



PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL
PROFILE OF THE NOTIFICATIONS ON SEXUAL VIOLENCE
PERFIL DE LAS NOTIFICACIONES SOBRE VIOLENCIA SEXUAL

Vanessa Carla Batista¹, Ivi Ribeiro Back², Lorenna Vicentine Coutinho Monteschio³, Debora Cristina de Arruda⁴, Hellen Carla Rickli⁵, Laura Razente Grespan⁶, Andressa Casa Grande de Matos⁷, Sonia Silva Marcon⁸

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil dos casos de violência sexual. **Método:** estudo quantitativo, transversal, realizado a partir de consulta às fichas de notificação dos casos atendidos em um hospital de referência, no período de 2014 a 2016, arquivadas no setor de vigilância epidemiológica. Coletaram-se dados de identificação da vítima, do agressor e características da violência. Realizou-se a análise descritiva e inferencial e apresentaram-se os resultados em tabelas. **Resultados:** foram notificados 241 casos, com maior frequência em adultos (34,9%), seguidos por adolescentes (32,8) e crianças (30,3%), do sexo feminino (87,1%) e cor branca (60,2%). Grande parte dos casos ocorreu no domicílio (41,9%). Entre adultos/idosos, prevaleceram agressores desconhecidos (65,2%) e, entre crianças/adolescentes, amigos/conhecidos (42,1%). Os procedimentos mais frequentes foram a coleta de material para exames (64,7%), a profilaxia de DST (60,2%) e o encaminhamento para o Conselho Tutelar e a Delegacia da Mulher. **Conclusão:** a violência sexual foi mais frequente em pessoas do sexo feminino e atingiu todas as idades. Seus resultados mostram a necessidade de maior comprometimento no preenchimento das fichas de notificação. O estudo contribui para o avanço do conhecimento sobre este tipo de violência ao descrever as principais características de sua ocorrência. **Descritores:** Violência Sexual; Saúde Pública; Notificação Compulsória; Exposição à Violência; Epidemiologia; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to outline the profile of cases of sexual violence. **Method:** a quantitative, cross-sectional study, based on the consultation of the records of cases treated at a referral hospital, from 2014 to 2016, filed in the epidemiological surveillance sector. Data was collected identifying the victim, the aggressor and the characteristics of violence. The descriptive and inferential analysis was carried out and the results were presented in tables. **Results:** 241 cases were reported, more frequently in adults (34.9%), followed by adolescents (32.8%) and children (30.3%), female (87.1%) and white (60,2%). Most cases occurred at home (41.9%). Among adults / elderly, unknown perpetrators (65.2%) prevailed and, among children / adolescents, friends / acquaintances (42.1%). The most frequent procedures were the collection of material for examinations (64.7%), STD prophylaxis (60.2%) and referral to the Guardianship Council and the Women's Precinct. **Conclusion:** Sexual violence was more frequent in females and reached all ages. Their results show the need for greater commitment in completing the notification forms. The study contributes to the advancement of knowledge about this type of violence when describing the main characteristics of its occurrence. **Descriptors:** Sex Offenses; Public Health; Mandatory Reporting; Exposure to Violence; Epidemiology; Nursing Care

RESUMEN

Objetivo: trazar el perfil de los casos de violencia sexual. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, realizado a partir de consulta a las fichas de notificación de los casos atendidos en un hospital de referencia, en el período de 2014 a 2016, archivadas en el sector de vigilancia epidemiológica. Los datos fueron recolectados por identificación de la víctima, del agresor y características de la violencia. Se realizó el análisis descriptivo e inferencial y se presentaron los resultados en tablas. **Resultados:** fueron notificados 241 casos, con mayor frecuencia en adultos (34,9%), seguidos por adolescentes (32,8) y niños (30,3%), del sexo femenino (87,1%) y color blanco (60, 2%). Gran parte de los casos ocurrió en el domicilio (41,9%). Entre adultos / ancianos, prevalecieron agresores desconocidos (65,2%) y, entre niños / adolescentes, amigos / conocidos (42,1%). Los procedimientos más frecuentes fueron la de material para exámenes (64,7%), la profilaxis de ETS (60,2%), y el encaminhamento para el Consejo Tutelar y la Comisaría de la Mujer. **Conclusión:** la violencia sexual fue más frecuente en las personas del sexo femenino y alcanzó todas las edades. Sus resultados muestran la necesidad de mayor compromiso en el llenado de las fichas de notificación. El estudio contribuye al avance del conocimiento sobre este tipo de violencia, al describir las principales características de su ocurrencia. **Descriptor:** Delitos Sexuales; Salud Pública; Notificación Obligatoria; Exposición a la Violencia; Epidemiología; Atención de Enfermería.

