Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

CESÁRIO DA SILVA SOUZA

Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade
de Ribeirão Preto – SP.

Ribeirão Preto
2012

Cesário da Silva Souza

**Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na
cidade de Ribeirão Preto – SP.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, Departamento de
Medicina Social, para obtenção de título de
Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Cesário da Silva

Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2012.

108 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientadora: Vieira, Elisabeth Meloni.

1. Violência Baseada em Gênero. 2. Violência Sexual. 3. Notificação Compulsória de Abuso.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SOUZA, Cesário da Silva

Título: Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, para obtenção de título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, a quem pertence tudo que sou e tenho. Aos meus pais pelo amor incondicional, compreensão nas minhas ausências e pelo apoio constante que me fizeram continuar em busca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Elisabeth Meloni Vieira por me acolher em seu projeto, pela orientação constante e por muitas vezes me fazer entender que melhorar sempre é possível. Levarei comigo todos seus ensinamentos e minha gratidão será eterna.

Às Prof^a. Dr^{as} Maria José Clapis, Gleici da Silva Castro Perdoná e Wilza Vieira Villela, pelas contribuições durante o período do mestrado.

À funcionária e amiga Rosane Monteiro, obrigado pela sua amizade, seu sorriso nos bons momentos e apoio nos dias mais difíceis. Sua amizade é umas das minhas melhores conquistas aqui em Ribeirão Preto - SP.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino, à bibliotecária Solange e à funcionária Maria Goreti por sempre me receberem com um sorriso no rosto e com boas energias.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Social, em especial aos Prof Dr Edson Martinez e Prof^a Dr^a Daniela Saes Sartorelli por sempre se mostrarem presentes ao longo do meu processo de mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, por colocar à disposição o banco de dados sobre violência, em especial à Dr^a. Elisabete Monteiro, por sua colaboração valiosa no entendimento do banco de dados.

Aos colegas da Pós-Graduação, em especial à Lucila, Valdelice, Malu, Milena V e Fransley por estarem presentes em minha vida. Aos colegas dos projetos CineSocial 2009 e do Grupo de Promoção em Saúde.

Aos sempre presentes, meus amigos de coração Binha, Barbará Filhota, Mi, Conde, Bruninha, Danila, Mandinha, Nai, Maurício, Rafinha e tantos outros que também fazem parte desta vitória.

Aos meus familiares, sem dúvida pedra fundamental para que eu seguisse a caminhada. Alanzinho, sobrinho que amo, a minha irmã Gui, aos primos, tios e a minha pequena notável, princesa Jéssica.

Aos meus pais, em especial todo meu amor, carinho, respeito, admiração, pois sem eles nada teria sentido. Meus maiores ídolos e exemplo em quem procuro me espelhar sempre.

Enfim, a todos que fizeram parte, direta ou indiretamente, contribuindo nesse processo de mestrado.

Deixo me levar por trechos desta música, que representa bem os três anos de mestrado.

“Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
Tem gente que machuca os outros
Tem gente que não sabe amar
Mas eu sei que um dia a gente aprende
Se você quiser alguém em quem confiar
Confie em si mesmo
Quem acredita sempre alcança!”

Renato Russo

RESUMO

SOUZA, C. S. **Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP**. 2012. 108p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2012.

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. As mulheres que sofrem violência física perpetrada por parceiros íntimos também estão sob risco da violência sexual, indicando uma relação entre a violência física e psicológica. No Brasil, o tema ainda é pouco estudado; existem poucos dados confiáveis da violência sexual no país. A notificação, ponto de partida para a investigação, é muito inferior ao número de agressões que ocorrem pelo fato de que muitas vítimas evitam a exposição pública. Mediante esse cenário, o estudo teve como objetivo principal caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de violência sexual contra mulheres com idade igual ou superior a 14 anos, registrados na Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP. Trata-se de um estudo de caráter descritivo tipo levantamento, no período de 2006 a 2008. Foram consideradas 245 notificações as quais indicaram que 71,84% dos casos registrados eram de mulheres abaixo dos 30 anos, brancas (62,4%), solteiras (68,6%), com um nível educacional baixo (59,2%) e sem nenhuma deficiência descrita (84,9%). O agressor, na maioria dos casos, foi classificado como desconhecido (43,3%), o estupro foi o agravo mais acometido (69%), sendo a residência (33,5%) o local mais frequente em que aconteceu a violência. Sabe-se que à violência sexual, na maioria das vezes, está associada a alguma outra. O presente estudo descreve que 67,8% dos casos registrados apresentavam a violência física associada, com valores similares à violência psicológica que representou 62% dos casos. Em 68% dos casos notificados foram encaminhados para Ambulatório. Como conclusão, o estudo teve como propósito contribuir como mais um instrumento no combate a violência sexual, mediante sua relevância para a Saúde Pública.

Palavras chaves: Violência Baseada em Gênero. Violência Sexual. Notificação Compulsória de Abuso.

ABSTRACT

SOUZA, C. S. **Characterization of Sexual Violence in Women in the city of Ribeirão Preto - SP**. 2012. 108p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, 2012.

Violence against women is a universal phenomenon that affects all social classes, ethnicities, religions and cultures, occurring in populations of different levels of economic and social development. Women who suffer physical violence perpetrated by intimate partners are also at risk of sexual violence, indicating a relationship between physical violence and psychological violence. In Brazil, the subject is still tens studies, and reliable data from sexual violence. The notification, the starting point for research, is much lower than the number of attacks by the fact that many victims avoid public exposure. Under this scenario, the study aimed to characterize the epidemiological profile of cases of sexual violence against women aged 14 years, registered in the Municipal Health Department of Ribeirão Preto - SP. It is a descriptive study of such survey of the period 2006 to 2008. We considered 245 reports which indicated that 71.84% of reported cases were in women under age 30, White (62.4%), single (68.6%), with a low educational level (59.2%) and with no reported disability (84.9%). The attacker, in most cases was classified as unknown (43.3%), rape was most affected tort (69%), and the residence (33.5%) the most frequent site of violence happen. It is known that sexual violence, most often, is associated with some other violence. The present study describes that 67.8% of reported cases had associated physical violence, with values similar to psychological violence was 62% of cases. In 68% of the reported cases were referred to an outpatient clinic. In conclusion, the study aimed to contribute as one more as a tool in combating sexual violence by their relevance to public health.

Keywords: Gender-Based Violence. Sexual Violence. Compulsory Notification of Abuse.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 Distribuição do Número de casos por ano. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 51
- Tabela 2 Frequência da idade em faixas etárias das vítimas. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 52
- Tabela 3 Distribuição Frequência da Cor / Etnia da vítima. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 52
- Tabela 4 Distribuição do Grau de Escolaridade da Vítima. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 53
- Tabela 5 Frequência da Situação Conjugal / Estado Civil da Vítima. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 54
- Tabela 6 Frequência dos tipos de deficiência da vítima. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 55
- Tabela 7 Distribuição de frequência da relação do agressor x vítima. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 55
- Tabela 8 Frequência do uso de álcool / drogas do agressor. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 56
- Tabela 9 Frequência do tipo de violência sexual. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 57
- Tabela 10 Frequência do tipo de penetração. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 57
- Tabela 11 Distribuição de frequência do agravo. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 58

Tabela 12	Frequência dos tipos de Violência associadas à violência sexual. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 58
Tabela 13	Frequência das consequências da ocorrência. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 59
Tabela 14	Frequência dos números de envolvidos. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 59
Tabela 15	Frequência de Distribuição do Local da Ocorrência. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 60
Tabela 16	Frequência de casos por zonas de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 61
Tabela 17	Frequência dos Procedimento Indicado. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 62
Tabela 18	Frequência da Evolução do Caso/Encaminhamento setor saúde. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 63
Tabela 19	Frequência de encaminhamento a outros setores. Ribeirão Preto-SP, 2006, 2007 e 2008. Página: 64
Figura 1	Fluxograma dos casos de violência sexual em mulheres notificados no município de Ribeirão Preto – SP, no período de 2006 a 2008. Página: 42
Figura 2	Distribuição do número de casos notificados de violência sexual por ano. Página: 65

LISTA DE SIGLAS

AVP - Atentado violento ao pudor

BO - Boletins de ocorrência

CEMICAMP - Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNJ - Conselho Nacional de Justiça

CID - Código Internacional de Doenças

CEP - Comissão de Ética em Pesquisa

CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento

CMM - Conferência Mundial sobre a Mulher

CGDANT/SVS – Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis / Secretaria de Vigilância em Saúde

DEAM - Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres

DML - Departamento Médico Legal

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FMRP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

FEBRASGO - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

IML - Instituto Médico Legal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PMSP - Polícia Militar do Estado de São Paulo

VIVA - Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes

RDO - Registro Digital de Ocorrência

SPM - Secretarias de Políticas para Mulheres

SUS - Sistema Único de Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIH - Sistema de Informações sobre Autorizações de Internações Hospitalares

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

Lista de Tabelas

1. CAPÍTULO 1	15
Violência e Gênero	15
Violência Sexual	20
Aspectos Éticos e Legais	23
Aborto	27
Aspectos Assistenciais	30
Registro da Ocorrência de Violência nos Sistemas de Saúde	37
2. CAPÍTULO 2	41
2.2. Objetivos Gerais	41
2.3. Objetivos Específicos	41
2.4. MATERIAL E MÉTODOS	41
2.5. Desenho do Estudo	41
2.6. Banco de Dados	42
2.7. População do Estudo	44
2.8. Campo do Estudo	44
2.9. Descrição das Variáveis	45
2.10. Análise dos Resultados	49
2.11. Aspectos Éticos	49
3. CAPÍTULO 3 RESULTADOS	51
3.1 Dados gerais dos anos pesquisados	51
3.2 Dados sócio-demográficos da vítima	51
3.3 Características do Agressor	55
3.4 Características da Violência Sexual	56
3.5 Características do Local da Violência	60

3.6 Características dos Procedimentos Realizados e Encaminhamentos.....	61
4. CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO.....	65
4.1 Caracterização: mulheres em situação de violência.....	66
REFERÊNCIAS.....	83
APÊNDICE.....	99
ANEXO A Ficha de Notificação da Violência.....	105
ANEXO B Carta de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	107
ANEXO C Ofício de Autorização para Realização da Pesquisa junto ao Município de Ribeirão Preto-SP.....	108

CAPÍTULO 1

REVISÃO DA LITERATURA

VIOLÊNCIA E GÊNERO

As formas de manifestações da violência alcançam um amplo leque de comportamentos, relações e práticas. Essas formas plurais e multifacetadas foram ao longo da história sendo formuladas e reformuladas com base no processo de transição inerente a toda sociedade, em que, muitas vezes ocorrem mudanças nos conceitos, princípios, valores e características particulares dos grupos sociais. Qualquer compreensão mais abrangente do fenômeno, hoje, requer uma aproximação com as diferentes correntes teóricas. Aspectos distintos interferem nas particularidades da violência, dentre eles: intrapsíquicos, estruturais, culturais, sócio-políticos, éticos e outros.

A violência, em seus mais variados contornos, é um fenômeno histórico na constituição da sociedade brasileira. Desde a escravidão, primeiro com os índios e depois, especialmente, a mão-de-obra africana, a colonização mercantilista, o coronelismo, as oligarquias antes e depois da independência, tudo isso somado a um Estado caracterizado pelo autoritarismo burocrático, contribuiu enormemente para o aumento da violência que atravessa a história do Brasil (DORNELLES, 1997).

Medeiros (2005) refere que a violência está presente em todas as sociedades desde o início da humanidade, não que seja natural ser violento, mas se apresenta como um fenômeno biopsicossocial, complexo e dinâmico. Nas últimas décadas, assistimos a mudanças marcadas pelo processo de transformação de valores morais e sociais, referentes ao comportamento do homem e da mulher e do relacionamento entre eles. Um dos problemas decorrentes desse relacionamento é a violência.

Em sua Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2002), o Ministério da Saúde caracteriza a violência como um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa. Entretanto, assume-se que ela é representada por ações humanas realizadas por indivíduos,

grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem (MINAYO & SOUZA, 1998).

Minayo (1994) em seus estudos, buscando uma melhor compreensão da violência, dividiu-a em três grupos. Primeiro, a estrutural, que se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos, que oprimem grupos, classes, nações e indivíduos, negando-lhes conquistas sociais, tornando-os mais vulneráveis e reproduzindo condições que geram novamente violência.

No caso da violência de resistência, essa se caracteriza por diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos pela violência estrutural, que resulta na resposta da violência com violência, muitas vezes passando por cima da lei. E por fim, temos a violência de delinquência que é aquela que se revela em ações contrárias às leis socialmente reconhecidas, também uma forma de resposta do indivíduo e do grupo à violência estrutural, que corrompe o homem e o leva ao delito.

Mediante o exposto, podemos assegurar que a violência não se limita apenas a questões específicas relacionadas à cor / etnia, sexo, raça, credo, opção sexual ou condição social, mas pode se expressar das mais diversas formas e nos mais diversos nichos ou esferas, seja pública ou privada.

Minayo & Souza (1999), em seus estudos, afirmam que, por ser um comportamento aprendido, dá a impressão de ser inerente ao ser humano. Assim sendo, as autoras destacam que, para ser compreendida, a violência necessita ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada, em rede, e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e reproduz.

D'Oliveira (1996) destaca que a violência passa a ser reconhecida como problema a partir do século XIX, o que dá visibilidade à questão, não que ela tenha se tornado necessariamente mais intensa, mas por haver o surgimento de um discurso ético-moral, gerando movimentos para tentar conceituá-la e compreendê-la, baseando-se na ideia moderna de igualdade social.

