

VIOLÊNCIA SEXUAL: UMA DAS INVISÍVEIS FACETAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Laíse Luemmy de Lima Ferreira¹, Laura Dayane Gois Bispo¹, Beatriz Correia Carvalho¹, José Cleyton de Oliveira Santos¹, Luan dos Santos Fonseca¹, Ana Caroline Rodrigues Lima²

Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe (UFS)¹

Orientadora, Enfermeira, Mestra em Biologia Parasitária, Universidade Federal de Sergipe (UFS)²

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual e o agravo a partir das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos anos de 2017 e 2018. **Método:** Estudo ecológico, descritivo e transversal. Os dados, coletados a partir do SINAN, foram referentes as seguintes variáveis: raça, faixa etária e escolaridade da vítima; ambiente da agressão, repetição da violência, presença de lesões físicas, encaminhamento para o setor de saúde e regiões brasileiras de ocorrência do agravo. **Resultados e discussão:** Verificou-se que a raça parda, de 10 a 14 anos de escolaridade entre a 5ª e a 8ª série caracterizam a maior parte das vítimas deste tipo de violência. Quanto aos aspectos relacionados aos casos, identificou-se baixa presença de lesões físicas, bem como repetição do agravo. O local de maior ocorrência foi a residência da vítima. Notou-se um número significativo de campos ignorados em relação ao encaminhamento em saúde. A distribuição regional revelou o Sudeste como a região de maior ocorrência/notificação de casos de violência contra a mulher. **Conclusão:** A caracterização do perfil das vítimas femininas de violência sexual e do próprio agravo alcançada pelo estudo é crucial para o planejamento de cuidados relacionados à problemática, de modo a proporcionar a atenção sociopolítica e biológica em saúde mediante as variáveis de maior ocorrência, além de direcionar políticas públicas em saúde para contribuir com a diminuição de casos de violência sexual.

Palavras-Chave: Violência contra a Mulher; Violência sexual e doméstica contra a mulher; Saúde da mulher; Violência doméstica; Saúde pública.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno sociocultural prioritário para alcançar a igualdade de gênero no mundo^{1,2}. A partir da Lei Maria da Penha, criada em 2006, a violência sexual (VS) foi inserida como uma das formas de ocorrência de violência doméstica, que, por sua vez, é definida como toda ação ou omissão que tenha por base o gênero feminino como causa de morte, sofrimento físico, psicológico, dano patrimonial ou moral.³

Mulheres são vitimadas todos os anos no Brasil por variadas configurações de violência em diferentes locais, mas a distribuição destes crimes no território nacional sofre interferência dos macrodeterminantes sociais⁴, tais como: desigualdade de renda e taxa de urbanização⁵, e

dos fatores relacionados às desigualdades de gênero e racial que prejudicam a busca pela equidade e integralidade no sistema de saúde como um todo.

Para a redução destas iniquidades faz-se necessário o enfoque prioritário a saúde coletiva, com análises fundamentadas e sustentadas por estudos das ciências sociais, epidemiologia e gestão⁶, de modo a traçar estratégias para reduzir as desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde, como o vínculo com as equipes de saúde, que neste contexto são responsáveis pelo atendimento, denúncia, proteção e orientação à vítima⁷.

O estudo dos dados atualmente disponíveis é de suma importância uma vez que os impactos deste tipo de violência tendem a tomar proporções ainda maiores diante do cenário pandêmico (COVID-19) vivenciado no ano de 2020. Relatórios de organizações internacionais já apresentam o crescimento da violência doméstica e familiar em decorrência do isolamento social ocasionado devido a Pandemia^{8,9,10}.

A descrição do cenário brasileiro com a síntese de dados contribui, então, para a compreensão, comparação e monitoramento das notificações provenientes da população feminina ao longo dos anos e permite a visualização deste panorama em escala nacional para seu enfrentamento coletivo.

Objetiva-se, portanto, com o presente estudo, caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual e o agravo a partir das notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos anos de 2017 e 2018.

