary-General António Guterres.** 2020a [acessado em 10 jun 2020]. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/4/statement-sg-put-women-and-girls-at-the-centre-of-efforts-to-recover-from-covid19>.

OTTAWA. Carta de Ottawa. In: **1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, Canadá; 1986.

PARR, N.J. Sexual Assault and co-occurrence of mental health outcomes among cisgender female, cisgender male, and gender minority U.S. college students. *Journal of Adolescent Health*, may, 2020 [acessado em 29 ago 2020]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1054139X20301567>.

PAULA, A.G. Brasil, México e Peru: o combate à violência contra a mulher por meio da legislação. *RIDH* v. 5, n. 1, p. 191-206, 2017.

PERU. Ley 30.364, de 23 de novembro de 2015 (Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar). 2015 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>.

- PETERSON, C.; DEGUE, S.; FLORENCE, C.; LOKEY, C.N. Lifetime Economic Burden of Rape Among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine* v. 52, n. 6, p. 691-701, 2017.
- PLATT, V.B.; BACK, I.D.C.; HAUSCHILD, D.B.; GUEDERT, J.M. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. *Ciencia & saude coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1019-1031, 2018.
- RAYNAUT, C. Meio ambiente e desenvolvimento: construindo um novo campo do saber a partir da perspectiva interdisciplinar. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*, v. 10, p. 21-32, 2004.
- ROSENBERG, M.; RANAPURWALA, S.I.; TOWNES, A.; BENGTSON, A.M. Do black lives matter in public health research and training? *PLoS One* v. 12, n. 10, p. e0185957, 2017.
- SANTOS, M.D.J.; MASCARENHAS, M.D.M.; RODRIGUES, M.T.P.; MONTEIRO, R.A. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola – Brasil, 2010-2014. *Epidemiol. Serv. Saude* 2018, v. 27, n 2, 2018.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SHOHEL, M.; RAHMAN, M.M.; ZAMAN, A.; UDDIN, M.M.N.; AL-AMIN, M.M., REZA, H.M.A. Systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Women's Health* v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014.
- SILVA, J. V.; RONCALI, A. G. Tendência das iniquidades sociais nas notificações de violência sexual no Brasil entre 2010 e 2014. *Rev. Bras. Epidemiol* v. 23, 2020.
- SILVA, J.V. *Perspectivas socioeconômicas da Violência sexual no Brasil: Dinâmica e níveis de associações causais* [Tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
- SILVA, L.E.L; OLIVEIRA, M.L.C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016.
- STONE, D.M.; SIMON, T.R.; FOWLER, K.A. Vital signs: trends in state suicide rates—United States, 1999-2016 and circumstances contributing to suicide—27 states, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v. 67, n. 22, p. 617–624, 2018.
- SZEKERES, H.; SHUMAN, E.; SAGUY, T. Views of sexual assault following #MeToo: The role of gender and individual differences. *Personality and Individual Differences* v. 166, p. 110203, 2020.
- TRIGUEIRO, T.H.; SILVA, M.H.D.; MERIGHI, M.A.B.; OLIVEIRA, D.M.D.; JESUS, M.C.P.D. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. *Esc. Anna Nery*, v. 21, n. 3, 2017.
- TURANOVIC, J. J.; PRATT, T. C. Consequences of violent victimization for Native American youth in early adulthood. *Journal of youth and adolescence* 2017; 46(6): 1333-1350.
- UNICEF. United Nations Children's Fund. **A statistical analysis of violence against children**. New York: UNICEF; 2014.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R.A.D.D.; CARVALHO, C.D.C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J.G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.

VREES, R.A. Evaluation and Management of Female Victims of Sexual Assault. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 72, n. 1, p. 39-53, 2017.

WHO. **Understanding and addressing violence against women: sexual violence.** Geneva. 2012 [acessado em 07 jun 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77434/WHO_RHR_12.37_eng.pdf;jsessionid=634A4D4179437008F6AFB01444D2A105?sequence=1.

WHO. World Health Organization. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva; 2013.

WHO. World Health Organization. Global status report on preventing violence against children. Geneva: World Health Organization; 2020. [acessado em 06 nov 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332394/9789240004191-eng.pdf>

WHO. World Health Organization. **Global Status Report on Violence Prevention 2014.** Geneva: WHO, 2014 [acessado em 09 jun 2020]. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/.

WHO. World Health Organization. **Violence against women.** 2017 [acessado em 08 jun 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

WHO. World Health Organization. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.** Geneva: World Health Organization; 2005.

WHO. World Health Organization. **World Conference on Social Determinants of Health.** Rio de Janeiro. Brasil. 21 de outubro de 2011.

WHO. World Health Organization. **World health report on violence and health.** Geneva: WHO, 2002.

YANG, G.C.; PARK, J.R. Automatic Extraction of Metadata Information for Library Collections. *Int J Adv Sci Technol* v. 6, n. 2, p. 117-22, 2018.

YON, Y.; MIKTON, C.R.; GASSOUMIS, Z.D.; WILBER, K.H. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* v. 5, n. 2, p. 147-56, 2017.

ZHU, H.; WEI, L.; NIU, P. *The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China.* v. 5, p. 6, 2020.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados artigos científicos produtos da dissertação:

- Artigo I – “Perfil Epidemiológico da Violência Interpessoal no Brasil entre 2015 e 2019”. Publicado (<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23204>) na revista Research, Society and Development, no dia 05 de dezembro de 2021.

- Artigo II – “Epidemiological profile of female rape victims in Brazil between 2015 and 2019 [Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de estupro no Brasil entre 2015 e 2019]”. Submetido no idioma inglês, na revista Ciência & Saúde Coletiva, no dia 24 de janeiro de 2022. Segue em anexo III o comprovante de submissão. Atualmente, encontra-se em fase de avaliação pelos revisores. As normas da revista podem ser acessadas através do hiperlink: <https://www.scielo.br/journal/csc/about/#instructions>.

6.1 ARTIGO I

Perfil Epidemiológico da Violência Interpessoal no Brasil entre 2015 e 2019

Epidemiological Profile of Interpersonal Violence in Brazil between 2015 and 2019

Perfil epidemiológico de la violencia interpersonal en Brasil entre 2015 y 2019

Resumo

Objetivou-se determinar a prevalência de violência interpessoal, entre 2015 e 2019, com base nas notificações do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de estudo ecológico com metadados do SINAN/DATASUS sobre notificações de violência num período de 05 anos. Um total de 1.534.146 casos de violência foram notificados em diversas categorias: violência física; violência psicológica; negligência/abandono; violência sexual; tortura; violência financeira/ econômica; trabalho infantil; intervenção legal; tráfico de pessoas; e outros tipos de violência. As principais vítimas de violência foram mulheres (71,55%), brancas (40,40%), com nível fundamental maior incompleto (13,93%), solteira (38,08%) e heterossexual (50,15%). A violência se caracterizou por sexismo como principal motivação (8,88%), sendo a violência física a mais prevalente (60,78%). Quanto aos meios de agressão, a força / espancamento corporal (42,98%) foi o mais utilizado contra a vítima. O perfil majoritário do indivíduo agressor foi sexo masculino (54,54%), adulto (50,36%), cônjuge da vítima (13,61), não alcoolizado (43,41%). Esses resultados demonstram a importância da prevenção da violência, principalmente, em ambiente doméstico, perpetrada por parceiros íntimos, familiares e conhecidos da vítima. O estudo fornece, até o presente momento, uma das maiores amostras de violência interpessoal notificada por profissionais de saúde no Brasil.

Palavras-chave: violência; notificação; sistemas de informação em saúde

Abstract

The objective was to determine the prevalence of interpersonal violence between 2015 and 2019, based on notifications from the Unified Health System (SUS). This is an ecological study with metadata from SINAN/DATASUS on notifications of violence over a period of 05 years. A total of 1,534,146 cases of violence were reported in several categories: physical violence; psychological violence; neglect/abandonment; sexual violence; torture; financial/economic violence; Child labor; legal intervention; trafficking in persons; and other types of violence. The main victims of violence were women (71.55%), white (40.40%), with incomplete higher education (13.93%), single (38.08%) and heterosexual (50.15%). Violence was characterized by sexism as the main motivation (8.88%), with physical violence being the most prevalent (60.78%). As for the means of aggression, force/body beating (42.98%) was the most used against the victim. The majority profile of the aggressor was male (54.54%), adult (50.36%), victim's spouse (13.61), not alcoholic (43.41%). These results demonstrate the importance of preventing violence, especially in the home environment, perpetrated by intimate partners, family members and acquaintances of the victim. The study provides, to date, one of the largest samples of interpersonal violence reported by health professionals in Brazil.

Key words: violence; notification; health information systems

Resumen

El objetivo fue determinar la prevalencia de violencia interpersonal entre 2015 y 2019, a partir de notificaciones del Sistema Único de Salud (SUS). Se trata de un estudio ecológico con metadatos del SINAN / DATASUS sobre notificaciones de violencia durante un período de 05 años. Se reportaron un total de 1.534.146 casos de violencia en varias categorías: violencia física; violencia psicológica; negligencia / abandono; violencia sexual; tortura; violencia financiera / económica; trabajo infantil; intervención legal; trata de personas; y otros tipos de violencia. Las principales víctimas de la violencia fueron mujeres (71,55%), blancas (40,40%), con estudios superiores incompletos (13,93%), solteras (38,08%) y heterosexuales (50,15%). La violencia se caracterizó por el sexismo como principal motivación (8,88%), siendo la violencia física la más prevalente (60,78%). En cuanto a los medios de agresión, el golpe de fuerza / cuerpo (42,98%) fue el más utilizado contra la víctima. El perfil mayoritario del agresor fue masculino (54,54%), adulto (50,36%), cónyuge de la víctima (13,61), no alcohólico (43,41%). Estos resultados demuestran la importancia de prevenir la violencia, especialmente en el ámbito del hogar, perpetrada por parejas íntimas, familiares y conocidos de la víctima. El estudio proporciona, hasta la fecha, una de las mayores muestras de violencia interpersonal denunciadas por profesionales de la salud en Brasil.