Por permear todos os níveis sociais, a violência torna-se uma questão importante para toda a sociedade, desde os moradores das periferias dos grandes

centros urbanos até aqueles que transitam pelos corredores do poder econômico e político. Fazendo-se necessário reforçar, sempre, a ideia de que esse problema se apresenta de forma multifacetada. Dentre as mais variadas facetas, temos o problema da violência cometida contra a mulher.

A violência contra a mulher é determinada como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (Convenção de Belém do Pará, Belém, OEA, 1994). A violência contra mulher foi por séculos vivida de forma silenciosa e individualizada, garantida pelos princípios da inviolabilidade do mundo privado (SILVEIRA et al., 2010).

Por se tratar de um agravo que transcorre de várias formas, o termo violência é tomado de sentido amplo. A violência contra mulher remota à antiguidade, Minayo & Souza (1999) relatam que se trata de um fenômeno ambíguo por abranger relações pessoais, políticas, sociais e culturais de caráter permanente em todas as sociedades.

Na história brasileira, que sofreu forte influência do Direito Romano, a família era organizada sob o princípio da autoridade marital, ou seja, a mulher casada era totalmente subordinada ao marido; esse princípio era denominado de *pater familias* (GONÇALVES, 2010). Essa configuração jurídico-cultural elegia um modelo de família hierarquizado e patriarcal.

A dominação masculina e os tradicionais papéis construídos como relações de gênero, os quais definem o masculino como detentor do poder sobre a família, como portador de virilidade, força e o feminino como seu oposto, isto é, o sexo frágil e submisso, são constituintes de modos de subjetivação marcados por grande disparidade de posições no interior das relações de saber-poder. Para Foucault (1994, p. 11) - os modos de subjetivação são as “formas e as modalidades da relação consigo por meio das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito”.

Para estudar a violência de gênero, é fundamental compreender o contexto social em que se produz, considerando os fatores políticos, econômicos e culturais que podem ser observados nas relações cotidianas entre as pessoas e, por causa

do fato da violência apresentar essa particular característica, é possível que haja uma desconstrução e superação dessas relações.

O desenvolvimento do conceito de gênero, no âmbito dos estudos da mulher, opera uma desconstrução das categorias sexo feminino/ sexo masculino, apontando a naturalização de aspectos sociais antes fundidos com os aspectos biológicos nessas duas categorias. No combate às explicações biologicistas, antes hegemônicas, num primeiro momento foi preciso demonstrar que anatomia não era destino e que o corpo feminino não determinava a condição social da mulher.

A noção de gênero vem muitas vezes sendo confundida com a ideia de sexo feminino, quando na realidade surgiu exatamente para destacar essa distinção. Enquanto sexo indica uma diferença anatômica inscrita no corpo, gênero indica a construção social, material e simbólica, a partir dessa diferença, que transforma bebês em homens e mulheres, em cada época e lugar de distintas maneiras (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999; SANTOS & CLAPIS, 2010).

No Brasil, a violência alcançou tamanha dimensão que pode ser considerada como infrapolítica, ou seja, está intrinsecamente ligada ao momento atual da realidade brasileira, sendo, ao mesmo tempo, causa e efeito da conjuntura (MINAYO, 2003). A violência social / urbana que ocorre no Brasil e se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais a partir de eventos letais e não letais tem demonstrado uma magnitude e uma intensidade sem precedentes, maiores até do que as observadas em países em situação de guerra (SOUZA & LIMA, 2011).

As taxas de mortes por causas violentas, nos principais centros urbanos brasileiros, estão entre as mais altas do continente americano, expressando uma tendência de crescimento que, desde a década de 1980, vem se acentuando (SOUZA & MINAYO, 2003). Dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil passou de 59 mortes por causas externas (acidentes e violências) por 100 mil habitantes na década de 1980, para 72,5 em 2002. Países da Europa Ocidental têm taxas inferiores a 3 mortes intencionais por 100 mil habitantes e os Estados Unidos encontram-se na faixa de 5 a 6 mortes intencionais por 100 mil habitantes (RAMOS, 2006).

Vários estudos no país mostram que a violência afeta a população de modo desigual, gerando riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social (SOUZA & LIMA, 2011). Ademais, as taxas de mortes violentas só refletem a ponta de um enorme *iceberg* cuja magnitude dos eventos não letais é ainda muito maior, mesmo se considerar a existência de sub-registro.

Apesar de ser um fenômeno visivelmente mais intenso nas áreas urbanas de maior densidade populacional, acumulando cerca de 75% do total das mortes por causas externas (MINAYO, 2005), estudos recentes revelaram um outro processo que se desenvolveu na sua dinâmica, ao qual alguns autores denominam interiorização da violência (LIMA et al., 2005; BASTOS, 1995). Esta decorre, entre outras causas, do percurso do tráfico de drogas em municípios do interior de vários estados brasileiros, alguns dos quais produzindo-as e outros atuando como via de acesso. (BAPTISTA et al., 2000)

Nos estudos direcionados à violência de gênero, expõem-se uma elevada magnitude nas diferentes sociedades, com valores entre 20% e 75%, justificando a realização de pesquisas que buscam dimensioná-la. No entanto, ainda existem problemas quanto à fidedignidade das informações sobre violência de gênero. A utilização de diferentes definições do fenômeno nas estatísticas disponíveis, a diversidade das fontes de informação e a inexistência de inquéritos populacionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas.

Heise (1994) apresentou em seu estudo algumas constatações acerca da violência de gênero.

1. As mulheres estão sob risco de violência, principalmente por parte de homens conhecidos por elas;
2. A violência de gênero ocorre em todos os grupos sócio-econômicos;
3. A violência doméstica é tão ou mais séria que a agressão de desconhecidos;
4. Embora as mulheres também sejam violentas, a maioria das violências que resultam em lesões físicas é de homens contra mulheres, isto é, a violência sexual é exercida contra o gênero feminino;
5. Dentro de relações estabelecidas, a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo;
6. Em sua maioria, os homens violentos não são doentes mentais;
7. O abuso emocional e psicológico pode ser tão danificante quanto o abuso físico, sendo muitas vezes considerado pior, na experiência das mulheres;
8. O uso de álcool exacerba a violência, mas não é causa da mesma;
9. Existem sociedades onde a violência contra a mulher não existe.

De acordo com Ellsberg et al. (2008) a violência por parceiro íntimo (VPI) contra a mulher tem sido amplamente estudada, principalmente em sua articulação com a saúde. Estudos em todo o mundo mostram sua elevada prevalência e variabilidade (15% a 71%). No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual é de 28,9% em São Paulo, SP, e de 36,9% na região da Zona da Mata de Pernambuco (GARCIA-MORENO et al., 2005). Esses estudos constataram maiores prevalências entre as mulheres mais pobres, que consultam os serviços de saúde três vezes mais do que as demais e que o número de consultas cresce proporcionalmente à gravidade das agressões (KRUG et al., 2003; BORBA & CLAPIS, 2006; MARINHEIRO & VIEIRA, 2006).

Em sua discussão sobre as consequências da violência para a saúde das mulheres, Heise (1994) apresenta um estudo do Banco Mundial o qual conclui que, nas economias de mercado consolidadas 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, por mulheres de 15 a 44 anos, são resultado da violência de gênero.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Mediante essa situação das várias formas de violência, nos últimos 20 anos, foram criados serviços e leis voltados para a questão. A exemplo disso temos às delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Na última década, foram criados os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção, profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez indesejada e para realização de aborto legal, quando for o caso (CAMPBELL, 2002).

A violência sexual contra mulher é um ato agressivo, violento e hostil, utilizado pelos agressores como meio de degradar, humilhar, aterrorizar e dominá-las. Excepcionalmente é perpetrado pelo desejo sexual, mas, sim, como um modo de demonstração de poder e controle sobre suas vítimas (WHO, 2003). Embora a sexualidade e a agressividade estejam relacionadas em todas as formas de violência sexual, a agressão sexual sofrida pelas mulheres é apenas um meio de o agressor

expor vários tipos de sentimentos contra elas, como a raiva e a hostilidade (OSHIKATA et al., 2011).

A violência sexual, que articula significados culturais, éticos e morais relacionadas tanto às relações entre homens e mulheres quanto à sexualidade, a ação pública deve incidir sobre três dimensões: no nível da mentalidade, pela afirmação de que a violência sexual é um crime e que a mulher violentada não é culpada ou responsável pela sua ocorrência, de modo a romper com a banalização e a naturalização desse delito, facilitando que a mulher o reconheça como tal e procure ajuda, sem medo ou vergonha; na organização de sistemas formais de vigilância e notificação de crimes sexuais de modo a acolher e encaminhar as denúncias e dar visibilidade a esse agravo; e por fim, na estruturação de uma rede de assistência articulando serviços de saúde e de segurança pública de modo a garantir atendimento imediato às vítimas e prevenir problemas de saúde a médio e longo prazo (OSHIKATA et al., 2011)

Esse tipo de violência pode ocasionar a ocorrência de problemas na saúde física, reprodutiva e mental, como lesões corporais, gestação indesejada, DST, AIDS, fobias, pânico, síndrome do estresse pós-traumático, depressão, outras alterações psicológicas, como também problemas familiares e sociais, como abandono dos estudos, perda de empregos, separações conjugais, abandono de casa, dentre outros aspectos (MARINHEIRO & VIEIRA, 2006).

A violência sexual também acarreta uma procura mais frequente dos serviços de saúde, por queixas vagas, variadas ou de repetição. Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos e um sério problema de saúde pública no mundo, causando danos, muitas vezes, irreversíveis à saúde mental e física da mulher, além do seu tratamento provocar grandiosos custos sociais (WHO, 2002 e AHRQ, 2003).

Importante frisar que a violência sexual é caracterizada em um contexto amplo, englobando desde a negação do direito de usar anticoncepcional ou de adotar outras medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis, casamentos ou coabitação forçada, inclusive casamento de crianças, aborto forçado, prostituição forçada e tráfico de pessoas com fins de exploração sexual, até o próprio estupro - seja ele por um estranho ou pelo marido/namorado (BRASIL, 2002)

Investidas sexuais indesejadas ou assédio sexual, inclusive exigência de sexo como pagamento de favores, abuso sexual de pessoas incapazes (física e mental) e crianças também são considerados violência sexual. Ressalta-se que a abordagem de crianças menores de 14 anos, mesmo com o consentimento do ato sexual, corresponde à conduta criminosa nos artigos 213 e 224 do Código Penal, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Lei 8.069 de 13/07/90 (BRASIL, 1993; BRASIL, 1990).

A casuística sobre a incidência e a prevalência da violência sexual contra as mulheres é variável na maioria dos estudos e dependente, entre outras coisas, da característica e costumes da população a ser estudada, da metodologia empregada no estudo, da idade da população, da situação política da região e da condição social da mulher (WATKEYS et al., 2008).

Estudos evidenciam que as agressões contra as mulheres são perpetradas principalmente por pessoas íntimas ou conhecidas. Fatores como coabitar com o parceiro, ser adolescente ou mulher jovem, ser usuária de álcool ou drogas, ter antecedente de violência sexual e ter baixo poder socioeconômico aumentam o risco e a exposição à violência (BRASIL, 2005). Estima-se que aproximadamente 1,5 milhão de mulheres norte-americanas sofra violência sexual por ano (BASILE et al, 2004).

Nos Estados Unidos, a incidência é de 200 casos por 100 mil habitantes, enquanto na Dinamarca o índice é de apenas 9,1; Finlândia, 21; Noruega, 37 casos (ACOG, 1998; UNPF, 2006; Ingemann-Hansen et al., 2009 e BANG, 1993). Estima-se que 18% das mulheres da população sofram pelo menos um episódio de violência sexual no decorrer de sua vida (JONES et al., 2009). No Brasil, essa violência atinge aproximadamente 8% das mulheres maiores de 16 anos da cidade do Rio de Janeiro e 18% das mulheres da cidade de Salvador, Bahia (SILVA, 2003).

Oliveira (2005) menciona, em seus estudos, que a necessidade da abordagem multiprofissional no atendimento de mulheres que sofrem violência sexual está diretamente relacionada à complexidade da situação e à multiplicidade de consequências impostas às vítimas. Nas duas últimas décadas, inúmeros estudos sobre violência sexual contra a mulher foram publicados em todo o mundo, e a maioria avaliou as características sociodemográficas das vítimas, as

características da agressão e as consequências físicas e mentais provocadas. Poucos trabalhos, porém, relataram a experiência dos serviços em relação ao seguimento ambulatorial dessas mulheres (HOLMES et al., 1998 e MASHO et al., 2005).

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A atenção à violência contra a mulher é condição que requer abordagem intersetorial e interdisciplinar, com importante interface às questões policiais e judiciais.

Algumas informações são importantes para os profissionais de saúde que atendam pessoas em situação de violência sexual. A Lei n.º 10.778, de 24 de Novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde. O cumprimento da medida é fundamental para o dimensionamento do fenômeno da violência sexual e de suas consequências, contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de Julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o art. 2 do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos (BRASIL, 2005).

O médico deve prestar assistência que entender necessária, incluindo-se o exame ginecológico e a prescrição de medidas de profilaxia, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2005). A gravidade da circunstância e os riscos que a violência sexual impõe para a mulher exigem o rigoroso cumprimento da atenção em saúde. A assistência à saúde da pessoa que sofre violência sexual é prioritária e a recusa infundada e injustificada de atendimento pode ser caracterizada, ética e legalmente,

como omissão. Nesse caso, segundo o art. 13, § 2º do Código Penal, o(a) médico(a) pode ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela morte da mulher ou pelos danos físicos e mentais que ela sofrer.