¹Mestranda, Universidade Estadual de Maringá. Maringá (PR), Brasil. E-mail: vane.vcb@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3267-3969>;

^{2,3}Mestres (Doutorandas), Universidade Estadual de Maringá - UEM, Maringá (PR), Brasil. E-mail: iviback@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7867-8343>; -mail: helorenn@gmail.com. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1486-6898>; ^{4,5}Mestres, Hospital Universitário de Maringá. Maringá (PR), Brasil. E-mail: afolaura@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2926-0300>; E-mail: hcrickli@gmail.com. ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1727-138X>;

^{6,7}Graduandas em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá. Maringá (PR), Brasil. E-mail: laurarazentegrespan@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4005-2748>; E-mail: andressa.cmatos@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-5757-7973>; ⁸Doutora, Universidade Estadual de Maringá. Maringá (PR), Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6607-362X>

INTRODUÇÃO

Considera-se a violência um processo multicausal caracterizado pelo uso de força física ou poder contra um indivíduo, grupo ou comunidade, que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação. Pode expressar-se de variadas formas e atingir qualquer indivíduo independentemente de faixa etária, sexo, posição social ou etnia.¹⁻²

Registraram-se mais de 1,3 milhões de mortes em consequência da violência, em todas as suas formas, conforme o Relatório Mundial da Saúde de 2014. Tal dado correspondeu a 2,5% da mortalidade global. Dentre os vários tipos de violência cometidos, destaca-se a sexual, por sua complexidade, tendo em vista que provoca, além de dano corporal, danos emocionais.³

Caracteriza-se a violência sexual como qualquer ato ou tentativa de ato sexual, comentários sexuais indesejados, atos direcionados ao tráfico sexual ou voltados contra a sexualidade de um indivíduo, usando a coação, praticados por qualquer pessoa, em qualquer cenário.⁴

Estima-se que, anualmente, 12 milhões de pessoas sofrem abuso sexual em todo o mundo. Esse tipo de violência atinge, principalmente, pessoas do sexo feminino, crianças, adolescentes e adultos jovens sendo que, na maioria das vezes, é praticado por parentes, pessoas da convivência ou conhecidas.⁵

Consideram-se a elaboração, o monitoramento e a avaliação dos indicadores de violência perpetrada contra as vítimas ações imprescindíveis à difusão de conhecimento sobre o fenômeno, assim como para subsidiar o planejamento e a implementação de políticas e programas estratégicos de prevenção e intervenção.⁶ No Brasil, estratégias têm sido empreendidas como a operacionalização do sistema nacional de denúncia anônima "disque 100" e do sistema de vigilância de acidentes e violências - VIVA/MS.⁷ Somando-se a isso, o Ministério da Saúde já havia implantado a Lei Federal nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, em que se estabelece a obrigatoriedade dos serviços de saúde em realizar notificações, em qualquer instituição pública ou privada, com o preenchimento da ficha de Notificação/Investigação da Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).⁸

Demonstra-se, com a notificação, o compromisso legal dos profissionais de saúde,

bem como se sinaliza sua responsabilidade na proteção integral das vítimas de violência, em atuação conjunta com as redes de proteção, no âmbito da prevenção, do atendimento e do acompanhamento dos casos.⁹