Palabras clave: violencia; notificación; sistemas de información en salud

1 Introdução

A exposição ao longo da vida à violência interpessoal é comum. O abuso por parceiro íntimo é generalizado, com 25% a 38% das mulheres relatando tais experiências (World Health Organization, 2013; Gonzalez, Benuto, & Casas, 2020; Stöckl *et al.*, 2021). O abuso infantil também ocorre com frequência, com 4% a 16% das crianças abusadas fisicamente anualmente, 1 em cada 10 negligenciada ou abusada psicologicamente, e 5% a 30% de abuso sexual (Gilbert *et al.*, 2009; Faller, 2015). Os homens também podem ser vítimas de violência praticada pelo parceiro íntimo (tanto de parceiros femininos quanto masculinos), com algumas estatísticas mostrando que isso ocorre em uma taxa semelhante à das mulheres (Ali, Dhingra, & McGarry, 2016; Black *et al.*, 2011). Outras formas de violência, como abuso de idosos (Maia *et al.*, 2019) e violência juvenil (Kovalenko *et al.*, 2020) também são prevalentes a nível mundial.

A violência interpessoal está associada a numerosos desfechos adversos à saúde. Indivíduos que vivenciam a violência são mais propensos a relatar sintomas relacionados à saúde mental (ansiedade, estresse pós-traumáticos, depressão, suicídio, abuso de substâncias psicoativas e álcool); bem como pode desenvolver condições de saúde física (doença cardiovascular, dor crônica, distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, infecções sexualmente transmissíveis, lesão cerebral traumática) (MacIsaac *et al.*, 2018; El-Serag, 2020; World Health Organization, 2002).

A violência interpessoal é um importante problema de saúde pública. No entanto, até o momento, tem sido negligenciado pelos profissionais de saúde, tanto clinicamente quanto em pesquisas (Oliveira *et al.*, 2018; Piterman *et al.*, 2015). O presente estudo trabalhou com metadatos e incluiu uma grande amostra de base populacional. Até onde sabemos, é o primeiro a usar metadatos brutos para realizar a investigação sobre o perfil

dos casos de violência no Brasil. A qualidade dos metadados facilita a interoperabilidade dos dados agregados (Yang & Park, 2018; Gries *et al.*, 2019).

Este estudo teve como objetivo determinar a prevalência de violência interpessoal, entre 2015 e 2019, com base nas notificações do Sistema Único de Saúde (SUS). Procurou-se determinar as características das vítimas e da violência, segundo características sociodemográficas.

2 Métodos

Foi realizado um estudo ecológico com base em metadados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo os anos de 2015 a 2019. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. As informações foram extraídas integralmente dos bancos de dados, o que permite o acesso a todos os campos da Ficha de Notificação de Violência, preenchida pelos profissionais de saúde.

As variáveis listadas foram relacionadas à vítima e ao agressor e classificadas em sociodemográficas (região; anos; cor da pele / etnia autorreferida; escolaridade; gravidez; estado civil; orientação sexual; e deficiência / distúrbio) e características da violência (dia da semana; semana; motivo da violência; tipo de violência; meio de agressão e vínculo do agressor com a vítima). As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. Todos os cálculos foram realizados no programa estatístico Stata versão 17.0 (College Station, Texas, USA).

3 Resultados

Um total de 1.534.146 casos de violência foram notificados de 2015 a 2019. As mulheres foram as mais acometidas e totalizaram 1.097.701 casos (71,55%). O perfil sociodemográfico das vítimas foi caracterizado predominantemente pela cor da pele branca (40,40%), escolaridade entre 5 e 8 anos incompletos do ensino fundamental (13,93%), solteira (38,08%) e heterossexual (50,15%). Entre aquelas mulheres em idade reprodutiva, a maioria não estava grávida (40,17%). As vítimas apresentavam um ou mais tipos de deficiência ou transtorno em 10,71% das notificações, com destaque para transtornos mentais (4,82%) e transtorno de comportamento (3,53%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das vítimas de violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN

	N	%
Sexo		
Feminino	1.097.701	71,55
Masculino	436.034	28,42
Ignorado	411	0,03
Cor da pele / etnia		
Parda	600.457	39,14
Branca	619.841	40,40
Preta	120.217	7,84
Indígena	14.355	0,94
Amarela	10.349	0,67
Ignorado	168.927	11,01
Escolaridade		
Iltrado	17.611	1,15
Ensino fundamental menor - incompleto (≥ 1 e < 4 anos)	100.481	6,55

Ensino fundamental menor - completo (4 anos)	50.087	3,26
Ensino fundamental maior - incompleto (≥ 5 e < 8 anos)	213.741	13,93
Ensino fundamental maior – completo	90.520	5,90
Ensino médio – incompleto	136.762	8,91
Ensino médio – completo	184.182	12,01
Ensino superior – incompleto	34.571	2,25
Ensino superior – completo	35.101	2,29
Ignorado	494.216	32,22
Não se aplica	176.874	11,53
Gravida		
Não	616.234	40,17
1º trimestre	20.455	1,34
2º trimestre	18.091	1,18
3º trimestre	15.603	1,02
Idade gestacional ignorada	4.510	0,29
Não se aplica	686.571	44,75
Ignorado	172.682	11,25
Estado civil		
Solteiro(a)	584.272	38,08
Casado(a)/ União consensual	359.716	23,45
Divorciado(a)	27.993	1,82
Viúvo(a)	70.579	4,60
Não se aplica	261.654	17,06
Ignorado	229.932	14,99
Orientação sexual		
Heterossexual	769.386	50,15
Homossexual	29.746	1,95
Bissexual	4.984	0,32
Não se aplica	332.810	21,69
Ignorado	397.220	25,89
Deficiência / Transtorno		
Deficiência intelectual	24.800	1,62
Deficiência visual	5.388	0,35
Deficiência auditiva	4.200	0,27
Transtorno mental	73.908	4,82
Transtorno de comportamento	54.106	3,53
Outras deficiências	22.131	1,44

A maioria dos registros ocorreu no mesmo dia (57,70%) e na mesma semana (85,41%) em que ocorreu o evento. O principal local de ocorrência foi a residência da vítima (64,19%), na região sudeste. O número de notificações registrados foi maior a cada ano (Tabela 2).

Tabela 2 Características demográficas da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.

	N	%
Dia da semana		
Notificação no mesmo dia do acontecido	885.180	57,70
Notificação em dia(s) após acontecido	648.966	42,30
Semana		
Notificação na mesma semana do acontecido	1.310.298	85,41
Notificação em semana(s) após acontecido	223.848	14,59
Local de ocorrência		
Residência	984.825	64,19
Habitação coletiva	12.507	0,82
Escola	27.115	1,77
Local de prática esportiva	4.128	0,27
Bar ou similar	28.205	1,84

Via pública	202.175	13,18
Comércio/ serviços	22.881	1,49
Indústrias/ construção	1.835	0,12
Outro	81.260	5,30
Ignorado	169.215	11,02
Região		
Sudeste	766.177	49,94
Sul	323.340	21,08
Nordeste	242.673	15,82
Norte	92.082	6,00
Centro-oeste	109.874	7,16
Ano		
2015	227.852	14,85
2016	243.192	15,85
2017	307.307	20,03
2018	350.354	22,84
2019	405.441	26,43

A motivação mais comum para a violência foi o sexismo (8,88%), seguido de conflito geracional (8,79%) e situação de rua (2,04), porém, esse item foi muito negligenciado nas notificações, sendo ignorado em 504.680 fichas. Os tipos de violência mais prevalentes foram: física (60,78%); psicológica (23,54%); negligência/ abandono (12,40%); e violência sexual (12%). Dentre os tipos de violência sexual, destaca-se o estupro (8,83%). Quanto aos meios de agressão, a força / espancamento corporal (42,98%) foi o mais utilizado contra a vítima, seguido da ameaça (13,84%) e objeto cortante (9,77%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociais da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.

	N	%
Motivo da violência		
Sexismo	136.239	8,88
Conflito geracional	134.800	8,79
Situação de rua	31.229	2,04
Deficiência	13.007	0,85
Homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia/	6.347	0,41
Intolerância religiosa	979	0,06
Racismo	969	0,06
Xenofobia	751	0,05
Outros	442.957	28,87
Não se aplica	262.188	17,09
Ignorado	504.680	32,90
Tipos de violência		
Violência física	932.506	60,78
Violência psicológica	361.133	23,54
Negligência/abandono	190.196	12,40
Violência sexual	184.139	12,00
Tortura	37.341	2,43
Violência financeira/ econômica	22.264	1,45
Trabalho infantil	4.703	0,31
Intervenção legal	5.587	0,36
Tráfico de pessoas	837	0,05
Outros tipos de violência	236.490	15,42
Tipo de violência sexual		
Estupro	135.466	8,83
Assédio sexual	48.631	3,17
Exploração sexual	5.329	0,35
Pornografia	3.741	0,24
Atentado ao pudor	11	0,01

Outras	11,215	0,73
Meios de agressão		
Força física/ espancamento	659.338	42,98
Envenenamento / intoxicação	231.049	15,06
Ameaça	212.262	13,84
Objeto cortante	149.862	9,77
Enforcamento	70.009	4,56
Objeto contundente	64.675	4,22
Arma de fogo	47.138	3,07
Substância / objeto quente	16.626	1,08
Outras ameaças	216.845	14,13

Quanto ao número de agressores, 1.092.851 (71,24%) casos foram registrados com um único agressor, seguidos de 298.969 (19,49%) notificações com dois ou mais participantes. O perfil majoritário do indivíduo agressor foi sexo masculino (54,54%), adulto (50,36%), cônjuge da vítima (13,61), não alcoolizado (43,41%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Características do perpetrador da violência no Brasil, entre 2015 e 2019 segundo dados do SINAN.