No atendimento imediato após a violência sexual, também não cabe a alegação do(a) profissional de saúde de objeção de consciência, na medida em que a mulher pode sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do(a) profissional (BRASIL, 2005).

Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o Boletim de Ocorrência Policial, prestar depoimento, ou submeter-se a exame pelos peritos do Instituto Médico Legal (IML). Se, por alguma razão, não for mais possível a realização dos exames periciais diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o laudo de forma indireta, com base no prontuário médico.

Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário (CLAPIS & PARENTI, 2004). O Boletim de Ocorrência Policial registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e da investigação. O laudo do IML é documento elaborado para fazer prova criminal. A exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal (BRASIL, 2005).

Não se deve confundir os procedimentos do serviço de saúde com os policiais ou judiciais. O laudo do IML e o boletim de ocorrência são condutas distintas, têm objetivos específicos e, inclusive, podem ser realizados independentemente um do outro. O boletim de ocorrência (BO) é um documento que registra o fato para o conhecimento da autoridade policial, que, diante da notícia de qualquer crime, deve determinar a instauração do inquérito policial, que é um procedimento investigatório (BRASIL, 2011).

O laudo do IML (Instituto Médico Legal) é um documento elaborado para fazer prova criminal. Esses procedimentos são elaborados para a persecução penal e são importantes para o desencadeamento da atividade investigatória policial e para as medidas de ação penal tomadas pelo Ministério Público. Mas nenhum desses

documentos é exigido legalmente para a realização do abortamento sentimental, ético ou humanitário. Portanto, mesmo que não seja lavrado o BO, e ainda que não seja realizado o exame pelo IML, o abortamento legal, sentimental, ético ou humanitário, pode ser realizado de acordo com a estrita legalidade (BRASIL, 2011).

Decididamente, pode até ser recomendável a lavratura do BO e a realização do exame no IML, mas não se pode exigir essas providências como condição para o exercício do direito à prática do abortamento legal. Importante lembrar e afirmar, ainda, que a assistência médica à mulher deve ser garantida prioritariamente (BRASIL, 2011).

O Código Penal Brasileiro classifica a violência sexual como “crime contra a liberdade sexual e contra os costumes”. Esses crimes dependem, exclusivamente, da iniciativa da vítima - quando adulta - pela abertura e mobilização do processo criminal. Em termos práticos, significa que a lei garante à mulher o direito de decidir em processar ou não o agressor, com poucas exceções. (DREZETT et al., 2001).

Um dos mais relevantes e atual marco no combate a violência contra mulher no Brasil, foi a Lei número 11.340 decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente do Brasil Luiz Inácio Lula da Silva em 7 de Agosto de 2006. Conhecida como Lei Maria da Penha, entrou em vigor no dia 22 de Setembro de 2006 (BRASIL, 2006).

Algumas definições são necessárias para melhor entendimento dos tipos de agravos que a violência sexual apresenta. O estupro é definido pelo artigo 213 do Código Penal Brasileiro como “constranger a mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. O termo violência entende-se o emprego de força física, suficientemente capaz de sobrepujar a resistência da vítima. Caracteriza-se como grave ameaça a promessa de efetuar tamanho mal, capaz de impedir a resistência da vítima (WATCH, 1992).

A expressão conjunção carnal refere-se ao coito ou penetração vaginal exclusivamente, o que limita esse crime às vítimas do sexo feminino. O artigo 214 do Código Penal trata do atentado violento ao pudor (AVP), crime de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Aqui, se incluem todas as

situações diferentes do coito vaginal: sucção das mamas, mordidas, manobras digitais eróticas e a penetração anal ou oral. Sua prática pode alcançar ambos os sexos, sob as mesmas formas de constrangimento descritas para o estupro (PINHO, 1979).

O estupro e o AVP agrupam-se na Lei nº 8072, de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos. Além do aumento da pena, o agressor perde o direito à fiança, liberdade provisória, anistia, graça ou indulto, e a pena deve ser cumprida integralmente em regime fechado (LIMA, 1993). No entanto, a maioria dos agressores não é condenada por falta de provas materiais.

Outro aspecto importante é a ocorrência de traumas físicos. Entretanto, a maioria das vítimas, em qualquer idade, não os experimentará: traumas extragenitais podem ser observados em cerca de 10 a 15% dos casos, e os genitais entre 3 e 5%. Nas crianças, os traumatismos genitais podem ser até 15 vezes mais frequentes e com maior gravidade. Entre mulheres virgens no momento da abordagem do agressor, sua ocorrência pode ser até 2,5 vezes maior que a verificada naquelas sexualmente ativas, fato atribuído, possivelmente, à maior resistência que oferecem ao agressor (DREZETT et al., 2001).

No Brasil, o único órgão autorizado a realizar e emitir Laudo de Exame de Corpo de Delito e Conjunção Carnal é o Departamento Médico Legal (DML). Para ter acesso a esse atendimento a mulher deve, obrigatoriamente, ser encaminhada pelas Delegacias de Polícia, não sendo possível aos serviços de saúde, públicos ou privados, realizar o procedimento (DREZETT, 2000).

De acordo com Gomes & Bianchini (2006) com o advento da Lei 11.340/2006, o assunto "violência contra a mulher" passará por três etapas (jurídicas) distintas, que são temporalmente as seguintes: 1ª) da publicação da lei (08.08.06) até 21.09.06; 2ª) de 22.09.06 até à criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (Jufams); 3ª) depois da criação dos Jufams (em cada Estado, por lei estadual, e no Distrito Federal e Territórios pela União – art.14).

Recentemente, uma sensível mudança ocorreu nas leis de combate à violência contra mulher, o Supremo Tribunal Federal concedeu ao Ministério Público o direito de denunciar um homem que agredir uma mulher, mesmo que esta não

faça queixa formal ou desista da acusação. Até então, a Lei Maria da Penha, sancionada em 2006, só permitia que o agressor fosse processado, caso a mulher vítima de violência fizesse uma queixa forma (BRASIL, 2012).

ABORTO

O aborto e a interrupção da gravidez podem ocorrer de forma espontânea ou voluntária, seja por meio de intervenção médica ou provocada por qualquer outra pessoa, até pela própria gestante. Para a Medicina, o aborto é definido quando a gravidez é menor do que 20 semanas ou o feto tem menos de 500 gramas (VIEIRA, 2010).

No que diz respeito ao aborto, na maioria dos países desenvolvidos, a legislação permite o aborto para salvar a vida da gestante, preservar a sua saúde física ou mental, quando a gravidez resultou de estupro ou incesto, em casos de anomalia fetal, por razões econômicas ou sociais e por solicitação da mulher (FAÚNDES, 2004).

No Brasil, o Código Penal estabelece, desde 1940, que o aborto praticado por médico não é punido quando não há outro meio de salvar a vida da gestante ou quando a gravidez for resultado de estupro (OLIVEIRA, 1996).

Na prática, apesar de a legislação brasileira não punir o aborto nos dois casos já citados, o acesso à interrupção da gestação enfrenta vários obstáculos. Durante muito tempo, apenas o aborto por risco de morte da gestante era praticado em hospitais, enquanto as vítimas de estupro raramente eram atendidas nos hospitais públicos, o que as levava a recorrerem ao aborto clandestino (FAÚNDES, 1997).

O primeiro serviço de atendimento ao abortamento previsto em lei foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya – conhecido como Hospital Popular do Jabaquara, de São Paulo, em 1989. Na etapa inicial de implantação, os serviços se centraram na interrupção da gravidez, no entanto, com o cotidiano da assistência, o foco do atendimento foi deslocado para a atenção à violência sexual, ampliando e diversificando, dessa forma, a abrangência das ações de saúde (SOARES, 2003).

No Brasil o aborto configura-se um problema de saúde pública (ROCHA E NETO, 2003), sobretudo por qualificar-se entre as mais importantes causas de morte

materna (MARTINS, 2006), sendo esta, na maioria dos casos, uma morte evitável (RONSMANS & GRAHAN, 2006). O aborto também tem relevância sobre as causas de morbidade hospitalar referidas no capítulo XV do Código Internacional de Doenças (CD10), Gravidez, Parto e Puerpério (BRASIL, 2007).

O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2000) classifica o aborto entre os crimes passíveis de punição: a gestante que provoca o abortamento em si mesmo (auto-abortamento). Os tribunais, por jurisprudência, têm reconhecido em algumas ocasiões, a partir da década de 1990, o direito ao aborto em casos de anomalias fetais graves incompatíveis com a vida extrauterina.

O aborto sentimental (ético ou humanitário) é previsto pelo artigo 128, II, do Código Penal. Trata-se do aborto praticado no caso de gravidez resultante de estupro, precedido pelo consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal, independente de autorização judicial, uma vez comprovado o delito ou a violência sexual. Indaga-se qual a natureza da indicação ética em estudo. Sustenta-se, por um lado, que a conduta do médico e sua equipe seja lícita, com base na ampliação do âmbito da excludente do exercício regular de direito [art. 23, III, CP] (BRASIL, 2011).

Todavia, exige-se, para a licitude da intervenção cirúrgica, o consentimento da gestante ou de seu representante legal. É indispensável a permissão para justificar a conduta do médico. Logo, mais do que mero requisito, o consentimento constitui autêntica base da excludente, pois é precisamente a conformidade do paciente que faz surgir o direito de agir do médico (BRASIL, 2011).

A verdadeira dimensão do número de abortos no país é desconhecida por se tratar de um procedimento, na maioria das vezes ilegal, que está frequentemente, sujeito à omissão. A realidade estimada para o país é de 750 mil a 1 milhão de ocorrências anuais de abortos provocados, baseada em cerca de 250 mil casos anuais de internações por complicações de aborto atendidos e registrados pelo SUS (BRASIL, 2007).

Alguns fatores foram impulsionadores para a existência desse tipo de assistência no Brasil. Em primeiro lugar, a atuação do movimento feminista que, durante anos, tem discutido o aborto no contexto dos Direitos Reprodutivos

(CORREIA, 1999), reivindicando o direito da mulher de decidir sobre a interrupção da gravidez e que o Estado se responsabilizasse pela assistência aos casos de abortamento permitidos pela lei.

Outro fator impulsionador, incluído na argumentação feminista, foi a realização da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, e da Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), em Pequim, 1995, que consolidaram os conceitos de direitos reprodutivos e sexuais.

O parágrafo 8.25 do relatório da CIPD (Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento) diz que “nos casos em que o aborto não é contrário à lei, sua prática deve ser realizada em condições adequadas” (Araújo, 1999). Os países signatários dessa Conferência se comprometeram em garantir a assistência ao abortamento nos casos previstos em lei e em melhorar a qualidade da assistência ao abortamento em geral.

Importante papel também teve a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que se comprometeu com a garantia do direito à interrupção da gestação dentro do marco legal e vem desenvolvendo, dentre outras ações, o Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, cuja primeira versão aconteceu em parceria com o Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP, 1997).

O envolvimento da FEBRASGO tem contribuído, sobretudo, para a sensibilização e adesão dos médicos obstetras. Finalmente, a iniciativa do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), em adotar a norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes foi importante para legitimar o atendimento ao aborto previsto em lei. A norma técnica além de orientar sobre os procedimentos, contribuiu para a aceitação e garantia da segurança dos profissionais de saúde na prática do abortamento previsto em lei (SOARES, 2003).

Com o acréscimo no número de casos atendidos pelo serviço público de saúde direcionados ao atendimento ao aborto previstos na lei brasileira, nota-se a necessidade de lidar com os casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida

(FAÚNDES et al., 2002). O avanço tecnológico torna comum o diagnóstico de tais anomalias, o que gerou um paradoxo, visto que é possível detectar defeitos intrauterinos incompatíveis com a vida, mas não é possível oferecer aos pais a opção de amenizar o sofrimento decorrente desse diagnóstico (FRÍGERO et al., 2002).

Essa circunstância tem resultado em crescente demanda sobre o Poder Judiciário para se obter autorização a fim de interromper a gestação nesses casos. Frigério et al. (2004), em pesquisa realizada no período de Agosto de 1996 a Junho de 1999, levantaram 263 processos envolvendo aborto seletivo e afirmaram que esse número estava subestimado.

Como a violência contra a mulher trata-se de um agravo que envolve aspectos socioeconômicos, culturais e diferenças de gênero, as leis, diretrizes e decretos necessitam de, constantemente, serem debatidas e atualizadas para otimizar o combate à violência, como também favorecer o trabalho de conscientizar a população.

ASPECTOS ASSISTENCIAIS

O revigoramento do movimento feminista na década de 60 traz para o debate público temas até então referidos ao âmbito privado, como a sexualidade e o uso dos corpos das mulheres, demandando que o Estado, por meio de suas políticas, incorpore as reivindicações das mulheres. Dentre essas, aparece como prioritária a questão da violência (HIGA et al., 2006).

Como resposta, em 1985 começam a ser concebidas as primeiras Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAM), no âmbito da Segurança Pública, buscando criar uma instância específica, para acolher as denúncias de violência por parte das mulheres.

No setor saúde, embora a diretriz de assistência integral às mulheres exija que seja contemplada a interface entre violência de gênero e saúde, a resposta é mais tardia, e são necessários nove anos desde a criação do primeiro serviço de atendimento às vítimas de violência sexual a fim de que o Estado estabeleça as normas para implantação e funcionamento desse tipo de serviço (CAMPO, 2005).

Em 1998, no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a norma técnica de “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, com orientações terapêuticas e medicamentosas, a serem iniciadas no atendimento imediato pós-violência sexual. Serviços de saúde de referência foram criados e profissionais foram capacitados para atender a essa demanda, propiciando-se atendimento médico, social e psicológico preventivo das consequências físicas e psicológicas, bem como a orientação para retornos em acompanhamento ambulatorial, visando ao controle da eficácia do tratamento administrado (CAMPO, 2005).