No município de Maringá, no ano de 2008, elaborou-se o "Protocolo de Proteção à mulher, criança e adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar" com o objetivo de qualificar os profissionais envolvidos no atendimento a essa população, promover ações de prevenção de violência praticada contra esses grupos, bem como identificar casos na comunidade realizando-se o acolhimento e a assistência às vítimas e suas famílias.¹⁰

Consideram-se, de acordo com tal protocolo, diversas portas de entrada para o atendimento e o encaminhamento de vítimas de violência sexual dentre as quais, destacam-se: os Serviços de Saúde; o Sistema Educacional; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE); os Centros de Referência da Assistência Social (CREAS e CRAS); as Polícias Militar e Civil e Conselho Tutelar. Contudo, todos os casos devem ser encaminhados para o hospital de referência, que é o responsável pelo preenchimento da ficha de notificação.¹⁰

Diante do exposto, considera-se fundamental conhecer as características da problemática para estabelecer medidas de prevenção e proteção a essa população.

OBJETIVO

- Traçar o perfil dos casos de violência sexual notificados e atendidos em um hospital de referência.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal, de base secundária, realizado a partir dos registros de ocorrência de violência sexual no município de Maringá-PR, no período de 2014 a 2016. Coletaram-se os dados, no ano de 2017, a partir de consulta a todas as fichas de notificação arquivadas no setor de vigilância epidemiológica do hospital de referência.

Coletaram-se dados referentes às seguintes variáveis:

- a) Identificação da vítima: sexo (masculino, feminino); idade (um a 12 anos = criança, 13 a 17 anos = adolescente, 18 a 59 anos = adulto e ≥ 60 = idoso); cor (branca, não branca);
- b) Identificação do agressor: número de envolvidos (um, dois, mais de dois, ignorado); vínculo com a vítima: (amigo/conhecido, cuidador, desconhecido, familiar, pai/mãe);

c) Características da violência: município (Maringá, outros); local da ocorrência (casa de parentes, escola, outro, residência, via pública); recorrência (sim, não, ignorado); violências associadas (física, psicológica, negligência/abandono); procedimentos realizados (profilaxia Hepatite B, profilaxia HIV, coleta de sêmen, coleta de sangue, coleta de secreção vaginal, profilaxia DST, contracepção de emergência e nenhum procedimento); encaminhamento intra-hospitalar (atendimento ambulatorial, internação hospitalar, ignorado e não se aplica); encaminhamento extra-hospitalar (Conselho Tutelar, Instituto Médico Legal, CREAS-CRAS, Delegacia de Atendimento à Mulher, Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente).

Registraram-se os dados em planilha elaborada no *Software Microsoft Office Excel 2007*® e analisaram-se os mesmos no programa *IBM SPSS*, versão 20.0. Realizou-se a análise descritiva por meio de média e desvio padrão e testaram-se as associações por meio do teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher. Consideraram-se 95% de confiança ($\alpha = 0,05$).

Desenvolveu-se o estudo em conformidade com as diretrizes disciplinadas pela resolução

466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP/UEM) sob o parecer nº 852.161 e C.A.A.E nº 35759214.2.0000.0104.

RESULTADOS

Apresentam-se os resultados deste estudo nas tabelas 1, 2, 3, 4 e 5, respectivamente.

Tabela 1. Características das ocorrências de violência sexual notificadas no período de 2014 a 2016. Maringá (PR), Brasil, 2017.

Características das vítimas	Total (n=241)		2014 (n=34)		Anos		2016 (n=114)	
	N	%	N	%	2015 (n=93)	%	N	%
Sexo								
Feminino	210	87,1	29	85,3	87	93,5	94	82,5
Masculino	31	12,9	5	14,7	6	6,5	20	17,5
Idade								
Adulto	84	34,9	11	32,4	37	39,8	36	31,6
Adolescente	79	32,8	15	44,1	31	33,3	33	28,9
Criança	73	30,3	8	23,5	24	25,8	41	36,0
Idoso	5	2,1	0	0	1	1,1	4	3,5
Cor								
Branca	145	60,2	22	64,7	53	57,0	70	61,4
Não Branca	96	39,8	12	35,3	40	43,0	44	38,6
Violências associadas								
Violência Física								
Não	190	78,8	25	73,5	59	63,4	106	93,0
Sim	51	21,2	9	26,5	34	36,6	8	7,0
Violência Psicológica								
Não	189	78,4	14	41,2	33	35,5	5	4,4
Sim	52	21,6	20	58,8	60	64,5	109	95,6
Negligência/Abandono								
Não	236	97,9	33	97,1	91	97,8	112	98,2
Sim	5	2,1	1	2,9	2	2,2	2	1,8