Método

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e de caráter transversal, com dados secundários de notificações de VS contra a mulher, cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes ao território brasileiro, ambos notificados durante os anos de 2017 e 2018. Optou-se por utilizar o gênero feminino como população amostra por uma questão clara de maior vulnerabilidade social para o agravo em questão, que para cumprimento da equidade exige maior atenção neste sentido^{11,12}.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (SINAN/VIVA) foi implantado no Brasil em 2009, mas só em 2011 houve a universalização da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-as na relação de doenças e agravos de notificação compulsória¹³ que são registradas no SINAN. O sistema é alimentado por profissionais dos serviços públicos e privados de saúde, por meio da ficha de notificação e investigação dos casos de violências, suas atualizações mais recentes ocorreram em abril de 2019 e junho de 2020 a partir de dados referentes ao ano de 2017 e 2018, respectivamente, motivo pelo qual estes foram os anos explorados no presente estudo.

Os dados foram coletados em maio de 2020 por meio de um instrumento estruturado, construído pelos pesquisadores, de acordo com as variáveis de interesse para o estudo, bem como em relação à plataforma do SINAN¹⁴, composto de duas partes:

a) dados sociodemográficos da vítima: raça (branca, preta, amarela, parda, indígena); faixa etária; grau de escolaridade;

b) dados para caracterização do agravo: ambiente da agressão, repetição da violência, presença de lesões físicas, encaminhamento para o setor de saúde e regiões brasileiras de ocorrência do agravo.

Os dados foram tabulados com a utilização da ferramenta *Microsoft Excel 2016*. Realizou-se a análise descritiva da amostra com posterior disposição em tabelas. Vale ressaltar que este estudo segue os preceitos éticos da Resolução CONEPE/CNS 466/12 e dispensa a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de estudo com dados secundários.

Resultados

Foram identificadas 69.919 notificações de VS em mulheres nos anos de 2017 e 2018, 33.028 foram realizadas durante 2017 e 36.891 em 2018. Notou-se o aumento de 3.863 registros (cerca de 12%) entre os anos. Conforme Tabela 1, nota-se que a raça parda foi a mais acometida em ambos os anos, 2017 (44,47%) e 2018 (46,80%). A faixa etária de meninas de 10 a 14 anos liderou, com 30,71% (2017) e 30,97% (2018). Este último dado é reforçado pelo fator escolaridade, em que a predominância dos casos abarca vítimas entre a 5ª e a 8ª série incompleta, 23,12% (2017) e 23,35% (2018). Ainda quanto ao grau de escolaridade, ressaltase que o menor número de notificações ocorreu no grupo de mulheres analfabetas, com 0,81% (2017) e 0,75% (2018) dos casos.

Em relação as características do agravo (violência sexual), notou-se que o ambiente predominante das agressões foi a própria residência, 59,5% dos casos em 2017, e 62,9% em 2018. A via pública foi o segundo local em que mais ocorre agressão, em 2017 (13,3%) e 2018 (11,6%). Os percentuais dos registros denominados ignorados e outros apresentaram números bastante similares, inclusive de redução para o ano de 2018 (Tabela 2).

Verificou-se um breve aumento na repetição das violências. No ano de 2017 houve 36,5% de casos nesta modalidade e, em 2018, 39,7% dos casos. Quanto à presença de lesão física, constatou-se 27,6% dos casos no ano de 2017 e 26,1% em 2018 (Tabela 2). A pergunta referente ao encaminhamento de vítimas ao setor de saúde não foi respondida, ou seja, deixada em branco em 99,9% do total de 2017 e 100% em 2018.

Tabela 1- Características Sociodemográficas do Brasil nos anos 2017 e 2018.