Em 1999, a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde, lança as bases operacionais da política de atendimento a mulheres e adolescentes que sofreram violência sexual, estimulando a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de serviços de atendimento às mulheres violentadas e redes de referência que facilitem o acesso das mulheres a esses equipamentos.

A violência sexual pode acarretar diversos problemas de saúde para a mulher, tanto imediatamente após o evento quanto a médio e longo prazo. Nesses casos, podem ser citadas queixas físicas, como cefaleia crônica, alterações gastrointestinais, dor pélvica, e outras, ou sintomas psicológicos e comportamentais, como disfunção sexual, depressão, ansiedade, transtornos alimentares/obesidade e o uso abusivo de drogas (BANG, 1993).

Existem poucos estudos na literatura referentes à adesão ao seguimento médico após a violência sexual. Estima-se que essa taxa varie entre 10% e 31%. Fatores associados à qualidade dos serviços de atendimentos, tais como presença de profissionais capacitados no local, existência ou não de protocolos e de áreas privativas para o atendimento e correta orientação sobre as consequências da violência sexual, ao longo do tempo, interferem na adesão ao seguimento ambulatorial (BANG, 1993).

Outros fatores conhecidos que dificultam a procura de ajuda por parte da mulher e diminuem a taxa de seguimento ambulatorial são: recear exposição pública

e represálias, ser conhecida do agressor, ter consumido álcool ou drogas antes da agressão e ser portadora de doença psiquiátrica (ACKERMAN et al., 2006 e HERBERT et al., 1992).

Em contrapartida, a adesão é significativamente maior quando as vítimas são adolescentes e quando a agressão aconteceu dentro de casa ou quando houve traumas físicos (ACKERMAN et al., 2006). Conforme Masho et al. (2005), avaliando 1.769 mulheres do Estado da Virgínia (Estados Unidos), 64% das mulheres que sofreram violência sexual não procuram ajuda médica para o tratamento físico ou mental. Em outro estudo, Herbert et al. (1992), avaliando 294 mulheres no Canadá, referem que a adesão ao seguimento médico por seis meses foi de apenas 21%, sendo as adolescentes as que mais aderiram ao acompanhamento.

A assistência às mulheres vítimas de violência sexual, como uma ação de saúde, trouxe para o cotidiano dos serviços temas como o aborto, a violência sexual e doméstica e as relações de gênero que se configuram como de difícil compreensão para os profissionais. Dentre outros motivos, o despreparo para lidar com essas questões esteve relacionado com a falta de capacitação e do consequente domínio de instrumental teórico e prático para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, uma vez que esse tema não faz parte da formação acadêmica dos profissionais de saúde, junto à crença de que essa não é uma problemática pertinente ao setor saúde (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 1999).

Diferentemente da violência sexual, o tema do aborto faz parte do repertório de assuntos relacionados à vivência reprodutiva e está incluído na formação acadêmica dos profissionais da área médica e de enfermagem. Porém, a abordagem é influenciada por questões morais/religiosas que trazem dificuldades para a compreensão do tema (LOUREIRO & VIEIRA, 2004). Geralmente, a assistência é norteadada pela concepção de que o abortamento é um crime, sem referência aos direitos reprodutivos ou às questões sociais que derivam da problemática da clandestinidade (RIBEIRO NETO, 2000).

Além de ser um problema de Saúde Pública é também um problema *para* a Saúde Pública, já que os custos financeiros, sociais, emocionais e físicos de 250 mil internações hospitalares anuais de mulheres poderiam ser evitados ou ao menos minimizados se a prevenção da gravidez indesejada estivesse acessível a todos

(VIEIRA, 2010). Segundo Diniz (2010), estudiosa do tema, os direitos reprodutivos são uma importante dimensão dos direitos humanos.

A implantação das DEAM significa o reconhecimento, por parte do Estado, de que a violência contra as mulheres não é uma questão a ser abordada como um problema da esfera privada ou das relações interpessoais, mas é um problema social que exige, para o seu enfrentamento, ações públicas no âmbito da segurança e do direito como também da saúde, pelas sequelas que produz (BRASIL, 2002).

Considerando-se a dimensão territorial do país, com aproximadamente 5000 municípios, a existência de atuais 119 Unidades de Referência, distribuídas, em sua maioria, nas regiões Sul e Sudeste, deixa uma grande lacuna para o atendimento, em termos de país. É necessária a ação de uma equipe multiprofissional, composta de médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e outros profissionais para atuarem, em conjunto, na atenção às necessidades nessa demanda (BRASIL, 2002).

No atendimento imediato, as mulheres que sofreram violência sexual devem ser acolhidas para evitar que do estupro resulte uma gravidez, como também é viável a interrupção de uma eventual gravidez, em casos de falha ou da impossibilidade de realização da contracepção de emergência.

Fluxos e rotinas foram amplamente discutidos, assim como foram realizados treinamentos específicos dos profissionais, visando capacitar a equipe para os procedimentos médicos, de enfermagem, o apoio psicossocial e para a reflexão a respeito de temas como gênero e violência (CASTANHEIRA, 2002).

No entanto, o representativo aumento de serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência ocorre a partir de 1999, quando o Ministério da Saúde edita a norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Em 2002, no Brasil, existiam 245 serviços de saúde capacitados a atender mulheres vítimas de violência sexual (VILELLA & LAGO, 2004) na sua grande maioria serviços ambulatoriais que não poderiam realizar o aborto, quando necessário. Mas, segundo o Ministério da Saúde, em 2002, havia 39 hospitais com

serviço de aborto legal implantado, e dez já haviam sido preparados para entrar em atividade.

No entanto, pesquisa realizada por Talib (2002) aponta que dos 39 apenas 37 hospitais confirmaram prestar este tipo de atendimento, sendo que dentre eles, cinco nunca haviam realizado algum procedimento dessa natureza. A maioria dos serviços exige boletim de ocorrência para fazer o atendimento e alguns hospitais exigem também laudo do Instituto Médico Legal, o que não é compatível com a lei – Artigo 128 do Código Penal Brasileiro (1940).

Grande parte dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento, independentemente da política e legalidade do aborto, não planeja ou fornece atenção médica de emergência eficaz para mulheres com complicações de aborto. Como resultado, o tratamento frequentemente é ineficaz, com graves consequências e riscos à saúde da mulher (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 1997).

De fato, ao longo desses anos não foram poucos os embates com os setores conservadores da sociedade em torno da implementação da norma técnica, especialmente no que diz respeito à realização do aborto. Em 2005, por exemplo, quando na atualização da norma, gerou-se uma grande polêmica em torno da suposta exigência de boletim de ocorrência.

No Brasil, desde 2003, o governo brasileiro vem intensificando compromisso de proteger a saúde e os direitos das mulheres. O Ministério da Saúde no documento Política nacional de atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2007), tem como objetivo específico “Promover a atenção obstétrica neonatal qualificada e humanizada, incluindo dar assistência ao abortamento realizado em condições inseguras, para mulheres e adolescentes”, reconhecendo que o aborto realizado em condições de risco é relevante causa de mortalidade materna.

Os serviços estão concentrados na região Sudeste e em cinco Estados da Federação ainda não contam com nenhum serviço de atendimento a vítimas de violência sexual.

Para Oshikata (2003), o atendimento imediato à mulher agredida sexualmente está bem definido nos serviços de referência, mas não há consenso sobre o seguimento posterior, e não se sabe muito bem como melhorar a continuidade desse

acompanhamento. Em seu estudo, observou-se que apenas 30% das mulheres atendidas completaram o seguimento proposto por seis meses.

De modo geral, há necessidade de um consenso no acolhimento, possibilitando o envolvimento nos retornos, assim como a provisão de um apoio psicossocial. Pesquisadores (BABL et al., 2000) referem ser fator de grande relevância na adesão ao tratamento, quando iniciada a terapia antiretroviral, efetuar-se um contato pessoal ou por telefone, tão cedo quanto possível, para obter informação sobre a aceitação dos medicamentos, efeitos adversos e impedimentos financeiros para os retornos de seguimento.

Apesar do enorme avanço que representou a norma técnica, a garantia de acesso das mulheres, que sofreram violência sexual, a um atendimento integral e de qualidade ainda representa um desafio. A expansão da rede de atenção, por exemplo, depende da vontade política do gestor local que, muitas vezes, teme perder votos ou apoio político de setores mais conservadores caso adote uma política que ainda não goza de uma plena aceitação (VILELLA & LAGO, 2007).

A integração com o setor de segurança pública, embora seja essencial para facilitar o acesso das vítimas ao atendimento em saúde e à abertura do inquérito policial, também não ocorre de forma fácil e sem conflitos. Ainda não existe uma sistemática ampla e regular de capacitação desses profissionais nas questões de violência de gênero, o que faz com que muitos deles atuem frente às vítimas de forma preconceituosa ou até mesmo discriminadora (SOARES, 2003).

As DEAMs, depois de experimentarem uma expansão inicial, durante muito tempo deixaram de ser objeto de investimento por parte dos governos e só recentemente estão passando por um processo de renovação que significa a necessidade permanente de uma sensibilização e educação continuada dos diferentes profissionais que atuam nessa área (VILELLA & LAGO, 2007).

A ampliação da pauta do movimento feminista, problemas de financiamento de algumas organizações não governamentais e mesmo a migração de alguns quadros do movimento para espaços de governo têm dispersado parte da energia que entre 1998 e 2002 esteve concentrada na discussão e mobilização social para a implementação desse tipo de serviço. Assim, seria necessário um reposicionamento

político por parte da militância feminista de modo a reintroduzir na pauta o monitoramento da implementação da norma técnica (CAMPOS, 2005).

Porém, tem sido observado que os profissionais de saúde não identificam as mulheres em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas são quase que patognomônicas do fenômeno (LOUREIRO & VIEIRA, 2004). Considera-se que esses profissionais criam barreiras para atender as mulheres por causa de fatores como: falta de tempo e de recursos, medo de ofender as mulheres, falta de treinamento, medo de abrir "a caixa de Pandora" e frustração ao perceber a não resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos (GARCIA-MORENO et al., 2005).

A discussão do atendimento às vítimas de violência sexual constitui um paradoxo para o setor saúde, pois articula um tema (a violência), cuja interface com a saúde é de reconhecimento recente, com duas práticas muito antigas e de significações morais, éticas e religiosas: a violação do corpo das mulheres e a prática do aborto. Enfrentar esse paradoxo, garantindo às mulheres o direito à saúde e à autonomia sobre seus corpos é uma tarefa que, sem dúvida, exige um esforço contínuo, integrado dos diferentes setores da sociedade.

Outro aspecto relevante trata-se da Política Nacional dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Documento gerido com prioridade de governo (BRASIL, 2005), lançado em 2005, apresenta as diretrizes do governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e à reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. Dentre os desafios propostos, foram listadas:

- 1- Integração aos serviços de saúde das especificidades das adolescentes e jovens e seus parceiros quanto à gravidez, ao parto e ao puerpério;
- 2- Construção e implementação de ações que assegurem a ampliação do conhecimento sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior autonomia e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, em todos os níveis de atenção, e com o envolvimento dos diversos sujeitos – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada;
- 3- Ampliação dos indicadores sobre saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, para além da diminuição dos índices de gravidez na adolescência e na abordagem de outros aspectos, como a violência intrafamiliar, o planejamento familiar, DST/AIDS e ações educativas;

- 4- Integração com outras políticas sociais na promoção da qualidade de vida e da construção de projetos de vida saudáveis, incluindo o lazer, os desportos, as atividades culturais, a educação e o trabalho;
- 5- Integração com outras instituições sociais na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como a família e escola, e outros espaços comunitários, fundamentais de para socialização, crescimento e formação de valores, com respeito à autonomia e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos;
- 6- Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes em medidas socioeducativas e de outros grupos de adolescentes e jovens em extremo risco social (a exemplo dos moradores de rua);
- 7- Implementação, na atenção básica, de ações educativas em saúde sexual saúde reprodutiva para adolescentes;
- 8- Produção de conhecimento sobre a vivência da sexualidade de adolescentes jovens homossexuais, de ambos os sexos, e de suas necessidades específicas de saúde; e implementação de ações para garantir a atenção à saúde sexual destes grupos;

REGISTRO DA OCORRÊNCIA DE VIOLÊNCIA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

Considerando as exigências éticas e legais das notificações da violência, necessita-se de decisões que auxiliem no encaminhamento urgente, visando proteger as vítimas da violência no enfrentamento desse problema, que demandam ações intersetoriais, interinstitucionais, interdisciplinar e em rede. Mediante a situação, foi proposto um sistema de notificação que difere substancialmente da vigilância sentinela por inquérito, que preconizando uma coleta universal, contínua e compulsória nas situações de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas (BRASIL, 2005).

A notificação de violências deve ser entendida para além de um instrumento de coleta para obtenção de informações epidemiológicas, mas como um instrumento de garantia de direitos, de preservação da saúde e da vida. Articulando e integrando com a rede de proteção social e com a rede de atenção integral à saúde, seguindo a linha do cuidado em saúde.

A ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - tem como objetivo facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o SINAN em um processo de tomada de decisões, com vista a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2001). Dentre suas atribuições está coletar, transmitir e disseminar dados gerados

rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade da população, nas três esferas de governo.