Sexo	N	%
Masculino	836.663	54,54
Feminino	438.531	28,58
Ambos os sexos	105.359	6,87
Ignorado	153.593	10,01
Agressor (infrator)		
Cônjuge	208.810	13,61
Conhecido	160.691	10,47
Mãe	159.887	10,42
Desconhecido	133.050	8,67
Pai	119.053	7,76
Ex-cônjuge	80.173	5,23
Filho	50.043	3,26
Irmão (s)	44.011	2,87
Namorado	42.416	2,76
Padrasto	30.151	1,97
Ex-namorado	23.691	1,54
Policial / aplicação da lei	12.633	0,82
Cuidador	6.319	0,41
Pessoa com relacionamento institucional	9.520	0,62
Chefe	2.916	0,19
Própria pessoa	63.457	4,13
Outros	104.939	6,84
Ciclo de vida do agressor		
Adulto	772.626	50,36
Adolescente/ jovem	377,454	24,60
Criança	19.901	1,30
Idoso	34.967	2,28
Ignorado	329.201	21,46
Alcoolizado		
Não	665.969	43,41
Sim	348.246	22,70
Ignorado	519.931	33,89

Os conhecidos das vítimas (parentes; cônjuges; ex-cônjuges; namorados; ex-namorados, amigos; cuidadores; e chefes) foram os agressores na maioria das vezes, com estranhos representando 15,93% (Tabela 4).

4 Discussão

A partir do presente estudo, observou-se que a violência no Brasil notificada por profissionais de saúde nos últimos anos foi caracterizada por predominância de vítimas mulheres, brancas, com baixa escolaridade, solteira e heterossexual. O fato de o principal local de ocorrência ter sido a residência da vítima, o motivo destaque ser o sexismo e o principal perpetrador ser o cônjuge, reforça dados internacionais sobre a alta prevalência de violência doméstica (Stöckl *et al.*, 2021; Gonzalez, Benuto, & Casas, 2020; Hawcroft *et al.*, 2019; Buzawa & Buzawa, 2017; Sen & Bolsoy, 2017) e violência de gênero [World Health Organization, 2013, Sanz-Barbero, Barón, & Vives-Cases, 2019; Wirtz *et al.*, 2018) em todo o mundo.

De acordo com a OMS a violência contra as mulheres representa uma prioridade fundamental para alcançar a igualdade de gênero nas nações. A violência do parceiro íntimo é caracterizada por presença de violência física ou sexual, abuso emocional e perseguição. É tipicamente vivenciado por mulheres de todas as idades e representa a principal causa de morte por homicídio para mulheres em todo o mundo (El-Serag, 2020). O reconhecimento crescente da alta prevalência e outros impactos da violência interpessoal e da violência de parceiros íntimos têm contribuído para a inclusão da "eliminação de todas as formas de violência contra a mulher" na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Stöckl *et al.*, 2021).

Em nosso estudo, destacou-se também a violência perpetrada por mães e pais. Crianças e jovens expostos à violência parental são mais propensos a sofrer bullying ou cyberbullying e menos propensos a procurar ajuda profissional (Clarke *et al.*, 2020). Em geral, a exposição à violência familiar aumenta o risco de um indivíduo cometer violência em suas próprias relações futuras ou desenvolver outros desfechos deletérios de saúde mental e comportamental (Ingram *et al.*, 2020). Maus tratos no início da vida, abuso ou negligência parecem ser a porta de entrada da má regulação emocional, aumento da evasão, supressão emocional e expressão de emoções negativas em resposta ao estresse (Gruhn & Compas, 2020). Em outras palavras, uma criança abusada é potencialmente um abusador na idade adulta, em uma reprodução transgeracional da violência.

Considerações finais

Examinamos as investigações do DATASUS concluídas por um período de 5 anos, fornecendo, até o presente momento, uma das maiores amostras de violência interpessoal notificada por profissionais de saúde. Contudo, o estudo tem limitações inerentes ao desenho descritivo. Além disso, exposição à violência interpessoal foi avaliada com base em evidências relatadas em registro de terceiros. Outro fator a considerar é a conhecida a subnotificação da violência, o que pode ter resultado na subestimação da prevalência.

Os principais pontos fortes deste estudo foram: grande tamanho da amostra; representatividade nacional, uma vez que os dados foram colhidos em todos os estados do Brasil; e perfil abrangente, envolvendo os mais diversos tipos catalogados de violência interpessoal.

Ao aplicar a definição de violência interpessoal da OMS, pudemos examinar a prevalência e a associação da violência em uma série de ambientes e modalidades. Com efeito, o presente estudo é um dos poucos a examinar características dos perpetradores, além das vítimas. Pesquisas futuras são necessárias para determinar se, para quem, por que e em que contextos são necessárias iniciativas de prevenção à violência.

Referências

- Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 16–25.
- Black, M., Basile, K., Breiding, M., Smith, S., Walters, M., Merrick, M., ... & Stevens, M. (2011). *National intimate partner and sexual violence survey: 2010 summary report*.
- Buzawa, E. S., & Buzawa, C. G. (Eds.). (2017). *Global responses to domestic violence*. Springer International Publishing.
- Clarke, A., Olive, P., Akooji, N., & Whittaker, K. (2020). Violence exposure and young people's vulnerability, mental and physical health. *International journal of public health*, 65(3), 357.
- El-Serag, R., & Thurston, R. C. (2020). Matters of the heart and mind: interpersonal violence and cardiovascular disease in women, *Am Heart Assoc*, e015479.
- Faller, K. C. (2015). Forty years of forensic interviewing of children suspected of sexual abuse, 1974-2014: Historical benchmarks. *Social Sciences*, 4(1), 34-65.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, (2009). S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Gonzalez, F. R., Benuto, L. T., & Casas, J. B. (2020). Prevalence of interpersonal violence among Latinas: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(5), 977-90.
- Gries, C., Budden, A., Laney, C., O'Brien, M., Servilla, M., Sheldon, W., ... & Vieglaes, D. (2018). Facilitating and improving environmental research data repository interoperability. *Data Science Journal*, 17.
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, 103, 104446.
- Hawcroft, C., Hughes, R., Shaheen, A., Usta, J., Elkadi, H., Dalton, T., ... & Feder, G. (2019). Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 19(1), 1-12.
- Ingram, K. M., Espelage, D. L., Davis, J. P., & Merrin, G. J. (2020). Family violence, sibling, and peer aggression during adolescence: Associations with behavioral health outcomes. *Frontiers in psychiatry*, 11, 26.
- Kovalenko, A. G., Abraham, C., Graham-Rowe, E., Levine, M., O'Dwyer, S. What works in violence prevention among young people?: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17, 1524838020939130.
- MacIsaac, M. B., Bugeja, L., Weiland, T., Dwyer, J., Selvakumar, K., & Jelinek, G. A. (2018). Prevalence and characteristics of interpersonal violence in people dying from suicide in Victoria, Australia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 30(1), 36-44.
- Maia, P. H., Ferreira, E. F., Melo, E.M, Vargas, A. M. (2019). Occurrence of violence in the elderly and its associated factors. *Revista brasileira de enfermagem*, 72, 64-70.
- Oliveira, B. G. D., Freire, I. V., Assis, C. S., Sena, E. L. D. S., Boery, R. N. S. D. O., & Yarid, S. D. (2018). Responsibility of health professionals in the notification of cases of violence. *Revista Bioética*, 26, 403-411.
- Piterman, L., Komesaroff, P. A., Piterman, H., & Jones, K. J. (2015). Domestic violence: it is time for the medical profession to play its part. *Intern Med J.*, 45, 471-473.
- Sanz-Barbero, B., Barón, N., & Vives-Cases, C. (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS one*, 14(10), e0221049.
- Sen, S., & Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC women's health*, 17(1), 1-9.
- Stöckl, H., Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Meyer, S.R., García-Moreno, C. (2021) Physical, sexual and psychological intimate partner violence and non-partner sexual violence against women and girls: a systematic review protocol for producing global, regional and country estimates. *BMJ open*, 11(8), e045574.
- Wirtz, A. L., Perrin, N. A., Desgroppes, A., Phipps, V., Abdi, A. A., Ross, B., ... & Glass, N. (2018). Lifetime prevalence, correlates and health consequences of gender-based violence victimisation and perpetration among men and women in Somalia. *BMJ global health*, 3(4), e000773.
- World Health Organization. (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
- Yang, G. C., & Park, J. R. (2018). Automatic Extraction of Metadata Information for Library Collections. *International Journal of Advanced Culture Technology*, 6(2), 117-122.

Perfil epidemiológico de mulheres vítimas de estupro no Brasil entre 2015 e 2019

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar estupro em mulheres no Brasil e regiões, de 2015 a 2019. Foram analisados *big data* de metadados individuais de 120.533 notificações de estupro com vítimas do sexo feminino. Foi realizado um modelo preditivo para a taxa de estupro (critério de significância = valor de $p < 0,05$). A taxa de estupro entre indígenas foi significativamente alta em comparação com outros grupos étnicos ($p < 0,0001$). O modelo apresentou uma tendência temporal de aumento da taxa de estupro ($p < 0,0001$) e disparidades regionais ($p < 0,0001$). A desigualdade social contribuiu para o aumento do número de casos ($< 0,0001$). Identificou-se maior probabilidade de acontecer em setores comerciais ($p < 0,0001$) e na casa da vítima ($p < 0,0001$), sendo adolescentes ($p < 0,0001$) e conhecidos das vítimas ($p < 0,0001$) os principais agressores. Os preditores das notificações de estupro reforçam a influência das iniquidades sociais do país na ocorrência do crime.