Tabela 2. Características das vítimas de violência sexual notificadas no período de 2014 a 2016. Maringá (PR), Brasil, 2017.

Variáveis	Total N (%)	Criança /Adolescente N (%)	Adulto/Idoso N (%)	p-valor
Sexo				
Feminino	210 (87,1)	127 (83,6)	83 (93,3)	0,030
Masculino	31 (12,9)	25 (16,4)	6 (6,7)	
Cor				
Branca	145 (60,2)	90 (59,2)	55 (61,8)	0,692
Não Branca	96 (39,8)	62 (40,8)	34 (38,2)	
Violência associada				
Violência Física				
Não	190 (78,8)	126 (82,9)	64 (71,9)	0,044
Sim	51 (21,2)	26 (17,1)	25 (28,1)	
Violência Psicológica				
Não	189 (78,4)	126 (82,9)	63 (70,8)	0,027
Sim	52 (21,6)	26 (17,1)	26 (29,2)	
Negligência/Abandono				
Não	236 (97,9)	147 (96,7)	89 (100,0)	0,161
Sim	5 (2,1)	5 (3,3)	0 (0,0)	

Tabela 3. Características das ocorrências de violência sexual notificadas no período de 2014 a 2016 por grupos de idade. Maringá (PR), Brasil, 2017.

Variáveis	Total (n=241) N (%)	Criança/Adolescente N (%)	Adulto/Idoso N (%)	p-valor
Município				
Maringá	147 (61,0)	86 (56,6)	61 (68,5)	0,066
Outros	94 (39,0)	66 (43,4)	28 (31,5)	
Local				
Residência	101 (41,9)	76 (50,0)	25 (28,1)	<0,001
Via pública	79 (32,8)	33 (21,7)	46 (51,7)	
Casa Parentes	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Outro	37 (15,4)	23 (15,1)	14 (15,7)	
Escola	11 (4,6)	9 (5,9)	2 (2,2)	
Recorrência				
Não	163 (67,6)	89 (58,6)	74 (83,1)	<0,001
Sim	64 (26,6)	53 (34,9)	4 (4,5)	
Ignorado	14 (5,8)	10 (6,6)	11 (12,4)	
N° de agressores				
Um	199 (82,6)	129 (84,9)	70 (78,7)	0,051
Dois ou mais	21 (8,7)	12 (7,9)	9 (10,1)	
Dois	12 (5,0)	9 (5,9)	3 (3,4)	
Ignorado	9 (3,7)	2 (1,3)	7 (7,9)	
Grau de Parentesco				
Desconhecido	96 (39,8)	38 (25,0)	58 (65,2)	<0,001
Amigo/Conhecido	88 (36,5)	64 (42,1)	24 (27,0)	
Familiar	31(12,9)	28 (18,4)	3 (3,4)	
Pai/Mãe	21(8,7)	19 (12,5)	2 (2,2)	
Cuidador	5 (2,1)	3 (2,0)	2 (2,2)	

Tabela 4. Características do atendimento realizado às vítimas de violência sexual, de 2014 a 2016, por grupos de idade. Maringá (PR), Brasil, 2017.