A ficha inicialmente desenvolvida pela equipe técnica da Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis / Secretaria de Vigilância em Saúde - CGDANT/SVS, em conformidade com o Decreto-Lei no 5.099, de 03 de Junho de 2004, que regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de Novembro de 2003, e que obriga a notificação compulsória de violência contra a mulher (e outras violências interpessoais), foi testada em três municípios em Maio de 2005. Esse teste foi coordenado pela Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes da CGDANT/SVS em articulação com as secretarias de saúde dos municípios de Florianópolis (SC), Goiânia (GO) e Ribeirão Preto (SP), sob execução direta das respectivas secretarias municipais de saúde (BRASIL, 2009).

Em junho de 2005, avaliaram-se os resultados desse teste em uma oficina de trabalho coordenada pela CGDANT. Essa oficina contou com representantes da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e das Secretarias de Saúde de Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), além dos municípios participantes do pré-teste e da instituição não governamental IPAS Brasil (BRASIL, 2004).

Nos meses seguintes, a ficha foi modificada e adequada em conformidade com as discussões e consensos internos e externos, assim como foi desenvolvido o aplicativo de entrada de dados em Epi Info.

Esse sistema de notificação foi criado em uma esfera de construção coletiva que teve como objetivo incorporar e atender as diversas especificidades relacionadas aos ciclos de vida, sexo, raça/cor/etnia, orientação sexual, dentre outros aspectos relacionados à violência de gênero. Esse movimento possibilitou romper com o modelo de fragmentação da informação em relação a determinado agravo e grupos populacionais, assim como tem contribuído para a estruturação da linha de cuidado em saúde relacionada à atenção integral às vítimas de violências (BRASIL, 2009).

O modelo fragmentado da informação e da intervenção dificulta a elaboração de uma proposta mais global e integradora como a de vigilância em saúde e promoção da saúde. A propositura, portanto, traz a preocupação de organizar,

integrar e sistematizar as informações oriundas das notificações de violência de gênero, sexual e outras, como as autoprovocadas e interpessoais contra criança, adolescente, mulher e pessoa idosa registradas em uma única ficha de notificação (BRASIL, 2009).

O instrumento único adotado pelo MS e desenvolvido a partir da construção coletiva e de consensos, conhecido como Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, foi implantado inicialmente, em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, dentre outros) a partir de 1 de Agosto de 2006.

Essa vigilância tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) em unidades de referência definidas pelas secretarias municipais e estaduais de saúde, além de articular e integrar a Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências, garantindo, assim, a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2009).

CAPÍTULO 2

2.1 OBJETIVOS

2.2 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de violência sexual contra mulheres com registros na Secretaria Municipal de Saúde, na cidade de Ribeirão Preto - SP.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a vítima;
- Caracterizar o agressor;
- Identificar os tipos da violência sexual;
- Descrever o local da violência;
- Descrever os procedimentos realizados e identificar de onde partem os encaminhamentos (local da notificação);
- Detectar falhas de registro na ficha de notificação – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - Ficha de Notificação / Investigação Individual / Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências – do Ministério da Saúde.

2.4 MATERIAL E MÉTODOS

2.5 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo teve como questão norteadora compreender e caracterizar a “face” da violência sexual em mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os delineamentos dos estudos descritivos, tipo levantamento. Trata-se de um estudo epidemiológico com uma abordagem metodológica quantitativa, que têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder às perguntas: quando, onde e quem sofre violência sexual? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e

primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (LIMA-COSTA & BARRETO, 2003). Nessa pesquisa, utilizamos dados de registros de casos notificados.

2.6 BANCO DE DADOS

Os dados foram obtidos, mediante um contato prévio e autorização, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, Departamento de Epidemiologia, órgão responsável pelas notificações oficiais acerca da violência sexual. O sistema utilizado para a coleta de dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN - Ficha de Notificação / Investigação Individual / Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências – do Ministério da Saúde/ Epi-Info / VIVA.

Figura 1 - Fluxograma dos casos de violência sexual em mulheres notificados no município de Ribeirão Preto – SP, no período de 2006 a 2008.

O município de Ribeirão Preto/SP mantém um sistema padronizado de registro dos dados, de modo a possibilitar a uniformização de informações dos

vários serviços, as quais poderão, assim, ser comparadas e analisadas (Figura 1). O sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Rede VIVA), implantado em 2006, visa implementar políticas públicas intersetoriais e integradas, na perspectiva de construção de redes de atenção integral e de proteção social às vítimas de violências e de promoção da saúde e cultura e paz, sendo seu objetivo principal a redução da morbimortalidade por acidentes e violências.

Esse sistema em conjunto com outras secretarias, dentre as quais a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, elaboraram um instrumento único adotado pelo Ministério da Saúde, e desenvolvido a partir da construção coletiva e de consensos, que foi a Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Apêndice A), que começou a ser utilizada em alguns municípios selecionados a partir de 1 de Agosto de 2006 (GAWRYSZEWSKI et al., 2007).

O banco de dados utilizado na pesquisa e seus resultados foram obtidos a partir das fichas de notificação de violências sexual no município de Ribeirão Preto – SP, no período de 2006 a 2008.

Mesmo com todos esses aspectos, as possibilidades de falhas nos dados ainda são existentes, deixando clara a importância da sensibilização e treinamento da equipe multiprofissional para prestar não apenas um atendimento clínico ou policial de qualidade, como também uma melhor qualidade nas notificações para se ter uma real dimensão das ocorrências.

Os dados secundários são aqueles que se encontram à disposição do pesquisador em boletins, livros, revistas, dentre outros. Para Marconi & Lakatos (2002) as fontes secundárias possibilitam a resolução de problemas já conhecidos e a exploração de outras áreas onde os problemas ainda não se cristalizaram suficientemente.

Quando a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde difere segundo o tempo, lugar ou pessoa, o epidemiologista / pesquisador é capaz não apenas de identificar grupos de alto risco para fins de prevenção, mas também gerar hipóteses etiológicas para investigações futuras. (SZKLO & JAVIER, 2000)

No Brasil, existem importantes bancos de dados secundários com abrangência nacional – como o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM-SUS), o Sistema de Informações sobre Autorizações de Internações Hospitalares (SIH-SUS) e a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD, 1998) – que podem ser usados em estudos epidemiológicos. (BRASIL, 1998)

Uma questão importante a ser ressaltada, é a da preocupação com pesquisa e sua confiabilidade. Uma grande limitação dos dados secundários está na dificuldade de avaliar a sua confiabilidade e precisão, exigindo do pesquisador verificar qual sua confiabilidade tendo em vista os propósitos de sua pesquisa. Primando pela confiabilidade dos dados, foram utilizados apenas registros oficiais, tendo como polo central e captador de todos os registros do município de Ribeirão Preto, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP.

2.7 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo constitui-se de mulheres com notificações de qualquer tipo violência sexual, com faixa etária igual ou superior aos 14 anos, na cidade de Ribeirão Preto, nos anos de 2006 a 2008. Notificadas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/Projeto VIVA/base de dados EPI-INFO. Foram excluídos homens e crianças (abaixo dos 14 anos) e aqueles cujo motivo da notificação fosse divergente do mencionado.

2.8 CAMPO DO ESTUDO

O estudo contemplou o município de Ribeirão Preto, situado no Nordeste do Estado de São Paulo, distante 313 KM da capital estadual, ocupando uma área de 650,37 Km². E de acordo com o último Censo Demográfico 2010 / IBGE possui uma população residente de 604.682 pessoas, sendo 290.171 homens e 314.511 mulheres (BRASIL, 2010).

Destaca-se como um importante polo econômico do país, com sua economia direcionada para o agronegócio. Apesar de, praticamente, concentrar uma pequena parcela de toda a atividade agrícola da região, Ribeirão Preto é o centro desse polo,

destino principal dos investimentos ali gerados, constituindo-se na cidade com maior rede de prestação de serviços e forte comércio da região (BRASIL, 2011).

Ribeirão Preto é conhecida nacionalmente como grande centro de referência em saúde. O município está entre os primeiros do Brasil no *ranking* nacional na proporção médico por habitante. São três mil médicos, um para cada 160 habitantes. A rede de saúde de Ribeirão Preto desponta como uma das mais importantes e desenvolvidas do país. São 17 hospitais, 35 unidades de saúde, inúmeras farmácias e clínicas, entre outros (BRASIL, 2011).

Embora, como em todos os municípios médios e grandes brasileiros, a criminalidade esteja presente em Ribeirão Preto, à cidade possui um dos mais baixos graus de assassinatos do país. Em 2008, a taxa de homicídios no município foi de 5,2 para cada 100 mil habitantes, ficando na 2337ª posição nacional e no 273º lugar na estadual. O índice de suicídios naquele ano, para cada 100 mil habitantes, também foi de 5,9, sendo a 95ª a nível estadual e o 961º nacional.

A queda de homicídios por causas relacionadas à violência urbana se deve a um conjunto de políticas que aumentou a repressão, além de medidas tomadas pela Polícia Militar do Estado de São Paulo (PMSP), como o Registro Digital de Ocorrência (RDO), adotado em mais 46 municípios do Estado de São Paulo. O RDO permite que os boletins de ocorrência (BOs) feitos nas unidades policiais sejam padronizados via intranet, armazenados em bancos de dados e consultados por outros órgãos policiais.

2.9 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

2.9.1 Variáveis Incluídas no Estudo

2.9.2 Caracterização Sociodemográfica da Vítima

Dados da pessoa atendida, como faixa etária, escolaridade, situação conjugal e se possui alguma deficiência foram fundamentais no processo de caracterização da vítima, potencializando o detalhamento das vitimizadas. Na pesquisa em questão, o foco de análise foi de mulheres com 14 anos de idade ou mais, tomando como

referência o Estatuto da Criança e do Adolescente, em vigor, no Brasil, desde 1990, que define, no aspecto da violência sexual, que indivíduos com idade abaixo dos 14 anos, mesmo com o consentimento do ato sexual, são considerados objetos de violência sexual – Estupro Presumido (conforme o artigo 217-A do código penal, modificado pela lei nº 12.015/2009, artigo 3º).

A ficha de notificação apresenta a idade específica do indivíduo em anos completos analisada individualmente. Para efeito de análise e melhor compreensão do objeto de estudo, foram formados grupos etários. Sendo assim, foram representados da seguinte forma: 14 – 19 anos, 20 – 29 anos, 30 – 39 anos, 40 – 49 anos e maior que 50 anos de idade.

No que diz respeito ao aspecto cor / etnia a distribuição foi realizada da seguinte forma: branca, parda, preta / negra, indígena, amarela. Conforme está descrito na ficha de notificação (Apêndice A).

Em relação ao estado civil, permaneceu a mesma distribuição padronizada pela ficha de notificação e assim se apresenta: solteiro, casado / união consensual, viúvo, separado.

Os aspectos relacionados à escolaridade, para efeito de análise e melhor compreensão do tema foram agrupadas da seguinte maneira: sem escolaridade, 1ª à 4ª série do ensino fundamental, 5ª à 8ª série do ensino fundamental, ensino médio e ensino superior.

Outro aspecto contemplado diz respeito à existência de alguma deficiência da vítima. Foram categorizados, conforme a própria ficha de notificação, os respectivos grupos: deficiência física, visual, auditiva, sem deficiência e outras, este obrigatoriamente especificado.

2.9.3 Caracterização da Ocorrência

Trata-se de uma caracterização relevante para que seja detectada onde ocorrem esses agravos e em que tipo de população. Evidenciando também pontos mais susceptíveis das ocorrências e em que pontos as medidas de combate à violência devem ser mais insidiosas.

Local da Ocorrência foi descrito conforme a própria ficha de notificação: residência, habitação coletiva, via pública, ambiente de trabalho, escola, creche,

estabelecimento de saúde, instituição socioeducativa, instituição de longa permanência, instituição prisional, terreno baldio, bar ou similar e outros, sendo este grupo especificado.

A zona da ocorrência seguiu a divisão já descrita na ficha de notificação, sendo elas: zona urbana, zona rural e periurbana. A frequência do agravo também foi analisada e buscou-se esclarecer se a afronta aconteceu mais de uma vez. Sendo a frequência analisada nas categorias sim ou não.

O tipo de violência, associada à violência sexual, também foi completado. Para concretizar a distribuição dos casos, foi delineada uma distribuição conforme a ficha de notificação, descrita da seguinte maneira: física, psicológica / moral, negligência / abandono, tráfico de seres humanos, financeira / econômica, tortura, trabalho infantil, intervenção legal.

2.9.4 Caracterização da Violência Sexual

Por meio dessas variáveis, foi possível detalhar a maneira como essa agressão acometeu as mulheres vitimizadas pela violência sexual. Em uma pesquisa que se propõe caracterizar as vítimas, esse aspecto tem grande importância para o desenvolvimento do estudo.

O tipo de violência sexual, para efeito de análise, seguiu as descrições da própria ficha de notificação, ou seja: assédio sexual, estupro, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, exploração sexual e outros. Sendo sempre especificado, na opção outros, o tipo de violência acometida.

O tipo de penetração foi classificado seguindo o que preconiza a ficha de notificação: oral, vaginal e anal. No que diz respeito às consequências da ocorrência, que também fez parte do estudo, foi categorizada da seguinte forma: aborto, gravidez, DST, tentativa de suicídio e outros.

Conforme está descrito na ficha de notificação, temos os procedimentos indicados: profilaxia DST, profilaxia HIV, profilaxia Hepatite B, coleta de sangue, coleta de sêmen, coleta de secreção vaginal, contracepção de emergência e comunicação de acidentes de trabalho.

Evolução e encaminhamentos. Por meio dessas variáveis, foi possível observar qual direcionamento foi dado às vítimas de violência sexual. Informações como evolução e quais encaminhamentos foram dados às vitimizadas são importantes para medidas de ação e potencialização do atendimento.

Com isso, a categorização foi realizada seguindo a distribuição especificada na ficha de notificação: alta, encaminhamento ambulatorial, encaminhamento hospitalar, evasão / fuga e óbito.