Variável	2017		2018	
	33.028 (N)	100(%)	36.891(N)	100(%)
Raça				
Branca	11.869	35,94	13.219	35,83
Preta	2.961	8,97	3.384	9,17
Amarela	260	0,79	288	0,78
Parda	14.686	44,47	17.266	46,80
Indígena	373	1,13	414	1,12

Ign/Branco	2.879	8,72	2.320	6,29
Faixa Etária				
<1 ano	462	1,40	484	1,31
01-04 anos	3.531	10,69	4.283	11,61
05-09 anos	4.522	13,69	5.365	14,54
10-14 anos	10.143	30,71	11.424	30,97
15-19 anos	5.348	16,19	5.657	15,33
20-29 anos	4.315	13,06	4.650	12,60
30-39 anos	2.482	7,51	2.657	7,20
40-49 anos	1.342	4,06	1.414	3,83
50-59 anos	538	1,63	595	1,61
60 ≥ anos	338	1,02	361	0,98
Ign/Branco	7	0,02	1	0,003
Grau de Escolaridade				
Analfabeto	268	0,81	278	0,75
1ª a 4ª série do EF*	2.913	8,82	3.201	8,68
4ª série completa do EF*	1.225	3,71	1.342	3,64
5ª a 8ª série completa do EF*	7.637	23,12	8.614	23,35
Ensino fundamental completo	1.545	4,68	1.799	4,88
Ensino médio incompleto	2.957	8,95	3.319	9,00
Ensino médio completo	2.583	7,82	2.806	7,61
Educação superior incompleta	963	2,92	1.081	2,93
Educação superior completa	635	1,92	742	2,01
Não se aplica	5.874	17,78	6.941	18,81
Ign/Branco	6.428	19,46	6.768	18,35

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2020.

Tabela 2- Características relacionadas a agressão da violência sexual feminina no Brasil, no período de 2017 e 2018

Variável	2017		2018	
	33028(N)	100(%)	36891(N)	100(%)
Local de Ocorrência				
Residência	19.666	59,54	23.215	62,93
Habitação Coletiva	266	0,81	401	1,09
Escola	595	1,80	747	2,02
Local de prática esportiva	126	0,38	125	0,34
Bar ou similar	401	1,21	442	1,20
Via pública	4.409	13,35	4.294	11,64
Comércio/serviços	394	1,19	409	1,11
Indústrias/Construção	82	0,25	76	0,21
Outros	3.289	9,96	3.469	9,40
Ignorado	3.783	11,45	3.698	10,02
Em branco	17	0,05	15	0,04
Violência de Repetição				
Sim	1.2075	36,56	14.667	39,76
Não	1.4167	42,89	15.116	40,97
Ignorado	6.464	19,57	6.791	18,41
Em branco	322	0,97	317	0,86
Lesões Físicas				
Sim	9.132	27,65	9.639	26,13
Não	22.696	68,72	2.6407	71,58
Ignorado	1.165	3,53	839	2,27
Em branco	35	0,11	06	0,02
Encaminhamento ao setor de saúde				
Ambulatorial	12	0,03	0	0
Ignorado	01	0,003	0	0
Em branco	33.015	99,9	36.891	100

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS,2020.

Tabela 3- Violência sexual contra o gênero feminino no Brasil segundo distribuição regional, nos anos de 2017 e 2018

<i>Variável</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
-----------------	-------------	-------------

	33028(N)	100(%)	36891(N)	100(%)
<i>Norte</i>	4.997	15,13	5.238	14,20
<i>Nordeste</i>	5.812	17,60	6.637	17,99
<i>Sudeste</i>	13.089	39,63	14.542	39,42
<i>Sul</i>	5.986	18,12	7.021	19,03
<i>Centro-Oeste</i>	3.144	9,52	3.453	9,36

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS, 2020

Quanto a distribuição regional, o Sudeste ocupa o primeiro lugar nos dois anos de análise, com 39,63 (2017) e 39,42% (2018). Em sequência se destaca em 2017 a região Sul (18,12%), Nordeste (17,60%), Norte (15,13%) e Centro-Oeste (9,52%), valores que aumentaram consideravelmente no ano seguinte, mas não sofreram alterações suficientes para a alteração da sequência na descrição do panorama.