Variáveis	Total (n=241) N (%)	Criança/Adolescente N (%)	Adulto/Idoso N (%)	p-valor
Proc. Realizados				
Profilaxia Hepatite B				
Não	187 (77,6)	121 (79,6)	66 (74,2)	0,041
Sim	41 (17,0)	20 (13,20)	21 (23,6)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Profilaxia HIV				
Sim	139 (57,7)	69 (45,4)	70 (78,7)	<0,001
Não	89 (36,9)	72 (47,4)	17 (19,1)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Coleta de sêmen				
Não	214 (88,8)	135 (88,8)	79 (88,8)	0,08
Sim	14 (5,8)	6 (3,9)	8 (9,0)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Nenhum procedimento				
Não	172 (71,4)	94 (61,8)	78 (87,6)	<0,001
Sim	56 (23,2)	47 (30,9)	9 (10,1)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Coleta de Sangue				
Sim	156 (64,7)	84 (55,3)	72 (80,9)	<0,001
Não	72 (29,9)	57 (37,5)	15 (16,9)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Coleta de Secreção Vaginal				
Sim	123 (51,0)	67 (44,1)	56 (62,9)	<0,011
Não	105 (43,6)	74 (48,7)	31 (34,8)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Profilaxia DST				
Sim	145 (60,2)	73 (48,0)	72 (80,9)	<0,001
Não	83 (5,4)	68 (44,7)	15 (16,9)	
Ignorado	13(5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Contracepção de Emergência				
Não	127 (52,7)	93 (61,2)	34 (38,2)	<0,001
Sim	101 (41,9)	48 (31,6)	53 (59,6)	
Ignorado	13 (5,4)	11 (7,2)	2 (2,2)	
Encaminhamento				
Intra-hospitalar				
Atendimento Ambulatorial	17 (7,1)	9 (5,9)	8 (9,0)	0,611
Ignorado	10 (4,1)	7 (4,6)	3 (3,4)	
Internação Hospitalar	10 (4,1)	8 (5,3)	2 (2,2)	
Não se aplica	11 (4,6)	8 (5,3)	3 (3,4)	

DST: Doença Sexualmente Transmissível. HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela 5. Perfil dos encaminhamentos realizados às vítimas de violência sexual entre 2014 a 2016. Maringá (PR), Brasil, 2017.

Encaminhamento Extra-hospitalar	N	%
Conselho Tutelar		
Sim	138	57,3
Ignorado	101	41,9
Não	2	0,8
Instituto Médico Legal (IML)		
Não	231	95,9
Sim	8	3,3
Ignorado	2	0,8
CREAS-CRAS		
Não	200	83,0
Sim	39	16,2
Ignorado	2	0,8
Outras Delegacias		
Não	222	92,1
Sim	17	7,1
Ignorado	2	0,8
Delegacia de Atendimento à Mulher		
Não	161	66,8
Sim	78	32,4
Ignorado	2	0,8
Delegacia Prot. Criança e Adolescente		
Não	233	96,7
Sim	6	2,5
Ignorado	2	0,8

DISCUSSÃO

Comprovou-se que a maioria das vítimas era do sexo feminino e de cor branca, corroborando resultados de outros estudos.¹¹⁻² Revelou-se, em dados de pesquisa realizada em Campinas, que, por dia, cerca de 22 mulheres procuram atendimento em serviços de saúde por sofrerem algum tipo de violência sexual e que, destas, um total de 14 são notificadas como vítimas de estupro.¹¹

Nota-se que, apesar dos evidentes avanços com relação à igualdade entre os sexos, histórica e culturalmente, impõem-se condições de abuso e discriminação às mulheres, fatores determinantes para a prevalência da violência sexual influenciados pelas questões de gênero que colocam a mulher como um objeto sexual e vislumbre masculino.¹²⁻³

Embora a minoria das notificações (2,9%) corresponda a casos de violência sexual contra pessoas do sexo masculino, observaram-se valores significativos relacionados a este gênero. Na literatura, evidencia-se que, apesar do aumento no número de pesquisas sobre violência sexual, a maior parte dos estudos ainda aborda aspectos relacionados às vítimas femininas. A escassez de dados e notificações sobre a violência sexual contra indivíduos do sexo masculino explica-se pela dificuldade que eles possuem em relatar a violência sofrida e adotar posturas que subestimam o problema como a negação.