2.9.5 Caracterização do Agressor

A riqueza de detalhes dessas variáveis foi de suma importância, não apenas para a pesquisa em questão, mas como também de fundamental importância para a identificação do agressor, visto que se trata de um ato extremo de covardia e violência. É de fundamental interesse que se tomem medidas rápidas de repressão no menor tempo possível, impedindo, assim, novas ou mais graves situações de violência.

A relação do agressor com vítima foi descrita conforme a ficha de notificação, sendo assim, apresenta-se da seguinte forma: pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, ex-cônjuge, namorado (a), ex-namorado (a), amigos / conhecidos, desconhecidos, cuidador, patrão / chefe, pessoa com relação institucional e outras.

O número de envolvidos foi analisado e assim apresentado: um, dois ou mais. Também fez parte do estudo questões relativas ao uso ou não de álcool ou drogas pelo agressor, sendo categorizado da seguinte forma: sim ou não.

Os polos receptores de notificação foram categorizados da seguinte forma: SEAVIDAS ou qualquer outro grupo de apoio às vitimizadas com autorização para notificar, o HC/USP Ribeirão Preto - SP, as Delegacias de Polícias e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - SP.

2.10 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise estatística foi obtida mediante a formação de dois bancos de dados: Banco de dados 1: (5535 notificações) Dados brutos, abrangendo todos os tipo de violência, todas as faixas etárias e ambos os sexos;

Banco de dados 2: (245 notificações) Realizada triagem no banco de dados 1, formando um segundo banco de dados, contemplando apenas a população requerida pela pesquisa e seus critérios de inclusão.

Em uma etapa subsequente, foi realizada uma análise com o auxílio da inserção dos dados em um programa específico de formatação de dados (EXCEL 2007/ Epi Info – versão 3.5.3 / STATA – versão 9.0). Os resultados foram tabulados, descritos utilizando-se frequência de proporções, desvio-padrão, médias e medianas e apresentado em tabelas e um gráfico.

2.11. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa fez uso de banco de dados secundários, cumprindo as recomendações da Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde para a Pesquisa Científica em Seres Humanos, sem a identificação nominal dos participantes de forma a garantir a privacidade das informações e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizando-se dos dados assim obtidos exclusivamente para os propósitos desta pesquisa.

Por se tratar de dados secundários, foi solicitado ao Comitê de Ética e Pesquisa a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), além da solicitação formal feita à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP, para liberação e permissão da utilização do banco de dados do Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde e inseridos no aplicativo de entrada de dados em EPI INFO, a qual foi autorizada (ANEXO A).

O protocolo de pesquisa foi aprovado em Abril de 2009 pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FMRP-USP, sob o parecer número 5877-2009 (ANEXO B).

CAPÍTULO 3

RESULTADO

3.1 Dados gerais dos anos pesquisados:

A apresentação a seguir tem por objetivo tornar perceptível ao leitor o panorama dos casos de violência sexual em mulheres na cidade de Ribeirão Preto – SP. De uma maneira geral, por intermédio da análise das fichas de notificação dos anos de 2006, 2007 e 2008, pode-se observar um aumento no número casos notificados de violência sexual contra as mulheres (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do Número de casos por ano.

ANO	n	%
2006	71	29,0%
2007	84	34,3%
2008	90	36,7%
TOTAL	245	100,0%

Nessa distribuição nota-se o aumento gradual do número de notificações de violência sexual contra a mulher. No ano de 2006, existiram 71 casos registrados. Em 2007, o número aumentou para 84. Em 2008, ocorreu uma ampliação do número de notificações para 90 casos registrados, configurando-se, assim, o número total 245 casos, nos três anos estudados.

3.2 Dados sócio-demográficos da vítima:

O estudo se propôs a caracterizar a vítima e seu agressor. Como parte integrante desse processo de caracterização, a idade das mulheres que sofreram violência sexual foi organizada por faixas etárias. A Tabela 2 traz a frequência por faixa etária específica.

Tabela 2 – Frequência da idade em faixas etárias das vítimas.

FAIXA ETÁRIA	n	%
14 – 19 anos	89	36,33%
20 – 29 anos	87	35,51%
30 – 39 anos	37	15,10%
40 – 49 anos	23	9,39%
≥ 50 anos	9	3,67%
TOTAL	245	100,0%

Nota-se que há o predomínio dos casos notificados de violência sexual nas faixas etárias dos 14 aos 19 anos (36,33%), seguidos pelas faixas dos 20 a 29 anos (35,51%), 30 a 30 anos (15,10%), 40 a 49 anos (9,39%) e ≥ 50 anos (3,67%) respectivamente. Indicando que mais da metade dos casos de violência notificados estão (71,84%) abaixo dos 30 anos de idade.

Diante desses registros, podemos afirmar que as mulheres acometidas por esse agravo tinham idade média de 25,8 anos (desvio padrão de 11,78), mediana de 22 anos e moda de 14 anos, sendo que a idade mínima e a máxima encontrada nas notificações, foram de 14 anos e 83 anos, respectivamente.

Com relação aos aspectos relacionados à cor da pele / etnia, os dados apontam que a maioria das vítimas foram descrita como brancas (62,4%), em segundo lugar mulheres pardas (18,0%), seguidas pelas negras (17,6%). As de cor/etnia Amarela e Indígena corresponderam a (0,4) e (0%) respectivamente. A opção “Ignorado” também fez parte das alternativas de preenchimentos na ficha de notificação, correspondendo a 4 (1,6%) do total de casos (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição frequência da cor / etnia da vítima.

COR / ETNIA	n	%
Branca	153	62,4%
Parda	44	18,0%
Preta / Negra	43	17,6%
Amarela	1	0,4%
Ignorado	4	1,6%
TOTAL	245	100,0%

Na tabela 4, podem ser observados aspectos relacionados ao grau de escolaridade. Dentre os dados apresentados, a maioria, 122 (49,8%) das vitimizadas informaram ter cursado da 5ª a 8ª série do ensino fundamental (EF), 57 (23,3%) estudaram até o ensino médio, seguidos por ensino superior 18 (7,3%), 1ª a 4ª série do EF com 14 (5,7%) e sem escolaridade com 9 (3,7%) dos casos. Os dados indicam uma relação entre menor escolaridade e maior chance de sofrer violência. Importante ressaltar que 22 (9,0%) do número total (245) foram registrados na opção ignorado e 3 (1,2%) dos casos estavam sem registro.

Tabela 4 – Distribuição do grau de escolaridade da vítima.

ESCOLARIDADE	n	%
Sem escolaridade	9	3,7%
1º à 4º série do EF*	14	5,7%
5º à 8º série do EF*	122	49,8%
Ensino médio **	57	23,3%
Ensino superior ***	18	7,3%
Ignorado	22	9,0%
TOTAL	242	98,8%

* Ensino fundamental

** Ensino fundamental completo ou incompleto *** Ensino superior completo ou incompleto

A situação conjugal ou estado civil da vítima apresenta-se como um dado importante para a pesquisa, auxiliando no delineamento e elucidação da investigação, pois se tratando de violência contra a mulher, o parceiro íntimo, muitas vezes, é o próprio agressor.

Na pesquisa em questão, existiu um predomínio de 168 (68,6%) mulheres solteiras e 50 (20,4%) descritas como casadas ou com união consensual. Viúvas e separadas correspondem, respectivamente, a 16 (6,5%) e 4 (1,6%) dos registros. Registrados como ignorados somam 4 (1,6%) casos, com 1 (0,4%) caso no item não se aplica e 2 (0,8%) casos de fichas sem registro (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência da Situação Conjugal / Estado Civil da Vítima.

ESTADO CIVIL	n	%
Solteira	168	68,6%
Casada / União Consensual	50	20,4%
Viúva	4	1,6%
Separada	16	6,5%
Ignorado	4	1,6%
Não se Aplica	1	0,4%
TOTAL	243	99,8%

No caso da vítima possuir alguma deficiência, os indicadores apontaram algumas situações: dentre as deficiências descritas, temos 16 (6,5%) casos listados como deficiência mental, 6 (2,4%) casos como deficiência visual e outras limitações ou problemas, como esquizofrenia e mulheres depressivas, corresponderam a 6 (2,4%) dos casos. Não houve casos notificados de deficiência física e auditiva. Contudo, em sua grande maioria que consiste em 208 (84,9%) casos, essas mulheres não apresentaram quaisquer deficiências. O número de ignorado, 11 casos, representou 4,5% do total (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência dos tipos de deficiência da vítima.

DEFICIÊNCIAS	n	%
Mental	16	6,5%
Visual	4	1,6%
Outras*	6	2,4%
Sem Deficiência	208	84,9%
Ignorado	11	4,5%
TOTAL	245	100,0%

* Outras limitações ou problemas: esquizofrenia e depressão.

3.3 Características do Agressor

Uma das informações de grande interesse do estudo está representada na Tabela 7, que expõe uma descrição da relação da vítima com o agressor. Os valores indicam que 43,3% (106) dos casos envolveram desconhecidos. Caminhando no sentido contrário a esse fato, temos a informação de que 15,1% (37) dos casos envolvem pessoas conhecidas ou amigos da vítima. O cônjuge aparece logo em seguida com 9,4% (23) das notificações.

Tabela 7 – Distribuição de frequência da relação agressor vs vítima.

RELAÇÃO COM VÍTIMA	n	% do total (245)**
Pai	7	2,9%
Mãe	1	0,4%
Padrasto	7	2,9%
Cônjuge	23	9,4%
Ex-Cônjuge	6	2,4%
Namorado	5	2,0%
Ex-Namorado	6	2,4%
Amigos/Conhecidos	37	15,1%
Desconhecidos	106	43,3%
Patrão/Chefe	8	3,3%
Pessoa com relação institucional	2	0,8%
Outros*	17	6,9%

* Cunhados, médicos, vizinhos, pai de amiga e primos.

** Percentual do agressor em relação ao total de casos.

Faz-se necessário o detalhamento da categoria outros, que conta com a representação de 17 (6,9%) dos casos. Dentro dessa categoria os registros são: cunhados, médicos, vizinhos, pai de amiga e primos. O que evidencia que muitas vezes o agressor e a vítima se conhecem.

A Tabela 8 evidencia um tipo de relação entre o agravo cometido e o uso de drogas ou álcool pelo agressor. Nesse estudo, podemos observar que em 26,9% (66) dos casos o agressor realmente tenha feito uso de algumas das substâncias relacionadas. No que diz respeito a essa relação agressor e uso de álcool ou drogas temos uma perda de confiabilidade considerável, talvez pela dificuldade de confirmá-las com precisão, já que temos 153 (62,5%) das fichas registradas como ignorado ou sem registro (146 casos registrados como ignorados e 7 sem registro).

Tabela 8 – Frequência do uso de álcool / drogas pelo agressor.

FEZ USO	n	%
Sim	66	26,9%
Não	26	10,6%
TOTAL	92	37,5%

3.4 Características da Violência Sexual

Especificamente falando dos tipos de violência sexual, a Tabela 9 evidencia como ocorrem esses agravos. Cerca de 69% (169) dos casos foram de estupro, ou seja, o lado mais bárbaro da violência sexual. Porém, em segundo lugar no número de notificações está o atentado ao pudor, com 26,9% (66) dos casos nos três anos analisados pela pesquisa. O assédio sexual aparece com 25,7% (63) dos casos notificados.

Os registros historiam outras formas de violência sexual, dentre eles temos: atos libidinosos, sedução e tentativas de estupro; somados representam um percentual de 4,5% (11) dos casos. O número de fichas sem preenchimento desta variável corresponde a 13 casos (5,3%).

Tabela 9 – Frequência do tipo de violência sexual.

TIPOS	n	% do total (245)**
Assédio Sexual	63	25,7%
Estupro	169	69,0%
Atentado violento ao pudor	66	26,9%
Exploração Sexual	8	3,3%
Outros*	11	4,5%

* Ato Libidinoso, Sedução, Tentativa de estupro. ** Percentual do tipo de violência sexual em relação ao total de casos.

Aspectos específicos inerentes à violência sexual também foram contemplados. A Tabela 10 traz um demonstrativo dessa especificidade. Em relação ao tipo de penetração perpetrada pelo agressor, temos 54,7% (134) vaginal, seguidos por oral 14,7% (36) e anal 11% (27), respectivamente.

Nesse aspecto, podem ser observadas possíveis falhas no que diz respeito ao preenchimento, visto que na opção penetração oral teve 13 casos (5,3%) sem registro e 51 casos (20,8%) como ignorado. Nos registro de penetração anal, as notificações apontaram 16 casos (6,5%) sem registro e 52 casos (21,2%) registrados no item ignorado. Na penetração oral, os valores chegaram a 13 casos (5,3%) sem registro e 40 casos (16,3%) como ignorados.

Tabela 10 – Frequência do tipo de penetração.

TIPOS	n	% do total (245)*
Oral	36	14,7%
Anal	27	11,0%
Vaginal	134	54,7%

* Percentual do tipo de penetração em relação ao total de casos.

Analisando a Tabela 11, observa-se que esses agravos, em muitos casos, aconteceram mais de uma vez. Constatou-se que 65 (26,5%) casos se repetiram, segundo a investigação. Nesse aspecto ficam evidentes as deficiências nas notificações registradas, somando 52 (21,2%) casos, sendo 48 (19,6%) casos notificados como ignorados e 4 (1,6%) casos sem registro.

Tabela 11 – Distribuição de frequência do agravo.