Discussão

No Brasil, revela-se que 11,9% dos casos de violência contra a mulher eram do tipo sexual no ano de 2015¹⁵. O perfil das vítimas retratado em estudo¹⁶ realizado a partir de análises de registros provenientes do SINAN entre 2008 a 2014 em Florianópolis/SC era composto predominantemente da raça branca e diverge em relação a raça predominante identificada pela presente análise. Entende-se, porém, que diferenças regionais em relação à características da população podem influenciar esses resultados, visto que Nunes¹⁷ visualizou no Ceará que entre 2010 e 2013 as vítimas eram em sua maioria da cor parda. O resultado foi o mesmo do panorama nacional, que apresentou crescimento de registros entre 2017 e 2018, mas não o suficiente para que a cor parda fosse ultrapassada.

Outros estudos como os de Gadoni-Costa (2011), Veloso (2013) e Cezar (2017), que tratam do mesmo tema, não analisam a variável sociodemográfica em questão^{18, 19, 20, 21}. Assim, como a raça parda, a preta também apresentou aumento de 2017 a 2018 ao contrário das outras segundo os registros identificados, o crescimento de notificações já pode ser produto da tendência à maior visibilidade destas pessoas e crescimento do acesso a serviços de denúncias de mulheres de grupos que configuram minorias sociais, como é a situação das mulheres e meninas pretas.

Tal aumento, pode decorrer de diversos fatores, entre eles a elevação de fato do número de ocorrências, mas pode, também, ser reflexo do empoderamento feminino, da visibilidade, conscientização e maiores possibilidades de acesso aos meios de denúncia e assistência à saúde, revelando crescimento da notificação em si, pois percebeu-se por Grossi, Tavares & Oliveira²² (2008) que o grande número de denúncias e manifestações coletivas ocorridas em vários países, nas últimas décadas, desencadeou um processo que tirou a violência contra a mulher do âmbito doméstico, tornando-a pública .

O presente estudo mostrou como resultado o agravo sendo em sua maior parte cometido contra adolescentes, principalmente entre 10 a 14 anos durante os dois anos estudados. Delziovo, *et al* (2017) em seu estudo²³ realizado na cidade de Florianópolis durante um período entre 2008 e 2013, revela números semelhantes. Boletim Epidemiológico²⁴ dos anos de 2011 a 2017 sobre a VS contra crianças e adolescentes no Brasil revelou a preponderância da violência

em faixa etária ainda menor (entre 1 e 5 anos). Revisão sistemática²⁵ que analisou estudos publicados entre 2011 e 2016 evidenciou uma faixa que vai de 15 a 49 anos. Percebe-se com isto que há uma predominância da prática da VS em mulheres durante a infância e a adolescência, mas não há uma unanimidade entre os estudos.

Foi perceptível que a baixa idade das vítimas induz conseqüentemente à uma baixa escolaridade, por questões lógicas. Trabalho realizado em 2012 e 2013 na cidade de Recife²⁶, trouxe a faixa etária de maior acometimento como a de 12 a 23 anos. Além de trazer a baixa escolaridade, Moreira, *et al* (2015) traz a baixa escolaridade das vítimas também como um resultado²⁷. Kataguri, *et al* (2019) a partir da análise da variável escolaridade, em dados provenientes de notificações de 2017 em Minas Gerais aponta especificamente o mesmo resultado encontrado (5ª a 8ª série)²⁸. Dessa forma fica claro que a escolaridade é uma variável independente que reflete diretamente neste tipo de violência. O nível mais elevado de educação pode configurar-se como fator de distanciamento para agravo como já observado em alguns países^{29, 30, 31}.

A residência foi classificada como o principal local de ocorrência de episódios de agressões, de maneira geral, como aponta o mapa da violência (2015) traçado por Wailselfisz¹⁵. Um estudo¹⁹ realizado em Belém/PA mostra que existe predominância do espaço doméstico como local da ocorrência, representando 74 %. Estudo ocorrido a partir da análise de registros de VS entre os anos de 2008 a 2014 em um hospital pediátrico em Santa Catarina¹⁶, afirma que mais de 80% das vítimas de ambos os sexos apresentaram a residência como local de ocorrência, outro ocorrido no Sudeste (2016) apontou o mesmo achado.