Assim, torna-se imprescindível um olhar para a violência sexual contra o sexo masculino e o impacto que a mesma acarreta à vida dessas vítimas.¹⁴

O silêncio revela-se como fator determinante para o enfrentamento da violência. Muitas vezes, a vítima possui receio em relatar a agressão, pois teme futuras punições, sente-se envergonhado(a) pelo ocorrido ou recebe ameaças do agressor, além de não possuir estrutura psicológica para revelar tal ocorrido para terceiros.^{13,16} Pesquisa revela que o medo da dissociação da família, caso o fato seja descoberto, o descrédito quanto à fala da vítima, bem como a culpabilização pelo abuso constituem-se como fatores que contribuem para a não verbalização do ocorrido para terceiros culminando, muitas vezes, na subnotificação dos casos, mesmo com a alta prevalência de violência sexual.¹⁵

Quanto às características da violência, nota-se que a maioria dos casos ocorreu no domicílio da vítima ou do agressor, ou seja, com grande possibilidade de envolver a participação de familiares ou pessoas conhecidas, como agressores, nos casos de violência sexual.¹³ Constatou-se, em levantamento nacional nos EUA sobre crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, que 14% dos casos ocorreram no ambiente domiciliar da vítima.¹⁷ Mostra-se, por meio desses dados, que, na maioria das vezes, o agressor é alguém de confiança ou próximo da

vítima, o que facilita a sua abordagem em função do vínculo pré-existente utilizado para submeter a vítima ao episódio de violência.

Demonstra-se, a partir dos achados deste estudo, que a violência sexual ocorreu concomitantemente com outras violências constatando-se que o número de registros de violência psicológica foi crescente com o passar dos anos e decrescente o número de registros relacionados à violência física. Corroboram-se, com estes achados, estudos realizados em outras regiões do país e do mundo nos quais identificou-se a ocorrência simultânea de mais de um tipo de violência, juntamente com os casos de agressão sexual.^{12,18} Estudo nos Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras evidenciou que o sexo masculino constitui fator associado à violência contra crianças e que os tipos mais frequentes são negligência/abandono, seguidos por violência física e sexual.¹⁹ Presume-se, assim, que a ocorrência de outros tipos de violência, além da sexual, aconteça devido à maioria das vítimas ser adolescente do sexo feminino e tentar se defender do agressor.¹³

Na maioria dos casos, evidenciou-se que a coleta de sangue e secreção vaginal foi realizada para fins de diagnóstico e, em grande parte dos casos, procedeu-se à profilaxia para DST com o uso de antirretrovirais e vacina/imunoglobulina para hepatite B, bem como da contracepção de emergência.

Quanto mais precoce o contato com o serviço de saúde, mais eficazes se tornam as medidas investigativas e de atendimento à vítima. Reduzem-se as chances de desenvolvimento de infecções por DST e gestações decorrentes do estupro com a introdução de profilaxia para DST e Hepatite B, bem como a anticoncepção de emergência. Ressalta-se que o risco para a infecção por DST depende do tipo e do tempo de exposição sexual, do número de agressores, do fato deste(s) ter uma DST e contato com secreções sexuais ou sangue. Na indicação da profilaxia pós-exposição, deve-se seguir os seguintes critérios: tempo decorrente da violência - menos de 72 horas da agressão; características do autor; o tipo de abuso; os efeitos colaterais da medicação e a aderência da vítima ao tratamento.¹⁰

Observou-se que os encaminhamentos realizados com maior frequência foram para os Conselhos Tutelares, Delegacia de Atendimento à Mulher e CREAS, respectivamente, corroborando os resultados de estudo similar realizado na Bahia.¹³ No “Protocolo de Proteção à mulher, criança e

adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar” do município de Maringá determina-se que todos os casos, após atendimento no hospital de referência, sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar e à delegacia para posterior encaminhamento aos centros de referência: Unidade Básica de Saúde a qual a vítima está vinculada, de acordo com a área de abrangência, e Centros de Referência de Assistência Social (CREAS/CRAS). Com essa determinação, tem-se por finalidade assegurar o acompanhamento pós-atendimento hospitalar e as medidas de intervenção e de apoio para a vítima e sua família.¹⁰