Palavras-chave: mulheres; agressão sexual; estupro; notificações; sistema de informação em saúde; crimes sexuais

Introdução

Violência sexual é qualquer ato ou tentativa de obter relação sexual por meio de coerção, praticada por qualquer pessoa e em qualquer ambiente. Abrange muitas situações, de estupro a comentários ou investidas sexuais indesejadas. O estupro é o tipo de violência sexual em que há penetração forçada da vulva ou ânus, usando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto. É considerada uma das principais violações dos direitos humanos (1). As mulheres são as principais vítimas da violência sexual. Globalmente, 27% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos sofreram agressão física e / ou sexual por parceiros íntimos e 6% por outros agressores (2).

A violência sexual foi descrita em todo o mundo usando as taxas de prevalência do banco de dados de Carga Global de Doenças (CGD) em 195 países e territórios entre 1990 e 2017. No último ano, a taxa média e o desvio padrão das regiões estudadas em mulheres por 100.000 habitantes foram 2424.3 ± 2217.4 na Ásia, 3402.2 ± 1762.2 na África, 1737.8 ± 410.4 na Europa, 2821.4 ± 811.2 na América do Norte, 2349.7 ± 670.7 na América do Sul, 4357.5 ± 1260.5 na Austrália e Oceania (3).

No Brasil, os dados relativos ao estupro na esfera da saúde são disponibilizados pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde - DATASUS (4), por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. As notificações de violência interpessoal integram a Lista de Notificações Obrigatórias do Ministério da Saúde (MS) e são realizadas em instituições de saúde públicas ou privadas de todo o país.

O presente estudo trabalhou com big data e metadados e incluiu uma grande amostra de base populacional. Uma análise estatística robusta foi realizada para garantir que esta amostra seja representativa da população em geral. Além disso, até onde sabemos, é a primeira a usar

metadados brutos para realizar a investigação sobre as tendências dos índices de estupro no Brasil. A qualidade dos metadados facilita a interoperabilidade dos dados agregados (5-6).

Estudos brasileiros anteriores relataram violência sexual no Brasil, porém a maioria enfocou o plano descritivo (7-11). Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o estupro em mulheres no Brasil e suas regiões, no período de 2015 a 2019.

Método

Foi realizado um estudo ecológico com base em metadados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) abrangendo os anos de 2015 a 2019. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética. As informações foram extraídas integralmente dos bancos de dados, o que permite o acesso a todos os campos da Ficha de Notificação de Violência, preenchida pelos profissionais de saúde.

As variáveis listadas foram relacionadas à vítima e ao agressor e classificadas em sociodemográficas (região; anos; cor da pele / etnia autorreferida; escolaridade; gravidez; estado civil; orientação sexual; e deficiência / distúrbio) e características da violência (dia da semana; semana; motivo da violência; tipo de violência; meio de agressão e vínculo do agressor com a vítima).

As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e porcentagem. As variáveis contínuas foram apresentadas como média e desvio padrão. A taxa de estupro feminino foi calculada para cada ano e estado de acordo com a respectiva estimativa populacional (IBGE) e ajustada para 10.000 habitantes (12).

Uma análise preditiva da taxa de estupro em mulheres foi realizada de acordo com as seguintes características: modelo linear generalizado, família gaussiana, “link” identidade e correção para possível heteroscedasticidade por meio do cálculo de erros padrão "robustos"

segundo o método de Huber-White. As estimativas do modelo foram apresentadas como coeficientes e intervalos de confiança de 95%. Os parâmetros utilizados para avaliar o melhor ajuste do modelo foram: aumento do R² e redução do BIC (critério de informação bayesiano). Para preditores que foram estatisticamente significantes, o tamanho do efeito foi calculado pela obtenção do Eta² parcial, ou seja, avalia-se a intensidade da variância explicada pela relação entre um preditor e o desfecho, uma vez que a contribuição da variância explicada é excluída pelo conjunto representado pelos outros preditores. Os valores Eta² foram interpretados de acordo com o tamanho do efeito: pequeno (<0,01), discreto (> = 0,01 e <0,06), médio (> = 0,06 e < 0,14) e grande (> 0,14). Um valor de p bicaudal <0,05 foi indicativo de significância estatística. Todos os cálculos foram realizados no software Stata, versão 17.0 (College Station, Texas, EUA).

Resultados

Um total de 1.534.146 casos de violência foram notificados de 2015 a 2019, dos quais 135.466 foram registros de estupro. As mulheres foram as mais acometidas e totalizaram 120.533 casos (88,98%), com média de idade de 17 anos. O perfil sociodemográfico das vítimas foi caracterizado predominantemente pela cor da pele parda (46,37%), escolaridade entre 5 e 8 anos incompletos do ensino fundamental (24,29%), solteira (52,39%) e heterossexual (48,57%). Entre aquelas em idade reprodutiva, a maioria não estava grávida (43,74%). As vítimas apresentavam um ou mais tipos de deficiência ou transtorno em 8,01% das notificações, com destaque para transtornos mentais (3,38%) e deficiência intelectual (2,84%) (Tabela 1).

A maioria dos registros ocorreu dias após o estupro (58,60%) e na mesma semana (67,77%) em que ocorreu o evento. A motivação mais comum para o estupro foi o sexismo (28,25%). Quanto aos meios de agressão, a força / espancamento corporal (41,67%) foi o mais

utilizado contra a vítima, seguido da ameaça (30,14%) (Tabela 2). Os procedimentos realizados no atendimento às mulheres nas unidades de saúde foram: profilaxia de IST (31,16%); Profilaxia de HIV (28,09%); contracepção de emergência (18,89%); profilaxia da hepatite (18,75%); coleta de secreção vaginal (9,60%); coleta de sêmen (3,84%); aborto (1,87%). As vítimas foram estupradas outras vezes em 37,49% dos casos.

Quanto ao número de agressores, 95.141 (78,93%) casos foram registrados com um único agressor, seguidos de 17.639 (14,63%) notificações com dois ou mais participantes, caracterizando estupro coletivo. O sexo do agressor era predominantemente masculino (92,02%). Além disso, 23,49% dos agressores estavam bêbados. A faixa etária predominante do agressor foi entre 25 e 59 anos (45,52%). Os conhecidos das vítimas (parentes; cônjuges; ex-cônjuges; namorados; ex-namorados, amigos; cuidadores; e chefes) foram os agressores na maioria das vezes, com estranhos representando 25,96% (Tabela 2).

Modelos preditivos foram desenvolvidos usando a taxa de estupro como variável dependente. O modelo de melhor ajuste foi aquele que utilizou o maior valor de R² e o menor valor do Critério de Informação Bayesiano (BIC), com estimativas de Huber-White robustas para o erro padrão. Vítimas que portavam o ensino superior apresentou maior chance de serem estupradas quando comparado aos analfabetos (0,055; $p = 0,006$). Em comparação com a via pública, o estupro tem maior probabilidade de ocorrer em estabelecimentos comerciais (0,055; $p < 0,0001$), seguido da residência da vítima (0,036; $p < 0,0001$). Os Adolescentes 10 e 19 anos são os principais agressores quando comparados à faixa etária de 25 a 59 anos (0,070; $p < 0,0001$) (Tabela 3).

A idade foi calculada a cada 10 anos (0,030; $p < 0,0001$) e em termos quadráticos (-0,003; $p < 0,0001$). O gráfico em “U” invertido mostra que houve aumento da taxa de estupro com o aumento da idade, com consequente diminuição principalmente em idosos (Tabela 3; Figura 1).

A região Norte (0,632; $p < 0,0001$) apresentou a maior taxa de estupro em relação ao Centro-Oeste, a região Nordeste (-1,046; $p < 0,0001$) apresentou a menor taxa de eventos, seguida pela Sudeste (-0,790; $p < 0,0001$) (Tabela 3; Figura 2). A inclusão do índice GINI (13), que mede a concentração da renda em cada grupo, contribuiu para a escolha do modelo, pois aumentou o valor de R^2 em 0,4. Para cada aumento de 0,1 no GINI mensal (5,955; $p < 0,0001$), a taxa de estupro em mulheres aumentou 0,59, o que mostra que quanto maior a desigualdade social, maior o risco de danos (Tabela 3).

Observou-se tendência temporal significativa dos casos de estupro ($p < 0,0001$), pois os valores foram positivos para todos os anos em relação a 2015 (Tabela 3; Figura 3). Em relação à cor da pele / etnia, constatou-se que ser branco é fator de proteção em relação às outras cores / etnias. A etnia indígena apresentou taxa média de 0,161 ($p < 0,0001$) em relação à raça branca, portanto, constatamos que esse grupo minoritário é de fato o mais vulnerável (Tabela 3; Figura 4).

O ETA2 parcial foi calculado para medir o tamanho do efeito do modelo escolhido, uma vez que explica a relevância de um preditor para o desfecho quando as demais variáveis são excluídas. Os preditores ano (0,11) e região (0,51) apresentaram, respectivamente, efeito médio e grande.

Discussão

O estudo buscou analisar as características do estupro em mulheres em todas as regiões do Brasil por meio de notificações cadastradas no SINAN / DATASUS no período de 2015 a 2019. Retrata esse tipo de agressão em âmbito nacional com grande amostra populacional. Foram 120.533 casos de mulheres, principalmente adultas jovens, com alto nível de escolaridade, não brancas e com altos índices de indígenas. O evento apresentou tendência temporal positiva, com maior chance de ocorrer em estabelecimentos comerciais, seguidos da

residência da vítima, e em regiões com maior concentração de renda, com adolescentes e conhecidos da vítima como agressores.