O domicílio é uma esfera privada que deveria oferecer segurança, tais características podem ter sido negligenciadas seja por profissionais da saúde, da segurança pública, ou simplesmente por uma cultura definida historicamente que insiste em ocultar o crime e gerar descaso em relação a esta problemática de saúde pública que se amplia cada vez mais. No entanto, com o avanço dos anos a preocupação com o direito das crianças e adolescentes fez emergir o problema dentro dos lares³². Vale lembrar que os vínculos intrafamiliares também são foco de cuidado da ESF principalmente no âmbito da APS. A visita domiciliar, foi apontada como uma estratégia que pode ser utilizada para a abordagem da violência contra mulheres, mesmo com a existência de algumas barreiras como: presença do agressor no momento da visita, sobrecarga de trabalho da equipe de saúde da família (ESF) na unidade e pouco tempo para abordar a extensão da problemática³³. Ademais, o local de maior ocorrência condiz não só com outros estudos, mas associam-se a outras variáveis supracitadas e conduz o desenvolvimento e efetivação de possíveis estratégias de rastreamento para a detecção do agravo.

A LEI nº 60 de 2009³⁴ estabeleceu a educação sexual nas instituições de ensino básico e secundário, o mesmo local apontado como ambiente que ocupou em 2017 e 2018 o terceiro lugar no ranking de ocorrência de VS. Por isso, deve-se enfatizar a realidade dessa temática também dentro das instituições de ensino, pois barreiras culturais, religiosas e sociais retardam o desenvolvimento do aprendizado acerca da saúde sexual e reprodutiva e a ausência deste conhecimento formam vítimas ainda mais vulneráveis³⁵. No ano seguinte, a Organização Mundial da Saúde evidenciou a necessidade da implementação de estratégias efetivas que capacitassem os jovens em relação a sua sexualidade de uma forma segura e satisfatória³⁶. Os

programas educacionais sobre sexualidade envolvem processos utilizados na promoção da saúde tanto na escola como no ambiente domiciliar³⁷.

Um estudo evidenciou a ocorrência de repetição e ainda ressaltou que 71% das vítimas apresentavam lesões,²⁰ achado que vem de encontro à informação identificada majoritariamente (Tabela 2). Em 2014 menos da metade das mulheres buscavam ajuda para tratar os ferimentos provenientes de VS³⁹. Pessoas em situação de qualquer tipo de violência devem ser guiadas por um fluxo assistencial estabelecido, deve-se traçar um plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação^{26, 36} para que isso ocorra, deve haver a identificação dessas vítimas e melhor caracterização possível. A análise da variável “encaminhamento” reflete em possíveis hipóteses de subnotificação devido à ausência de registros dentro das redes de atenção à saúde e sua ausência compromete a visualização da integralidade dos serviços em saúde, atributo essencial à efetividade da Atenção Primária em Saúde (APS)³⁹.

Entre os anos de 2009 e 2013 constatou-se que a Região Norte²⁵ brasileira era a que mais notificava, neste estudo observou-se que o Nordeste a ultrapassou e demonstrou aumento de 2017 para 2018. O Sul se apresenta como a que mais realiza pesquisas nesta temática^{16, 18, 23}, em contraponto, os dados do estudo mostraram o Sudeste como principal região que mais registrou casos em 2017 e 2018, a variação da posição entre as regiões se apresentou constante na literatura e difere do identificado pelo presente estudo.

Conclusão

A caracterização do perfil das vítimas de VS e aspectos relacionados ao agravo realizada através do estudo permitiu a visualização da maior ocorrência do agravo mulheres da raça parda, faixa etária de 10 a 14 anos de idade e escolaridade baixa. As vítimas registraram ocorrências de VS ocorridas dentro de suas residências, cuja repetição foi negativa, ausente de lesões e sem encaminhamento no que concerne ao fluxo assistencial em saúde.