Mais de uma vez	n	%
Sim	65	26,5%
Não	128	52,2%
Ignorado	48	19,6%
TOTAL	241	98,4%

A Tabela 12 expõe aspectos relevantes no que diz respeito aos casos de notificação de violência sexual em mulheres; trata-se dos agravos que ocorrem associados à violência sexual, em que, cerca de 67,8% (166) dos casos de violência sexual carregam consigo a agressão física. A violência psicológica / moral expôs dados alarmantes nesta pesquisa, com 62% (152) dos registros. Com relação à negligência / abandono, as notificações apontaram para 11,4% (28) dos casos. Tortura e violência financeira / econômica corresponderam, respectivamente, a 4,5% (11) e 0,4% (1). A opção outros também se fez presente na ficha de notificação e apresentou um percentual de 3,7% (9) das ocorrências. Nesse estudo não existiram casos de tráfico de seres humanos.

Tabela 12 – Frequência dos tipos de Violência associadas à violência sexual.

TIPO DE VIOLÊNCIA	n	% do total (245)**
Física	166	67,8%
Psicológico / Moral	152	62,0%
Negligência/ Abandono	28	11,4%
Financeira / Econômica	1	0,4%
Tortura	11	4,5%
Outros*	9	3,7%

* Cárcere Privado, Ingestão obrigatória de bebida alcoólica, Assalto, Ameaça. ** Percentual do tipo de violência sexual em relação ao total de casos.

Como consequências de um agravo tão traumático, neste estudo, a gravidez correspondeu à possibilidade mais frequente de acontecer, 3,7% (9) dentre os casos analisados. As DSTs caracterizam o segundo agravante, com 2,9% (7) de ocorrências, seguidas por tentativa de suicídio 3 (1,2%). Outras consequências como: sangramento, morte, tensão e infecções, totalizaram 5 (2%) casos (Tabela

13). Importante ressaltar que muito desses agravantes descritos na tabela são evitados se houver rapidez na notificação dos casos para que sejam tomadas as providências preventivas e encaminhamentos.

Tabela 13 – Frequência das consequências da ocorrência.

CONSEQUÊNCIAS	n	% do total (245)**
Gravidez	9	3,7%
DST	7	2,9%
Tentativa de Suicídio	3	1,2%
Outros*	5	2,0%

* Tensão, Sangramento, Morte, Infecções. ** Percentual das consequências da ocorrência em relação ao total de casos.

Outra questão importante que a pesquisa contemplou refere-se à subnotificação. Nesse aspecto, alguns dados são importantes serem evidenciados. Na opção aborto, 14 casos não havia registro (5,7%) e 31 (12,7%) como ignorados. Em relação à gravidez, existiram 15 casos (6,1%) sem registro e 34 (13,9%) como ignorado. No quesito DST, houve 15 casos (6,1%) sem registro e 36 notificados (14,7%) na opção ignorado. Para tentativa de suicídio, houve 17 casos (6,9%) sem registro e 22 (9,0%) notificados como ignorado. A opção outros foi descrita em 14 casos (5,7%) sem notificação e 31 (12,7%) notificados na opção ignorado.

Em relação ao número de envolvidos durante o agravo, a Tabela 14 expõe que em cerca de 72,2% (177) dos casos existia apenas um agressor envolvido. E que 13,9% (34) dos casos tiveram dois ou mais envolvidos. Nesse aspecto da ficha, apresentaram-se deficiências de registros que contabilizam 34 (13,9%) casos registrados como ignorados.

Tabela 14 – Frequência dos números de envolvidos.

NÚMERO DE ENVOLVIDOS	n	%
Um	177	72,2%
Dois ou mais	34	13,9%
TOTAL	211	86,1%

3.5 Características do Local da Violência

As particularidades da Tabela 15 apontam que, dentre as vítimas de violência sexual, 82 (33,5%) casos ocorreram no âmbito familiar, ou seja, dentro da própria residência; a via pública correspondeu a 44 (18%) dos casos, seguido por terreno baldio com 14 (5,7%) notificações. No ambiente de trabalho, foram registrados 5 (2,0%) casos, estabelecimento de saúde 3 (1,2%), bares, habitação coletiva, instituições de longa permanência e creches corresponderam igualmente com 2 (0,8%) casos cada.

Tabela 15 – Frequência de Distribuição do Local da Ocorrência.

LOCAL	n	%
Residência	82	33,5%
Habitação Coletiva	2	0,8%
Via Pública	44	18,0%
Ambiente de Trabalho	5	2,0%
Creche	2	0,8%
Estabelecimento de Saúde	3	1,2%
Instituição Socioeducativa	1	0,4%
Instituição de Longa Permanência	2	0,8%
Terreno baldio	14	5,7%
Bar ou Similar	2	0,8%
Outros*	61	24,9%
Ignorado	24	9,8%
TOTAL	242	98,8%

* Outros: matagal, casa do agressor, canavial, motel, rodovia, casa abandonada, bosque, usina, estacionamento, fazenda, carro, apartamento de amiga e clube Recreativo.

Um outro dado importante revela alguns números consideráveis, em que 61 (24,9%) das agressões foram registradas na opção outros locais (dentre os descritos na pesquisa, temos: matagal, casa do agressor, canavial, motel, rodovia, casa abandonada, bosque, usina, estacionamento, fazenda, carro, apartamento de amiga e clube recreativo). Outra informação contemplada trata-se das deficiências de

registros, que contabilizaram 27 (11%) entre os ignorados (24 casos) e 3 casos sem registro (Tabela 15). Não houve registros em instituições prisionais e escolas.

Observou-se, também, que a maioria dos casos das ocorrências aconteceram no perímetro urbano, atingindo 211 (86,1%) casos, seguido pela zona rural, 15 (6,1%) casos e periurbana com 13 (5,3%) respectivamente (Tabela 16). O número de casos registrados como sem registro correspondeu a 5 (2,0%) e uma (1) ficha (0,4%) como ignorado.

Tabela 16 – Frequência de casos por zonas de ocorrência em Ribeirão Preto/SP.

ZONA DE OCORRÊNCIA	n	%
Urbana	211	86,1%
Rural	15	6,1%
Periurbana	13	5,3%
Ignorado	1	0,4%
TOTAL	240	98,0%

3.6 Características dos procedimentos realizados e encaminhamentos.

A Tabela 17 apresenta um demonstrativo dos procedimentos indicados mediante os casos notificados. Indicadores mais expressivos apontam que 56,7% (139) deles foram realizados a profilaxia de DST. Em segundo lugar, aparece à profilaxia da Hepatite B, com 55,1% (135) dos casos, seguido por profilaxia do HIV com 54,3% (133) e coleta de sangue, 52,7% (129), respectivamente. Necessário ressaltar a importância desses procedimentos, para minimizar traumas desse agravo. Analisando os dados, a contracepção de emergência indicou 84 (34,3%) registros; para a coleta de secreção vaginal, os números apontam 68 (27,8%) dos casos, seguidos por comunicação de acidente de trabalho e aborto previsto por lei com 10 (4,1%) e 3 (1,2%) dos casos, respectivamente.

Tabela 17 – Frequência dos procedimentos indicados.

PROCEDIMENTOS	n	% do total (245)*
Profilaxia DST	139	56,7%
Profilaxia HIV	133	54,3%
Profilaxia Hepatite B	135	55,1%
Coleta de Sangue	129	52,7%
Coleta de Sêmen	48	19,6%
Coleta de Secreção Vaginal	68	27,8%
Contracepção de Emergência	84	34,3%
Comunicação de Acidente de Trabalho	10	4,1%
Aborto previsto por Lei	3	1,2%

* Percentual dos procedimentos indicados em relação ao total de casos.

Em relação às subnotificações, os valores são expressivos. Existindo 14 casos (5,7%) sem registro e 13 (5,3%) ignorados, nos itens profilaxia de DST e da Hepatite B. Na profilaxia do HIV, houve 13 casos (5,3%) sem registro e 14 (5,7%) assinalados como ignorados. A coleta de sangue apresentou 15 (6,1%) casos sem registro e 29 (11,8%) ignorados. Com relação à coleta de sêmen os números foram: 16 casos (6,5%) sem registro e 35 (14,3%) ignorados.

Na coleta de secreção vaginal, os valores foram 17 casos (6,9%) sem registro e 36 (14,7%) como ignorados. Contracepção de emergência, 16 casos sem registro (6,5%) e 37 (15,1%) registrados como ignorados. Comunicação de acidente de trabalho e aborto previsto por lei apresentaram os respectivos valores: 22 (9,0%) / 23 casos (9,4%) sem registros e 17 (6,9%) / 24 casos (9,8%) registrados como ignorados.

Além da importância da notificação, a evolução do caso ou encaminhamento para o setor de saúde é um dos dados mais relevantes do estudo. Sabe-se como esse agravo é severo tanto do ponto de vista físico como psicológico. Na Tabela 18, podemos observar que 60,4% dos casos foram encaminhados para o ambulatório durante o processo de notificação. Não houve registros de óbito no período de realização da pesquisa. Outra informação relevante, diz respeito à perda de

informações, pois os números evidenciam que 49 (20%) casos não foram registrados ou foram registrados como Ignorados (38 ignorados - 15,5% e 11 Sem registro - 4,5%).

Tabela 18 – Frequência da Evolução do Caso/Encaminhamento setor saúde.

EVOLUÇÃO	n	%
Alta	13	5,3%
Encaminhamento ambulatorial	148	60,4%
Encaminhamento hospitalar	34	13,9%
Evasão / Fuga	1	0,4%
TOTAL	234	95,5%

Encaminhamentos para delegacia especializada no atendimento à Mulher (DEAM) corresponderam a 58% (142) dos casos registrados, IML 53,9% (132) dos casos, outras delegacias, 30,6% (75) correspondem aos outros encaminhamentos (Tabela 18). Nela pode-se perceber que 67,8% (166) dos casos, portanto a maior parte foram encaminhados para a opção outros que, em sua maioria, são instituições de auxílio às mulheres vitimizadas pela violência de gênero, como o GEAVIDAS, HC/UE, SEAVIDAS e Instituições Jurídicas.

Tabela 19 – Frequência de encaminhamento a outros setores.

SETOR	n	% do total (245)**
Conselho tutelar	44	18,0%
Vara da infância / Juventude	11	4,5%
Casa Abrigo	4	1,6%
Programa Sentinela	10	4,1%
Delegacia Especializada da Mulher	142	58,0%
Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente	3	1,2%
Outras delegacias	75	30,6%
Ministério Público	12	4,9%
Centro de Referência da Mulher	17	6,9%
Centro de Referência da Assistência Social / CRAS	12	4,9%
IML	132	53,9%
Outros *	165	67,3%

* GEAVIDAS, HCUE, SEAVIDAS e INSTITUIÇÕES JURÍDICAS ** Percentual de encaminhamentos em relação ao total de casos.

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado por meio de um levantamento dos casos notificados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) acerca da violência sexual em mulheres no Município de Ribeirão Preto – SP, contemplando uma faixa etária igual ou superior aos 14 anos de idade, nos anos de 2006 a 2008. E teve como propósito caracterizar não somente a vítima da violência sexual, mas o tipo de agressão, o agressor e outros aspectos inerentes ao local do ocorrido, encaminhamentos e assistência prestada.

A cidade de Ribeirão Preto está situada no interior do estado de São Paulo – SP e possui uma população residente de 604.682 pessoas, sendo 290.171 homens e 314.511 mulheres (BRASIL, 2010).

Mediante o registro de casos notificados foi possível observar que houve aumento de casos notificados com o passar dos anos. Totalizando 245 casos notificados, sendo 71 no ano de 2006, 84 em 2007 e 90 em 2008 (Gráfico 1).

Figura 2 – Distribuição do número de casos notificados de violência sexual por ano.

Observa-se um avanço gradual do número de casos notificados, possivelmente uma das causas não signifique apenas o aumento da violência propriamente dita, pois segundo Gonçalves e Fagundes (2002) uma justificativa deve-se a diminuição das subnotificações no Brasil.

Outras medidas que auxiliam na exposição do assunto para a sociedade são: as leis, portaria, delegacias especializadas, melhoria ou pioneirismo na assistência às vítimas de violência sexual, tais como o sistema de notificação direcionados ao que norteia a violência sexual em mulheres. Todos esses aspectos contribuem para o aumento do número de casos notificados.

4.1 Caracterização: mulheres em situação de violência.

A preocupação com a violência sexual está sendo fomentada em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 1999). Contudo, a maior parte dos estudos são realizados com metodologia diferente e por meio de questionários diversificados, aplicados em escolas ou por telefone, podendo comprometer os resultados encontrados (MARINHEIRO et al., 2010, AMARAL, 2002 e GIFFIN, 1994). Em virtude dessa realidade, o estudo fez uso exclusivo dos dados oficiais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, sendo esse, polo central e captador de todos os registros que envolvem a violência sexual. Sendo necessário, portanto, ter cautela na análise e na interpretação dos resultados.

Em um estudo de caráter universal, estima-se que a prevalência mundial de violência de gênero, que também inclui a sexual, oscila entre 16 a 30%. No Canadá, 29% das mulheres de 18 a 40 anos referiram ter sofrido agressão física, perpetrada pelo companheiro ou ex-companheiro. No Reino Unido, cerca de 25% das mulheres já relataram episódios de violência física, enquanto nos Estados Unidos até 28% das mulheres já foram agredidas fisicamente pelo companheiro alguma vez na vida. No Chile e na Nicarágua, em 1996, a prevalência de violência de gênero praticada pelo companheiro foi de 26% e 52%, respectivamente, alguma vez na vida (Tuesca e Borda, 2003). Ou seja, a prevalência da violência contra mulher é alta.