Embora as vítimas de todas as faixas etárias façam parte da amostra, o perfil mais comum diz respeito às mulheres jovens. Este é um achado frequente em pesquisas sobre o assunto e diversos estudos corroboram esse resultado (14-17). O número de casos nessa faixa etária pode ser ainda maior, pois as vítimas mais velhas têm maior probabilidade de relatar o evento (18). Um estudo dinamarquês com jovens que frequentam um centro de violência sexual constatou que apenas 22,1% relataram o evento a uma autoridade (médico, professor ou policial), eles tinham medo de relatar a agressão por consequências sociais, como estigmatização ou perda de amigos, principalmente se o autor do crime for alguém conhecido (19).

Estudos brasileiros sobre frequência de agressão sexual e vitimização em maiores de 14 anos (20) e prevalência de estupro e desfechos mentais (21) indicam que mulheres negras e pardas têm maior probabilidade de ser vítimas de estupro do que mulheres brancas. A cor da pele não branca também foi um achado importante em um estudo americano de uma história de vida de agressão sexual em veteranas de guerra (22).

Um estudo na Austrália comparou taxas de violência sexual em crianças indígenas e não indígenas em duas jurisdições, a taxa de notificação de agressão em crianças indígenas foi entre duas e quatro vezes maior em comparação com crianças não indígenas (23). Outro estudo sobre o declínio da violência sexual infantil no Canadá relatou uma diminuição nos casos nas últimas décadas, embora os indígenas tenham ainda mais probabilidade de ter experimentado altos níveis desse tipo de agressão (24).

Embora a taxa de estupro seja maior em mulheres com alto nível de escolaridade, há maior chance de o evento acontecer em regiões com maiores níveis de desigualdade social. Existe a possibilidade de subnotificação potencial em grupos desfavorecidos, devido ao medo

do agressor, que geralmente é alguém próximo. Em estudo sobre violência sexual entre universitários, foi evidenciado que mulheres em situação de precariedade econômica apresentavam maior probabilidade de sofrer agressão sexual (17). Um estudo brasileiro associou a renda familiar à violência sexual e encontrou o triplo da violência sexual quando a renda era menor (25). Outro estudo com afro-americanos sobreviventes de agressão sexual também descobriu que mulheres com diploma universitário (21,7%) ou cursando uma faculdade (44,5%) e com renda relativamente baixa eram mais propensas à violência sexual (26). Outro estudo na Suécia também descobriu que as mulheres que sofreram violência sexual tinham ensino superior (27). Uma pesquisa em Uganda examinou a prevalência de fatores associados à violência sexual em mulheres de 15 a 49 anos e descobriu que os mais pobres eram mais propensos a sofrer violência sexual (28).

Os agressores conhecidos da vítima é um achado frequente em estudos sobre violência sexual. Um estudo norte-americano com pacientes vítimas de abuso sexual atendidas em um pronto-socorro destacou que 7,5% eram cônjuges ou parceiros íntimos (14). Mulheres afro-americanas sobreviventes de agressão sexual que procuraram serviços médicos foram agredidas por perpetradores conhecidos em 77% dos casos (26). Essa porcentagem pode ser ainda maior quando a vítima porta alguma deficiência. Por exemplo, na China, 80,2% das vítimas com deficiência intelectual foram abusadas por parentes, amigos ou vizinhos da vítima (29).

A residência da vítima ou do agressor costuma ser o cenário mais comum encontrado em diversos estudos, principalmente quando o agressor é conhecido da mulher (15,29-30). Porém, neste estudo, esse local ficou em segundo lugar, atrás dos estabelecimentos comerciais/empresariais. Acredita-se que esses estabelecimentos tenham se destacado pelos casos ocorridos no ambiente de trabalho da vítima.

Ao analisar a faixa etária do perpetrador de violência sexual no leste da Ucrânia, os perpetradores observaram que a maioria era do sexo masculino (99,1%), agia sozinho (90,5%)

e proporcionalmente mais atos de violência sexual foram cometidos por homens menores de 26 anos, e o presente estudo corrobora tais achados (30).

Notou-se no presente estudo que as notificações tendem a aumentar com o tempo. Além do aumento real no número de casos, esse resultado pode ser explicado pelo número e melhor estrutura das unidades de notificação, melhor treinamento dos profissionais, maior conscientização das vítimas na busca por atendimento (8). Um estudo com 850 mulheres vítimas de violência sexual também observou uma tendência positiva para esse registro na Alemanha (15).

Limitações

A utilização de registros por meio de dados do DATASUS pode apresentar imprecisões quanto à digitação e possíveis erros no sistema, além de informações ausentes nas fichas de notificação preenchidas pelos profissionais de saúde. Outra implicação seria a subnotificação.

Os principais potenciais do presente estudo incluem o uso de metadados para obter informações em nível individual e o emprego de análises estatísticas robustas para evitar resultados enviesados. A profundidade e a amplitude das informações indicam que se trata de um levantamento representativo da população brasileira que permite uma análise da tendência do estupro no maior país da América Latina. Estudos epidemiológicos como este podem contribuir para melhorias nas políticas públicas, uma vez que os estupros no Brasil ainda apresentam aumento no índice de casos.

Conclusão

Este estudo mostra através de um modelo preditivo, uma tendência temporal geral de aumento progressivo nos casos de estupro. A intensidade do fenômeno foi diferente entre as regiões. As maiores vítimas são mulheres não brancas jovens, com alto nível de escolaridade. O principal local do evento foram os serviços comerciais, seguidos da residência da vítima, sendo os conhecidos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos os principais responsáveis. A desigualdade social contribuiu para o aumento do número de casos.

A subnotificação é um problema para uma análise mais abrangente do acontecimento, pois muitas mulheres omitem o estupro, principalmente quando o agressor é conhecido da vítima. Esse aspecto deve ser considerado no planejamento de políticas públicas, além de preparar melhor os profissionais para reconhecer e denunciar agressões. Com a melhora nas notificações de casos de violência sexual, estudos futuros poderão retratar com mais fidelidade a realidade do fenômeno.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva:WHO, 2002;149–64.
2. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO, 2021.
3. Borumandnia N, Khadembashi N, Tabatabaei M, Alavi Majd H. The prevalence rate of sexual violence worldwide: a trend analysis. BMC public health 2020;20(1):1835. doi: 10.1186/s12889-020-09926-5

4. Brazilian Ministry of Health. Health information: Epidemiological and morbidities. SUS Informatics Department, DATASUS – 2019. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm (accessed Mayo 28, 2019).
5. Yang GC, Park JR. Automatic Extraction of Metadata Information for Library Collections. *Int. J Adv Sci Technol* 2018;6(2):117-22. doi: 10.17703/IJACT.2018.6.2.117
6. Gries C, Budden A, Laney C, O'Brien M, Servilla M, Sheldon W *et al.* Facilitating and improving environmental research data repository interoperability. *Data Sci J* 2018;17:22. doi: 10.5334/dsj-2018-022
7. Delzियो 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 [Characteristics of sexual violence against adolescent and adult women reported by the public health services in Santa Catarina State, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2017;33:e00002716. doi: 10.1590/0102-311X00002716
8. Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013 [Trends in reporting of sexual violence in Brazil from 2009 to 2013]. *Cad Saude Publica* 2018;34:e00172617. doi: 10.1590/0102-311X00172617
9. Platt, V. B., Back, I. D. C., Hauschild, D. B., & Guedert, J. M. (2018). Sexual violence against children: authors, victims and consequences. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(4):1019–31. doi: 10.1590/1413-81232018234.11362016
10. Santos MDJ, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Characterization of sexual violence against children and adolescents in school - Brazil, 2010-2014. *Epidemiol Serv Saúde* 2018;27:e2017059. doi: 10.5123/s1679-49742018000200010
11. Kataguiri LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SDS. Characterization of sexual violence in a state from the southeast region of Brazil. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2019;28:e20180183. doi: 10.1590/1980-265x-tce-2018-0183

12. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Estimates of the resident population in Brazil and federative units – 2019. <https://www.ibge.gov.br/en/statistics/social/population-for-municipalities-and-federation-units.html?=&t=o-que-e> (accessed June 17, 2021).
13. Brazilian Institute of Geography and Statistics. Continuous PNAD – Continuous National Household Sample Survey – 2019. <https://www.ibge.gov.br/en/statistics/social/labor/18083-annual-dissemination-pnadc3.html?=&t=o-que-e> (accessed June 17, 2021).
14. Loder RT, Robinson TP. The demographics of patients presenting for sexual assault to US emergency departments. *J Forensic Leg Med* 2020;69:101887. doi: 10.1016/j.jflm.2019.101887
15. Fryszer LA, Hoffmann-Walbeck H, Etzold S, Möckel M, Sehouli J, David M. Sexually assaulted women: Results of a retrospective analysis of 850 women in Germany. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;250:117–123. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.059
16. Abrahams N, Mhlongo S, Chirwa E, Lombard C, Dunkle K, Seedat S *et al.* Rape survivors in South Africa: analysis of the baseline socio-demographic and health characteristics of a rape cohort. *Glob Health Action* 2020;13(1):1834769. doi: 10.1080/16549716.2020.1834769
17. Mellins CA, Walsh K, Sarvet AL, Wall M, Gilbert L, Santelli JS *et al.* Sexual assault incidents among college undergraduates: Prevalence and factors associated with risk. *PloS One* 2017;12(11):e0186471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186471>
18. Larsen ML, Hilden M, Lidegaard Ø. Sexual assault: a descriptive study of 2500 female victims over a 10-year period. *BJOG: Int J Obstet Gynaecol* 2015;122(4):577-84. doi: 10.1111/1471-0528.13093
19. Clasen LE, Blauert AB, Madsen SA. "What Will My Friends Think?" Social Consequences for Danish Victims of Sexual Assaults in Peer Groups. *J Child Sex Abuse* 2018;27(3):217–36. doi: 10.1080/10538712.2018.1425942

20. Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil: a literature review. *Cad Saude Publica* 2016;32(7):e00126315. doi: 10.1590/0102-311X00126315
21. Diehl A, de Souza RM, Madruga CS, Laranjeira R, Wagstaff C, Pillon SC. Rape, child sexual abuse, and mental health in a Brazilian national sample. *J Interpers Violence* 2020;13:0886260520915546. doi: 10.1177/0886260520915546
22. Vander Weg MW, Sadler AG, Abrams TE, Richardson K, Torner JC, Syrop CH *et al.* Lifetime History of Sexual Assault and Emergency Department Service Use among Women Veterans. *Women's Health Issues* 2020;30(5):374–83. doi: 10.1016/j.whi.2020.05.003
23. Bailey C, Powell M, Brubacher S. Reporting rates of child sexual abuse in Indigenous communities in two Australian jurisdictions. *Child Abuse Negl* 2017;68:74–80. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.019
24. Shields M, Tonmyr L, Hovdestad WE. The decline of child sexual abuse in Canada: evidence from the 2014 General Social survey. *Can J Psychiatry* 2019;64(9):638–46. doi: 10.1177/0706743718818417
25. Leite F, Amorim M, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2017;51:33. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006815
26. Ullman SE, Lorenz K. Correlates of African American sexual assault survivors' medical care seeking. *Women Health* 2020;60(5):502–16. doi: 10.1080/03630242.2019.1671947
27. Öberg M, Skalkidou A, Heimer G. Experiences of sexual violence among women seeking services at a family planning unit in Sweden. *Upsala J Med Sci* 2019;124(2):135–9. doi: 10.1080/03009734.2019.1604587
28. Kawuki J, Sserwanja Q, Mukunya D, Sepenu AS, Musaba MW. Prevalence and factors associated with sexual violence among women aged 15-49 years in rural Uganda: evidence

from the Uganda Demographic and Health Survey 2016. *Public Health* 2021;196:35–42. doi: 10.1016/j.puhe.2021.05.004

29. Xiao Y, Zong L, Geng J, Deng Z, Zhu S. Analysis of demographic profile, sexual offenses and defense ability among intellectually disabled females. *Forensic Sci Int* 2020;2(2020):100121. doi: 10.1016/j.fsir.2020.100121

30. Capasso A, Skipalska H, Guttmacher S, Tikhonovsky NG, Navario P, Castillo TP. Factors associated with experiencing sexual violence among female gender-based violence survivors in conflict-afflicted eastern Ukraine. *BMC Public Health* 2021;21(1):789. doi: 10.1186/s12889-021-10830-9

Tabela 1. Perfil das Mulheres Vítimas de Estupro no Brasil entre 2015 e 2019.

	N	%
Região		
Sudeste	44.107	36,59
Sul	22.873	18,98
Nordeste	22.201	18,42
Norte	19.490	16,17
Centro Oeste	11.862	9,84
Anos		
2015	18.105	15,02
2016	20.192	16,75
2017	24.170	20,05
2018	27.464	22,79
2019	30.602	25,39
Cor da pele / etnia		
Parda	55.891	46,37
Branco	41.916	34,78
Preto	11.155	9,25
Indígena	1.424	1,18
Amarelo	929	0,77
Ignorado	9.218	7,65
Escolaridade		
Analfabeto (referência)	1.062	0,88
Ensino fundamental - incompleto (≥ 1 e < 4 anos)	10.026	8,32
Ensino fundamental - incompleto (4 anos)	4.341	3,60
Ensino fundamental - incompleto (≥ 5 e < 8 anos)	29.273	24,29
Ensino fundamental - completo	5.947	4,93
Ensino médio - incompleto	11.025	9,15
Ensino médio - completo	10.271	8,52
Educação universitária - incompleta	3.980	3,30
Ensino superior - completo	2.590	2,15
Ignorado	23.773	19,72
Não aplicável	18.245	15,14
Grávida		
Sem gravidez	52.719	43,74
1º trimestre	5.976	4,96
2º quarto	2.824	2,34
3º quarto	4.004	3,32
Idade gestacional desconhecida	835	0,69
Não aplicável	40.175	33,33
Ignorado	14.000	11,62
Estado civil		
Solteiro	63.142	52,39
Casado / união consensual	11.894	9,87
Divorciado	3.355	2,78
Viúva	873	0,72
Não aplicável	32.887	27,28
Ignorado	8.382	6,96
Orientação sexual		
Heterossexual	58.545	48,57
Homossexual	1.971	1,64
Bissexual	1.013	0,84
Não aplicável	37.409	31,04
Ignorado	21.595	17,91
Deficiência / Desordem		
Deficiência física	749	0,63
Deficiência intelectual	3.404	2,82
Deficiência visual	395	0,33
Deficiência auditiva	444	0,37
Distúrbio mental	4.072	3,38
Transtorno de comportamento	2.170	1,80
Outras deficiências	1.398	1,16

Tabela 2. Características da violência contra mulheres vítimas de estupro no Brasil entre 2015 e 2019.

Variáveis	N	%
Dia da semana		
Notificação de estupro no mesmo dia	49.902	41,40
Notificação em dias após o estupro	70.631	58,60
Semana		
Notificação de estupro na mesma semana	81.682	67,77
Notificação semanas após o estupro	38.851	32,23
Motivo de violência		
Sexismo	34.050	28,25
Conflito geracional	1.147	0,95
Situação da rua	898	0,75
Deficiência	898	0,75
Homofobia / lesbofobia / bifobia / transfobia /	503	0,42
Intolerância religiosa	40	0,03
Racismo	15	0,01
Xenofobia	15	0,01
Outros	20.677	17,15
Não aplicável	22.249	18,46
Ignorado	40.041	33,22
Tipo de violência		
Violência física	33.636	27,91
Violência psicológica	34.355	28,50
Tortura	6.723	5,58
Outros tipos de violência sexual	120.472	99,95
Tráfico humano	114	0,09
Violência financeira / econômica	1.610	1,34
Negligência / abandono	2.552	2,12
Trabalho infantil	239	0,20
Intervenção legal	180	0,15
Outros tipos de violência	919	0,76
Meios de agressão		
Força corporal / espancamento	50.230	41,67
Pendurado	4.239	3,52
Objeto contundente	2.210	1,83
Objeto afiado	5.285	4,38
Substância / objeto quente	583	0,48
Envenenamento / intoxicação	1.577	1,31
Arma de fogo	5.509	4,57
Ameaça	36.324	30,14
Outras ameaças	14.251	11,82
Agressor (infratores)		
Pai	9.378	7,78
Mãe	1.794	1,49
Padrasto	10.086	8,37
Madrasta	164	0,14
Cônjuge	5.717	4,74
Ex-cônjuge	2.662	2,21
Namorado	8.432	7,00
Ex-namorado	2.055	1,70
Filho	228	0,19
Irmão (s)	2.445	2,03
Amigos / conhecidos	28.835	23,92
Desconhecido	31.293	25,96
Cuidador	624	0,52
Chefe	309	0,26
Pessoa com relacionamento institucional	824	0,68
Policial / aplicação da lei	219	0,18
Própria pessoa	537	0,45
Outros	14.666	12,17

Tabela 3: Modelo preditivo para o número de casos de estupro contra mulheres (ajustado para a população anual estimada de cada localidade) no Brasil entre 2015 e 2019.

	Coeficiente	IC 95%		p
Idade a cada 10 anos				
Idade	0,030	0,020	0,040	<0,0001
Idade ² (termo quadrático)	-0,003	-0,005	-0,001	<0,0001
Região				
Centro-Oeste (referência)	-	-	-	-
Nordeste	-1,046	-1,060	-1,032	<0,0001
Norte	0,632	0,620	0,645	<0,0001
Sudeste	-0,790	-0,798	-0,775	<0,0001
Sul	0,042	0,030	0,055	<0,0001
Anos				
2015 (referência)	-	-	-	-
2016	0,085	0,073	0,096	<0,0001
2017	0,280	0,270	0,291	<0,0001
2018	0,425	0,414	0,435	<0,0001
2019	0,521	0,511	0,532	<0,0001
Índice Gini Mensal	5,955	5,843	6,068	<0,0001
Cor da pele / etnia				
Branco (referência)	-	-	-	-
Preto	0,043	0,031	0,055	<0,0001
Amarelo	0,071	0,035	0,107	<0,0001
marrom	0,075	0,067	0,083	<0,0001
Indígena	0,161	0,131	0,191	<0,0001
Ignorado	0,065	0,051	0,080	<0,0001
Ciclo de vida do perpetrador				
25 - 59 anos (referência)	-	-	-	-
0 - 9 anos	0,063	0,040	0,088	<0,0001
10 - 19 anos	0,070	0,060	0,080	<0,0001
20 - 24 anos	0,042	0,032	0,052	<0,0001
≥ 60 anos	0,060	0,040	0,080	<0,0001
Ignorado	0,074	0,066	0,083	<0,0001
Escolaridade				
Analfabeto (referência)	-	-	-	-
Ensino fundamental - incompleto (<4 anos)	-0,014	-0,050	0,020	0,414
Ensino fundamental - incompleto (4 anos)	-0,022	-0,060	0,014	0,236
Ensino fundamental - incompleto (≥5 e <8 anos)	0,031	-0,002	0,065	0,069
Ensino fundamental - completo	-0,002	-0,038	0,033	0,899
Ensino médio - incompleto	0,024	-0,010	0,058	0,177
Ensino médio - completo	0,014	-0,020	0,050	0,415
Ensino superior - incompleto	0,031	-0,005	0,070	0,098
Ensino superior - completo	0,055	0,016	0,094	0,006
Ignorado	0,010	-0,024	0,043	0,590
Não aplicável	0,004	-0,030	0,040	0,799
Local de ocorrência				
Via pública (referência)	-	-	-	-
Residência	0,036	0,026	0,046	<0,0001
Habitação coletiva	-0,033	-0,070	0,002	0,068
Escola	-0,020	-0,047	0,007	0,156
Local de prática esportiva	0,041	-0,010	0,093	0,112
Barra ou similar	0,014	-0,014	0,043	0,325
Estabelecimentos comerciais	0,055	0,025	0,085	<0,0001
Indústrias / construção	-0,008	-0,064	0,047	0,768
De outros	-0,008	-0,021	0,003	0,175
Ignorado	0,055	0,042	0,069	<0,0001

IC = Intervalo de Confiança.