Os achados deste estudo têm importantes implicações para a segurança civil e na condução de pesquisas futuras, pois mostram duas lacunas diretamente ligadas a gestão das redes de atenção à saúde⁴⁰. A primeira é a necessidade da avaliação do preenchimento completo e adequado das fichas de notificação compulsória associada a subnotificação, fatores que caracterizaram uma limitação do estudo durante a análise de determinadas variáveis e dependem da capacitação e responsabilidade da APS. A segunda é a maior possibilidade de monitoramento dos casos, que também está diretamente ligada a organização dos serviços de demanda da ESF. Os contextos da VS que afetam o gênero feminino são diversificados, mas ocultar a temática, está sempre na explicação das causas. Apenas por meio da elucidação do panorama é possível que sejam traçadas estratégias factíveis voltadas a amenização desta problemática, que caso não sejam formalizadas, comprometerão avanços futuros neste tópico do amplo grupo que compõe a violência doméstica.

Constitui-se como limitação deste estudo a subnotificação que também já é destacada em outros estudos relacionados a este tipo de violência^{42, 43} e registro tardio das notificações compulsórias no SINAN, o que compromete a transparência dos dados nos distanciando da realidade.

A caracterização das vítimas de VS é crucial no planejamento de cuidados relacionados à problemática, de modo a proporcionar a atenção sociopolítica e biológica em saúde mediante as variáveis de maior ocorrência, além de direcionar políticas públicas de saúde para contribuir com a diminuição de casos dessa temática⁴³. Assumir uma assistência em saúde baseada na integralidade exige que se observe o desfecho detalhadamente⁴⁴. Destarte, será garantida à vítima a continuidade do cuidado e uma possível diminuição dos casos supracitados⁴⁵.

Referências

1. El-Serag R., Thurston RC., 2020. Matters of the Heart and Mind: Interpersonal Violence and Cardiovascular Disease in Women. *J. Am. Heart Assoc.* 9, e015479. [acesso em: 20 mai 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.015479>.
2. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1019-1027.
3. Brasil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 8 ago.
4. Buss PM., & Pellegrini Filho A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17, 77-93. Ceccon, R. F., & Meneghel, S. N. (2017). Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 1087-1103.
5. Portella AP. Como morre uma mulher? Configurações da violência letal contra mulheres em Pernambuco [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.
6. Villela, W., Monteiro, S., & Vargas, E. (2009). A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 997-1006.
7. Brasil, G. F., & Brasil. (1990). Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, a Organização EO Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências. Brasília-DF, Brasil.
8. Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, et al. Pandemics and Violence Against Women and Children [Internet]. Center For Global Development; 2020 [acessado em 28 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemicsand-violence-against-women-and-girls.pdf>
9. Wanqing Z. Domestic Violence Cases Surger During COVID-19 Epidemic. Sixth Tone [Internet] 2020 [acessado em 28 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.sixthtone.com/news/1005253/domestic-violence-cases-surge-during-covid-19epidemic>
10. La Provincia. Coronavirus: casi di violenza sulle donne raddoppiati in emergenza. La Provincia [Internet] 2020 [acesso em 28 mar. 2020]. Disponível em: <https://www.laprovinciacr.it/news/italia-e-mondo/244892/coronavirus-casi-di-violenza-sulle-donne-raddoppiati-in-emergenza.html> 6. Euronews. Domestic violence cases jump 30% during lockdown in France. Euronews [Internet] 2020 [acessado em 28

- mar. 2020]. Disponível em: <https://www.euronews.com/2020/03/28/domestic-violence-casesjump-30-during-lockdown-in-france>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (tabnet). Epidemiológicas e Morbidade. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>. Acesso em: 19 de maio 2020.
 12. Ceccon, RF., & Meneghel, SN. (2017). Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 1087-1103.
 13. Brasil. Portaria n. 104 de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (tabnet). Epidemiológicas e Morbidades. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/epidemiologicas-e-morbidade>. Acesso em: 19 de maio 2020.
 15. Wailselfisz JJ. O mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil. 1ª edição Brasília; 2015.
 16. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Aug 22]; 23(4): 1019-1031. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.11362016>.
 17. Nunes MCA; Lima RFF; Moraes NA. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37, n. 4, p. 956-969, 2017.
 18. Gadoni-costa, LM; zucatti, APN; Dell'aglio, DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2011000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200009>.
 19. Veloso MMX., Magalhães, CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR., & Gomes MM. (2013). Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 1263-1272.
 20. Cezar PK, Arpini DM, & Goetz ER. (2017). Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), 432-445. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001942015>