Considera-se inegável a necessidade de constante atualização, por parte dos profissionais de saúde, para identificar, notificar e acompanhar os casos de violência de forma eficaz. Uma abordagem ágil e qualificada, assegurando o acolhimento e seguimento correto desta demanda, bem como estratégias que otimizem essa implementação, constituem-se como ações imprescindíveis às instituições e políticas públicas setoriais. Não obstante, essa tarefa apresenta-se ainda como um grande desafio para os profissionais devido à sobrecarga e à organização, muitas vezes, deficiente dos serviços de saúde.^{11,13}

O enfrentamento e o combate à violência sexual, muitas vezes, mostram-se permeados pela insegurança e o despreparo dos profissionais de saúde tanto em notificar os casos, quanto para promover a prevenção e acolhimento à vítima, devido ao desconhecimento da real magnitude e impacto que este fenômeno ocasiona no indivíduo exposto e sua família.²⁰

Salienta-se que é fundamental o treinamento das equipes com o objetivo de reforçar a relevância da notificação e do adequado preenchimento das fichas. Isto porque a qualidade da informação, ou seja, a completude no preenchimento de todos os campos da ficha, bem como o comprometimento dos profissionais em investigar a fundo os casos de suspeita, realizar os encaminhamentos necessários e tratar adequadamente todos os casos mostram-se como ações de extrema relevância para o sistema de vigilância.²¹

Imputa-se às instâncias governamentais o investimento em elaboração de projetos e programas educacionais, com enfoque na prevenção da violência e proteção às vítimas, a fim de conscientizar a população e formar sujeitos empoderados para o enfrentamento do vivido. Isto porque a violência perpassa danos físicos produzindo grandes implicações

para a vida do indivíduo e para a coletividade.²²⁻³

As possíveis limitações do estudo referem-se à utilização de banco de dados secundários que se apresentavam com preenchimento incompleto, ou mesmo ausente, de muitas variáveis impossibilitando uma identificação mais completa com subsequente análise e discussão mais aprofundada.

CONCLUSÃO

Constatou-se que vítimas de violência sexual eram, predominantemente, do sexo feminino, com distribuição percentual muito próxima entre crianças, adolescentes e adultos jovens. Na maioria dos casos em que as vítimas eram crianças ou adolescentes, a violência ocorreu no domicílio e os principais agressores foram pessoas do círculo de relacionamento da vítima, enquanto que, em adultos e idosos, a violência ocorreu, principalmente, em via pública, sendo praticada, predominantemente, por desconhecidos.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam sensibilizar profissionais e futuros profissionais de saúde sobre a necessidade de completude das fichas de notificação e a importância da qualidade das informações registradas. Espera-se que o conhecimento dos fatores envolvidos nos casos de violência no município em estudo também possa contribuir para o planejamento de ações que visem à prevenção da violência e à proteção à saúde das vítimas.

Recomenda-se a realização de estudos que possibilitem aprofundar a temática, além de explorar aspectos subjetivos relacionados à vivência das vítimas e do agressor.

REFERÊNCIAS

1. Sinimbu RB, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Santos MR, Freitas MG. Characterization of victims of domestic violence, sexual and/or other violence in Brazil - 2014. Saúde Foco [Internet]. 2016 June [cited 2017 Dec 08];1(1):1-14. Available from: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>
2. Albuquerque AL, Silva WC. Profile of sexual violence against women served in the service of women. J Nurs UFPE on line. 2017 May;11(Suppl 5):2106-15. Doi: [10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201716](https://doi.org/10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201716)
3. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Sexual violence and co-occurrences suffered by children and adolescents: study of incidents over a decade. Ciênc Saúde Coletiva. 2014 Mar;19(3):759-71.

Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013>

4. Krug GE, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 [cited 2017 Nov 14]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de análise de situação de saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [cited 2017 Nov 26]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf
6. Faraj SP, Siqueira AC, Arpini DM. Notification of violence: procedures and perceptions of law professionals and child protection agents. Psicol Ciênc Prof. 2016 Oct/Dec;36(4):907-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000622014>
7. Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazilian city. Rev Esc Enferm USP. 2015 Aug/Apr;49(4):556-63. Doi: [10.1590/S0080-623420150000400004](https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400004)
8. Dantas GSV, Silva PL, Silva JK, Rios MA. Characterization of cases of physical violence against women notified in Bahia. Arq Ciênc Saúde. 2017 Oct/Dec;24(4):63-8. Doi: doi.org/10.17696/2318-3691.24.4.2017.878
9. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Ximenes AS, Ribeiro JP. Violence against children and adolescents: characteristics of notified cases in a southern Reference Center of Brazil. Enferm Global. 2017 Apr; 46:432-44. Doi: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235251>
10. Prefeitura do Município de Maringá (PR), Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Protocolo de Proteção à mulher, criança e adolescente vítimas de violência sexual, doméstica e intrafamiliar [Internet]. Maringá: Prefeitura Municipal; 2012 [cited 2017 Nov 25]. Available from: <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/c329667b0913.pdf>
11. Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo, RCS. Sexual violence: a descriptive study of rape victims and care in a university referral center in São Paulo State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2013 May;29(5):889-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500008>
12. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Co-occurrence of physical and psychological violence among dating adolescents in Recife, Brazil: prevalence and associated factors. Ciênc Saúde Colet. 2013 May/Oct;18(1):233-43. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100024>

13. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Sexual violence and co-occurrences suffered by children and adolescents: study of incidents over a decade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Mar;19(3):759-71. Doi: [10.1590/1413-81232014193.18332013](https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.18332013)

14. Hohendorff JV, Santos SS, Dell'Aglío DD. Case study on the disclosure of male sexual violence. *Contextos Clínicos*. 2015 June;8(1):46-54. Doi: [10.4013/ctc.2015.81.05](https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.05)

15. Trindade LC, Linhares SMGM, Vanrell JP, Godoy D, Martins JCA, Barbas SMAN. Sexual violence against children and vulnerability. *Rev Assoc Med Bras*. 2014 Jan/Feb;60(1):11-21. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.01.015>

16. Silva GKOM, Silva FMSM. Psychological Clinic Attention to women in situations of violence: A phenomenological study of a formative experience. *Rev Manguio Acadêmico [Internet]*. 2017 Jan/June [Cited 2017 Dec 01];2(1):89-97. Available from: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/manguio/article/viewFile/2388/1740>

17. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse Neglect*. 2007 May/June;31(1):7-26. Doi: [10.1016/j.chiabu.2006.06.008](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008)

18. Hamby S, Finkelhor D, Turner H. Teen Dating Violence: Co-Occurrence With Other Victimization in the National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV). *Psychology of Violence*. 2012 Jan;2(2):111-24. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0027191>

19. Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Factors associated with violence against children in sentinel urgent and emergency care centers in Brazilian capitals. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Sept;22(9):2889-98. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.12752017>

20. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Mar;21(3):871-6. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>

21. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Reports of domestic, sexual and other forms of violence against children in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012 June/July;17(9):2305-17. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900012>

22. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017

Dec 13]. Available from: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/criancas-e-adolescentes/publicacoes-2013/pdfs/plano-nacional-de-enfrentamento-da-violencia-sexual-contra-crianca-e-adolescentes>

23. Machado CB, Daher DV. Urban violence: effects and consequences on health care in a family health unit. *Cienc Cuid Saúde*. 2015 Oct/Dec;14(4):1445-52. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i4.24480>

Submissão: 16/01/2018
Aceito: 11/02/2018
Publicado: 01/05/2018

Correspondência

Vanessa Carla Batista
Rua Sueo Toda, 163 / Ap. 404
Bairro Vila Esperança
CEP: 87020410 – Maringá (PR), Brasil