Figura 1: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por faixa etária, período 2015-2019
(índice com intervalo de confiança de 95%).

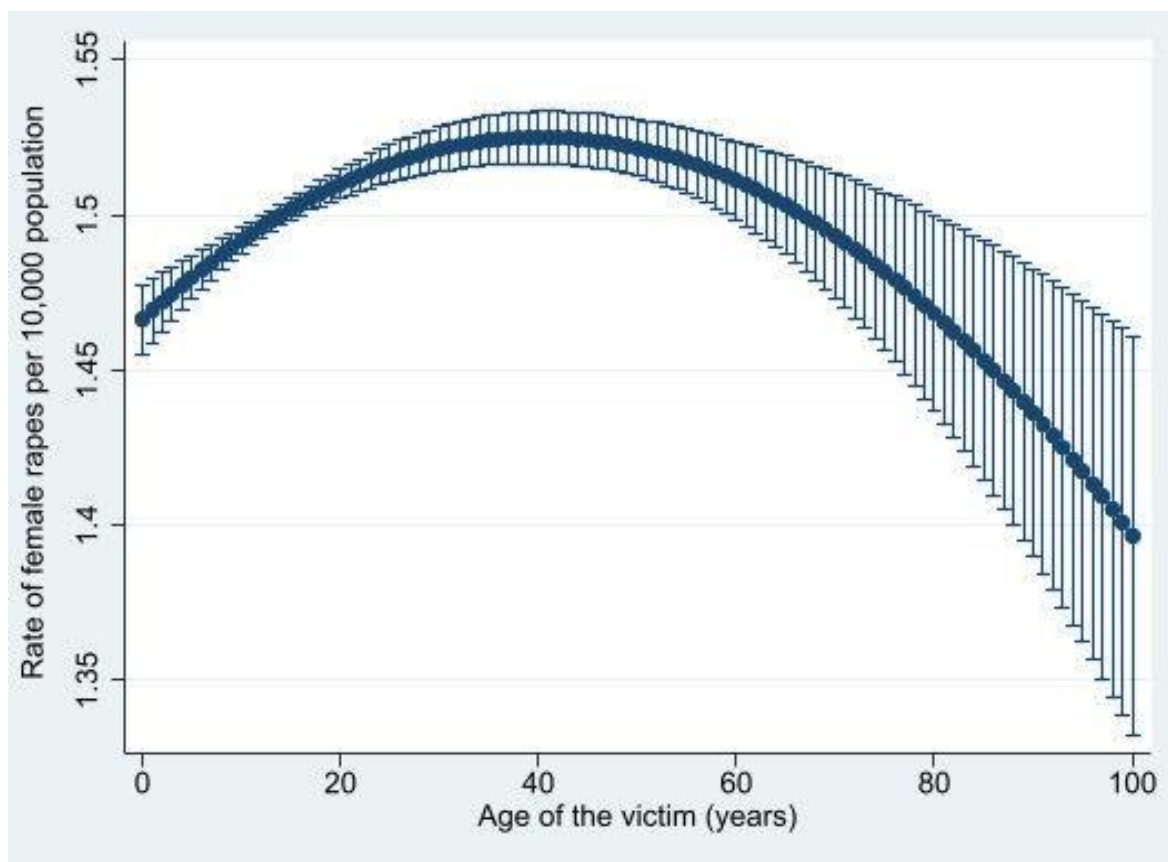


Figura 2: Mulheres vítimas de estupro no Brasil, por região e ano, 2015-2019.

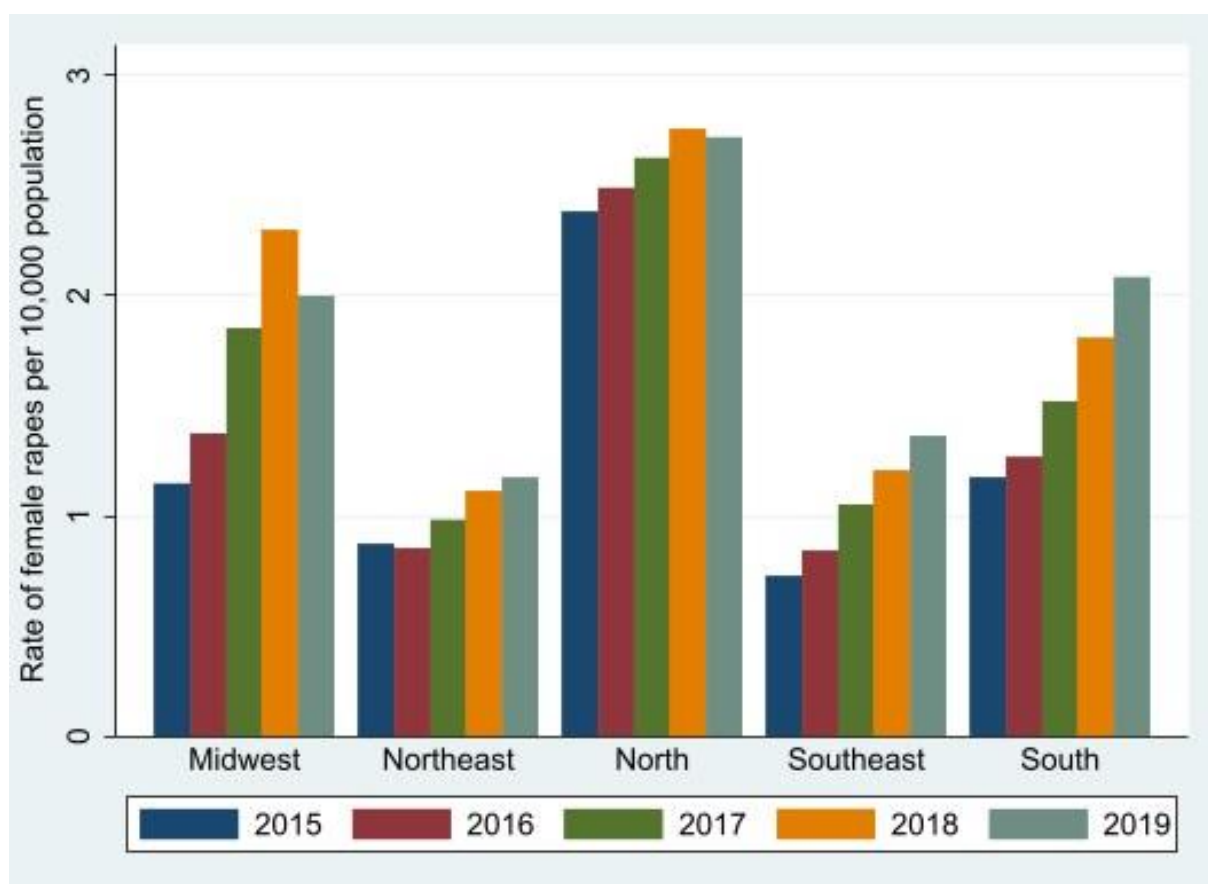


Figura 3: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por ano, Brasil 2015-2019 (taxa com intervalo de confiança de 95%).