21. Silva LEL, Oliveira MLC. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. *Cienc Saude Coletiva*. 2015 Nov;20(11):3523-32.
22. Grossi, PK., Tavares, F., & Oliveira, SB. (2008). A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea Digital*, 14, 267-280. Recuperado em julho 1, 2009, disponível em <<http://psicologiasocial.uab.es>>
23. Delziovo, CR *et al.* Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, p. e00002716, 2017.
24. Brasil. Boletim epidemiológico: Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2011 a 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. 2018.
25. Baigorria, J, *et al.* Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Revista de Salud Pública*, v. 19, p. 818-826, 2017.
26. Sena, CAD, Silva, MAD., & Falbo Neto, GH. (2018). Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1591-1599.
27. Moreira, GAR., Soares, PS., Farias, FNR., & de Souza Vieira, LJE. (2015). Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 28(3), 327-336.
28. Kataguirri, LG *et al.* CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN UN ESTADO DE LA REGIÓN SUDESTE DE BRASIL. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 28, 2019.
29. Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Ryan GW. Prevalence of Sexual Violence Against Women in 23 States and Two U.S. Territories, BRFSS 2005. *Violence Against Women*. 2014; 20(5): 485-499
30. Mishra A, Patne S, Tiwari R, Srivastava DK, Gour N, Bansal M. A Cross-sectional Study to Find out the Prevalence of Different Types of Domestic Violence in Gwalior City and to Identify the Various Risk and Protective Factors for Domestic Violence. *Indian J Community Med*. 2014; 39(1): 21-25.
31. Raj A, McDougal L. Sexual violence and rape in India. *Lancet*. 2014;383(9920):865. doi:10.1016/S0140-6736(14)60435-9 PLATT, Vanessa Borges et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1019-1031, 2018.
32. Day, VP., Telles, LEDB., Zoratto, PH., Azambuja, MRFD., Machado, DA., Silveira, MB., ... & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 9-21.
33. Heisler, ED., da Silva, EB., da Costa, MC, do Carmo Jahn, A., & Arboit, J. (2017). < b> Potencialidades e limites da visita domiciliar para identificar e abordar mulheres em situação de violência/Potential and limits of home visits to identify and address women in situation of violence. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(3).
34. Brasil. Lei n 60, de 6 de agosto de 2009. Estabelece a aplicação da educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário.
35. Gaspar RS, & Pereira MUL. (2018). Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00172617.

36. WHO. (2010). Standards for Sexuality Education in Europe - A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education.
37. Ogunjimi, AI, de Oliveira, WA., de Vasconcelos, EMR., & Silva MAI. (2017). Child sexual abuse prevention: integrative review. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(11), 4469-4482.
38. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Geneva(CH): WHO; 2014 [acesso 2017 Out 28]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
39. Starfield, B.; Xu, J.; Shi, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice, United States*, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
41. Kind L., Orsini, MDLP., Nepomuceno V, Gonçalves L., Souza GAD., & Ferreira MFF. (2013). Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1805-1815.
42. Garbin CAS, Dias IDA, Rovida TAS, & Garbin AJÍ. (2015). Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1879-1890.
43. Silva JD. Violência contra a mulher: uma análise histórica e o papel do direito no combate a violência de gênero no Brasil. [acesso em 21 ago. 2020]. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/28313/4/Viol%C3%AanciaContraMulher.pdf>
44. Coelho EBS, Bolsoni CC, Conceição TB et al. Políticas públicas no enfrentamento da violência [acesso em 21 ago. 2020]. Disponível em: <https://violenciaesaude.ufsc.br/files/2015/12/Políticas-Publicas.pdf>
45. Lira KFS. Violência doméstica contra as mulheres: relações de gênero e de poder no sertão pernambucano. Recife; 2015. 188p.