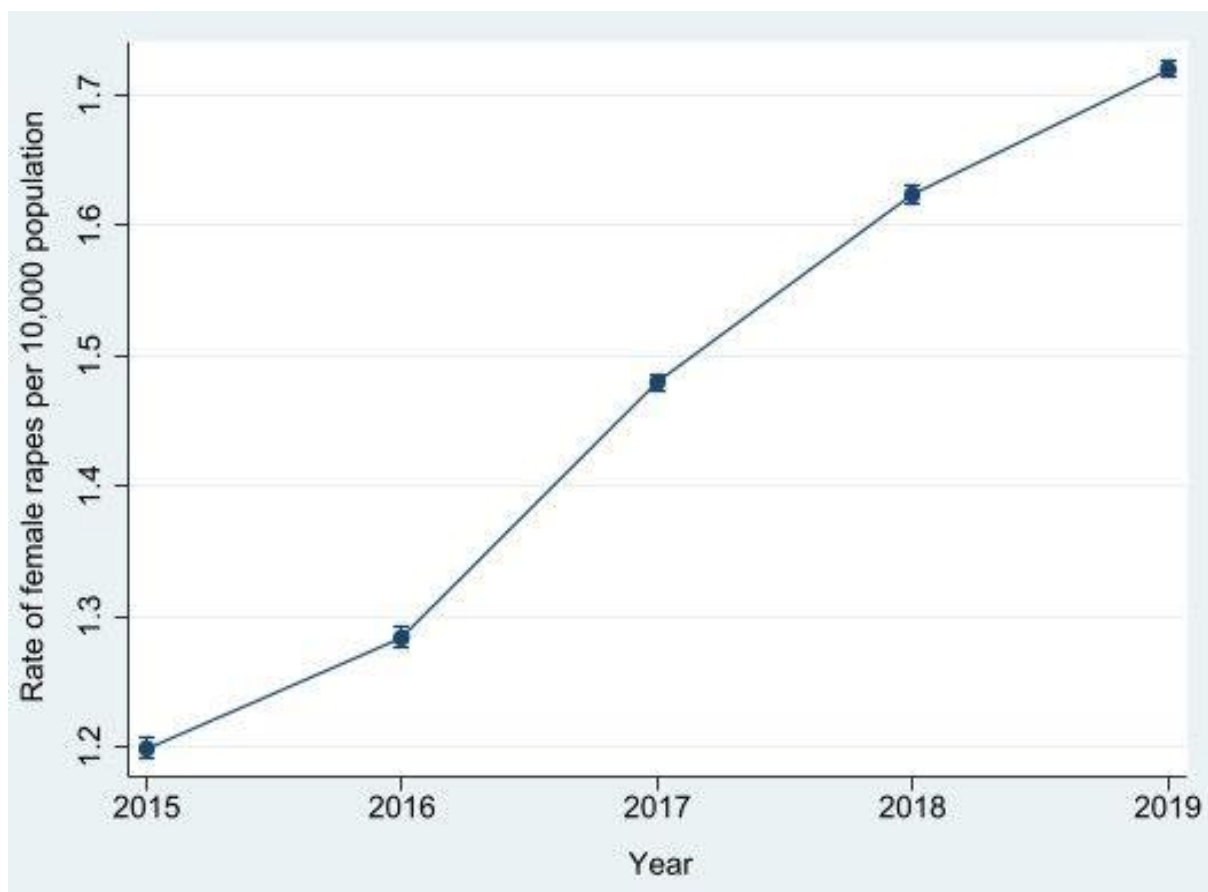
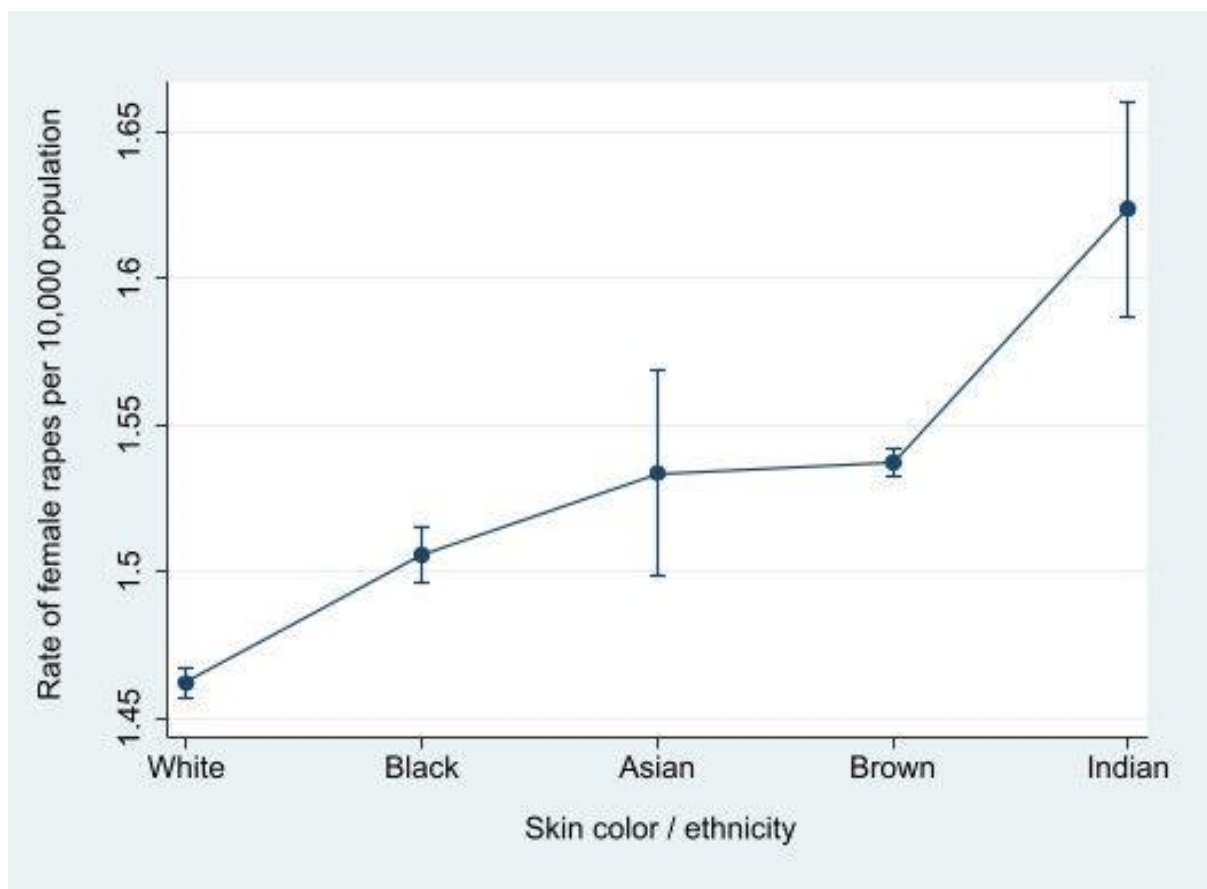


Figura 4: Mulheres vítimas de estupro no Brasil por cor da pele / etnia, 2015-2019 (taxa com intervalo de confiança de 95%).



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação que se termina de expor evidenciou algumas características da violência interpessoal e estupro de mulheres no Brasil. O perfil revela que as maiores vítimas são mulheres jovens, cujos agressores são homens jovens conhecidos das vítimas. Disparidades sociais estiveram intimamente relacionadas com a probabilidade de estupro.

O número de pesquisas envolvendo o tema aumentou nas últimas décadas, assim como também melhorias na legislação, notificação do agravo e atendimento as vítimas. Apesar disso, o problema da violência interpessoal e, mais especificamente, o estupro de mulheres, continuam crescentes no Brasil. Estudos relacionados a esse evento assumem caráter inesgotável diante da sua magnitude. Ademais, a utilização da ferramenta big data auxilia em sua análise epidemiológica, uma vez que pode ser utilizado para predizer o agravo.

Sugere-se uma intensificação das ações das políticas públicas na região norte, já que essa foi a que apresentou uma predição maior ao evento.

A continuidade desse estudo poderia ser feita através da pesquisa da violência autoprovocada, crescente atualmente.

8 ADERÊNCIA À PROPOSTA DO PROGRAMA

O estudo se enquadra na linha de pesquisa Enfermidades e Agravos à Saúde de Impacto regional do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente e apresenta aderência a esta linha pois é existe uma associação entre o agravo estudado com o ambiente geográfico, os impactos à saúde, além das causas e consequências sociais relacionadas. Os resultados desse trabalho podem contribuir para a estimular melhorias nas políticas públicas em relação a violência a nível regional e nacional.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL E ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Pesquisador: Marcos Antonio Almeida Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34690920.1.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.227.976

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa tem como objetivo principal realizar um estudo epidemiológico das vítimas de violência sexual no Brasil e Estados Unidos da América (EUA), em âmbito estadual e nacional. Trata-se de uma abordagem epidemiológica, do tipo estudo ecológico, ou seja, que apresenta dados agregados, tendo por objetivo analisar tendências temporais do índice de violência sexual no Brasil e Estados Unidos da América. Será utilizado dados do mediante consulta no Departamento de Informática do Sistema único de Saúde no Brasil e Programa Nacional de Lesões (AIP) do Sistema Nacional de Vigilância de Lesões Eletrônicas (NEISS) nos EUA. Taxas de incidência foram calculadas com ajustes para o registro populacional de cada ano, e apresentadas na escala de 1:1000000 habitantes. Os valores de incidência serão calculados usando dados da população dos EUA no US Census Bureau e no Brasil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para cada ano de 2015–2020. Será elaborado um modelo de regressão binomial negativa para avaliar a razão da taxa de incidência (“incidence rate ratio” ou IRR) de violência sexual. Estima-se que as políticas sociais tenham alcançado sucesso quanto à notificação dos casos supramencionados, apresentando com isso uma tendência de aumento no registro de número de casos em âmbito estadual, nacional e internacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Realizar um estudo epidemiológico das vítimas de violência sexual no Brasil e EUA, em âmbito estadual e nacional.

Objetivos Secundários:

- Analisar as tendências da taxa de violência sexual entre 2015-2020;
- Comparar as tendências no plano estadual e nacional em cada país e entre países;
- Analisar a potencial influência do sexo, da faixa etária, fatores socioeconômicos e aspectos ambientais (situação geográfica) em cada país.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa envolve riscos mínimos que consistem na divulgação de informações confidenciais dos pacientes. Desta forma a equipe de pesquisadores buscará minimizar tal risco, tomando o cuidado com a preservação do sigilo das informações.

Benefícios:

No tocante aos benefícios, a publicação desse estudo servirá como base de dados para futuras pesquisas. A comparação entre as séries temporais pode revelar mudanças significativas na evolução das taxas de violência sexual. As informações apresentadas poderão ser utilizadas pelos profissionais da atenção primária no desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, bem como na cooperação entre profissionais, gestores e a comunidade, visando melhorias na abordagem específica aos agravos relacionados à violência sexual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área de saúde pública. Por se tratar de pesquisa a ser realizada em dados de domínio público o pesquisador responsável solicitou a dispensa justificada do TCLE.

Esta pesquisa não necessita de apreciação do CEP seguido a resolução 510/2016, Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

III – pesquisa que utilize informações de domínio público.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas nas Resoluções CNS nº 466/12 e 510/2016.

Recomendações:

Sem recomendações, pois se trata de um projeto de pesquisa perfeitamente redigido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de

Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1585792.pdf	02/07/2020 14:34:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausencia_tcle.pdf	02/07/2020 14:33:33	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	D_Pesquisadores_violencia_sexual_Brasil_EUA.pdf	02/07/2020 14:12:07	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_violenciasexual.pdf	02/07/2020 14:08:11	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	instituicao.pdf	02/07/2020 14:06:46	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	02/07/2020 14:04:45	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_violencia_sexual.pdf	02/07/2020 14:03:35	Marcos Antonio Almeida Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 20 de Agosto de 2020

**Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador(a))**

**ANEXO II – COMPROVAÇÃO DE SUBMISSÃO NA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE
COLETIVA**

Ciência & Saúde Coletiva



**Epidemiological profile of female rape victims in Brazil
between 2015 and 2019**

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2022-0102
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	women, sexual assault, notifications, health information system

SCHOLARONE™
Manuscripts