No presente estudo, os resultados evidenciam que a faixa etária predominante, nos casos notificados de violência sexual, abrange dos 14 aos 19 anos (36,33%), contudo, se somarmos a faixa etária predominante com a subsequente (20 a 29 anos – 35,51%), obtêm-se os expressivos 71,84% casos notificados, acenando para a vulnerabilidade em mulheres abaixo dos 30 anos de idade.

Expressiva vulnerabilidade possivelmente se fundamenta a partir de relações que poderiam ser de confiança e proteção, mas que, no entanto, são usadas como pretexto para a violência. Segundo Diniz et al. (2007) e Lopes et al. (2004), no ambiente doméstico, na maioria das vezes, essas mulheres que vivenciam situações de violência constroem uma identidade social que se reproduz por várias gerações.

Os percentuais obtidos neste estudo realizado em Ribeirão Preto – SP são compatíveis com outros que também já mencionavam a relação estabelecida entre a vivência da violência e a idade jovem. Pesquisas importantes observaram que a violência sexual acometeu 37,7% de crianças, 31,3% de adolescentes e 31% de adultas, afirma Reis et al. (2004a). Segundo Minayo (1994) e Reis et al. (2004b), esses dados confirmam que há grupos de pessoas que estão mais vulneráveis à violência, entre os quais se encontram as mulheres jovens.

Seguindo um fluxo contrário da maioria da literatura, em que estudos têm demonstrado que a violência segue um padrão étnico que teriam pardos e negros como destaques (NORONHA et al. 1999, DINIZ et al. 2007 e DREZETT, 2000). Estudos internacionais também demonstram algum tipo de associação da vitimização infanto-juvenil em relação à cor, com predominância da raça negra, explica Rickert et al. (2004).

Entretanto, a presente pesquisa realizada na cidade de Ribeirão Preto – SP indica que 62,4% dos casos registrados foram notificados como de cor branca. Marinheiro e Vieira (2006), em estudo realizado na região Sudeste, não encontraram associações entre violência sexual contra mulher e cor/etnia. Porém, em um estudo recente realizado por Guimarães e Villela (2011) na região Nordeste, os pesquisadores atestam que, dentre as vítimas encaminhadas ao IML/Maceió, existia uma predominância de violência contra mulheres pardas.

Similar aos resultados encontrados nesta pesquisa, um outro estudo que também analisada a violência sexual em uma capital do Nordeste do Brasil, ratifica que a violência contra a mulher foi predominante entre pardas e brancas, afirmam Gomes et al. (2006).

Vieira et al. (2011), em seus estudos, constata que mulheres com níveis educacionais mais altos teriam mais recursos para alcançar maior independência e

poderiam ter mais habilidade para reconhecer e romper relacionamentos abusivos. Babu & Kar (2010) e Xu et al. (2005) afirmam que em pesquisas realizadas em países como China e Índia, o nível de escolaridade acaba sendo um fator de proteção contra a violência.

As associações realizadas no presente estudo evidenciaram também essa realidade, pois 55,5% casos de agressão eram apenas contra mulheres alfabetizadas, contrastando com 7,3% de nível superior. Delineando possíveis associações que surgem como explicação para que esse tipo de violência ocorra, em sua maioria, entre mulheres de baixa escolaridade.

Schraiber et al. (2007), explicam que as mulheres de baixa escolaridade não enfrentam os desafios de gênero e as de escolaridade alta gozariam de situação de poder menos desigual. Estudo realizado por Ribeiro (2002) e Faleiros (2010) apontou que 77,3% dos autores de abuso sexual da amostra estudada possuíam o ensino fundamental incompleto.

As notificações acerca da situação conjugal dos casos notificados de violência sexual em mulheres do município de Ribeirão Preto – SP apontaram que 68,6% eram solteiras. Lopes et al. (2004) e Andrade et al. (2001) em seus estudos relataram números similares aos levantados nessa pesquisa. Nota-se uma transição no perfil da mulher violentada sexualmente no município de Ribeirão Preto – SP, visto que, Marinheiro et al. (2004), em um estudo realizado também nessa cidade deparou-se com um número de divorciadas e viúvas (28% e 25% respectivamente) maior do que o detectado na atual pesquisa.

O portador de deficiências de qualquer modalidade - seja visual, auditiva, física ou mental - encontra-se em uma posição de grande vulnerabilidade em relação ao não portador, sendo frequentemente marcante a assimetria das relações de poder na interação entre ambos. Tal assimetria de relação hierárquica é multiplicada, conforme a severidade de cada caso, sendo ampliada se o portador de necessidades especiais pertencer a um outro grupo de risco, como por exemplo, se for mulher ou criança (WILLIAMS, 2003).

A violência floresce e flui com maior intensidade quando há desigualdade de condições entre vítima e agressor (WILLIAMS, 2003). A Ficha de notificação /

investigação individual / violência doméstica, sexual e/ou outras violências – Ministério da Saúde contempla aspectos que buscam descrever a existência ou não de alguma deficiência nas vítimas de violência sexual. Em nossas investigações, os indicadores apontaram que em sua grande maioria, as mulheres notificadas não possuíam qualquer deficiência (84,9%). Esse número é instigante, pois, pressupõe que, para o agressor, qualquer situação de vulnerabilidade acarretaria uma situação de risco para as mulheres e facilidade para o meliante.

Caracterização do Agressor: Inimigo Oculto...

As notificações de violência sexual do município de Ribeirão Preto – SP, em que o estudo foi fundamentado, traz consigo números que, em um primeiro momento caracterizam a violência sexual seguindo um fluxo contrário da maior parte da literatura atual. Muitas vezes, por trás desse agravo aterrorizante e sombrio, esconde-se um rosto familiar.

O estudo observou que apenas 9,4% dos casos notificados de violência sexual foram perpetrados pelos cônjuges e 2% pelos namorados. Há uma maior possibilidade de o agressor ser alguém desconhecido, o que corresponde a 43,3% dos casos. Outros indicadores descrevem que 15,1% das agressões registradas foram cometidos por amigos / conhecidos, demonstrando também que o agressor pode ser alguém próximo à vítima.

Grynbaum et al. (2001) e Herbert et al. 1992, em estudo bibliográfico, referiram uma prevalência de violência contra a mulher praticada pelo companheiro entre 21 a 34%. Em Israel, a prevalência foi de 39% e 20% das mulheres grávidas referiram alguma complicação, no pré-natal ou no parto, decorrente da violência sofrida durante a gestação.

Wilt e Olson (1996) e Lopes et al. (2004), em seus estudos que também contemplava a violência sexual, relataram uma prevalência entre 8 a 22% para ocorrência de violência contra a mulher, alguma vez na vida nos Estados Unidos. Jewkes et al. (2001), descreveram que entre 19,1 e 28,4% das mulheres sul-africanas, entrevistadas no próprio domicílio, relataram algum episódio de violência

física como a violência sexual, alguma vez na vida, perpetrada pelo companheiro ou ex.

Outro estudo que reafirma essa constante é de Rodrigues & Guerra (1996), que relataram em seu trabalho realizado em Guadalajara, México, que 46% das mulheres entrevistadas referiram algum tipo de violência, cometida pelo companheiro ou ex-companheiro, com 33% delas referindo algum tipo de violência psicológica, 19% física e 12% algum episódio de violência sexual.

Contudo, se somarmos (Pai, mãe, padrasto, cônjuge / ex-cônjuge, namorado / ex-namorado, amigos), evidencia que o agressor faz parte do contexto social e familiar da vítima, com um percentual expressivos 37,5% de todos os casos notificados (Tabela 7). Possivelmente seja mais difícil para a mulher denunciar casos que envolvam indivíduos conhecidos. No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual é de 28,9% em São Paulo, SP, e de 36,9% na região da Zona da Mata de Pernambuco (SCHRAIBER et al., 2007). Vieira et al. (2011) em seu estudo de prevalência acerca da violência perpetrada por parceiro íntimo no município de Ribeirão Preto – SP indicou que a prevalência de violência pelo menos uma vez na vida foi de 34,5%.

É cada vez mais habitual perceber jovens, tanto homens quanto mulheres que acabam vivenciando, em decorrência do consumo de álcool, uma situação de abuso ou intimidação sexual, sem que tenham percepção ou visão crítica sobre o ocorrido, fazendo com que sua intimidade e sexualidade fiquem expostas de forma primitiva e desvinculadas de qualquer sentido afetivo ou sexual.

A associação entre violência contra mulher e o uso de bebidas alcoólicas tem sido observada em pesquisas realizadas em países como EUA, Reino Unido, Austrália e Suíça. Pesquisas norte-americanas apontam que em 50% a 70% dos casos de violência entre casais houve consumo de álcool pelo marido antes da agressão, afirmam Holmes et al. 1998, Kyriacou et al. (1998) e Lipsky et al. (2005). Outro estudo que também aborda a violência sexual realizado por Brookoff et al. (1997) e Giffin (1994) constaram que 86% dos casos referentes às chamadas policiais por violência contra a mulher nos EUA, os agressores haviam consumido álcool no dia da agressão.

Na América Latina, em um estudo abrangendo oito cidades (Salvador e Rio de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile; Cali, Colômbia; San José, Costa Rica; San Salvador, El Salvador; Caracas, Venezuela), 68% dos agressores tinham consumido álcool antes de agredirem suas mulheres, afirma Martín (1999). Em um estudo realizado no Brasil, Noto et al. (2004) executou um levantamento domiciliar e mostrou que os agressores estavam embriagados em 52% casos.

O presente trabalho detectou que apenas 26,9% dos agressores que perpetraram violência sexual haviam feito uso abusivo de álcool. Trata-se de uma informação importante para as relações entre uso do álcool vs violência sexual contra mulheres, porém, trata-se de uma informação, quase em sua totalidade, referida pela vitimizada. Tal informação abre espaço para um viés de interpretação, pois a comprovação do uso abusivo do álcool se faz por meio do teste de alcoolemia.

Vieira et al. (2011) em seu estudo no município de Ribeirão Preto – SP relata que entre as respondentes, 16,5% declararam fazer uso de álcool frequentemente, 7,1% referiram uso uma vez por mês e 76,3 referiram uso ocasional; 7,2% referiram uso atual ou anterior de drogas. A chance de sofrer violência foi maior para usuários frequentes de álcool e/ou drogas. O uso de álcool pela entrevistada aumentou em duas vezes sua chance de sofrer VPI (violência por parceiro íntimo) e o uso de droga, em pelo menos três vezes.

A chance de sofrer violência foi maior para mulheres com parceiro usuário de álcool com grande frequência e que usava ou já havia usado drogas. O risco de VPI aumentou em 59% com o uso frequente de álcool e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo parceiro. Cerca de 30,0% das mulheres vivenciaram problemas de dinheiro, com familiares ou outros, devido ao uso da bebida do companheiro, o que representou pelo menos três vezes o risco de VPI (VIEIRA et al., 2011).

Importante ressaltar que essa informação foi preenchida corretamente, na ficha de notificação de violência sexual contra a mulher, em apenas 37,5% do total de casos registrados, o que evidencia uma dificuldade de operacionalizar, em sua completude e de forma confiável, essa informação.

Violência sexual: marcas que vão além do sofrimento físico.

Traumas físicos, psicológicos, preconceito e dificuldades nas relações sociais são comuns em vítimas da violência sexual e tendem a se perpetuar por longos períodos. A violência sexual deixa marcas que ecoam por um longo tempo na vida da mulher vítima desse agravo. Enganam-se os que pensam que a violência sexual se limita apenas ao estupro, sendo esse, um dos capítulos ou o capítulo final dessa triste realidade. A violência sexual engloba agravos como o assédio sexual, atentado violento ao pudor, pornografia infantil, exploração sexual e atos libidinosos são alguns exemplos (VIEIRA et al., 2011 e SILVIEIRA et al., 2010).

Entretanto, nossos números são condizentes com os da literatura, em que a maior parcela dos casos registrados corresponde ao agravo maior, existindo uma representação considerável de 69% dos casos ligados ao estupro. No Brasil, entre os anos de 1999 e 2000, houve 54.176 registros de crimes sexuais, dos quais 30.003 foram casos de estupro. Alguns autores afirmam que os números de casos encontrados nos registros policiais não representam os casos que aconteceram na realidade (LOPES et al., 2004 e BRASIL, 1999). Talvez seja mais fácil para a vítima revelar e comprovar o estupro do que as outras formas de violência sexual.

Em um estudo realizado no município de Ribeirão Preto – SP, Vieira et al. (2011) relata que o abuso sexual foi descrito por 22,5% das mulheres. No presente estudo, a porcentagem encontrada foi similar ao estudo de Vieira et al. (2011), representando 25,7% dos casos registrados. Na pesquisa de Vieira et al. (2011) a chance de violência aumenta em duas vezes e meia entre mulheres com história de abuso sexual e em três vezes se o parceiro foi agredido na infância.

Em relação ao estupro, considerado como coito vaginal, o presente estudo constatou 54,7% dos casos, e em 11% associou-se ao coito anal. Lopes et al. (2004) relatou em seu estudo frequência semelhante ao presente estudo, em que os valores correspondentes ao tipo de penetração vaginal foram 53,9% dos casos, mas na penetração anal, os indicadores descreveram 6,9% dos casos.

Nas associações entre violência sexual e outro tipo de violência Schraiber et al. (2002) relataram que 40% das mulheres entrevistadas em alguns serviços de saúde da grande São Paulo, mencionaram algum episódio de violência física

exclusiva ou conjugada com violência sexual, sendo que 5% confessaram apenas a ocorrência de violência sexual e 2% das mulheres relatam ter sofrido violência sexual antes dos 12 anos. Os dados evidenciam um acréscimo de mais ou menos 28% (sendo o total de 67,8%) se comparar Ribeirão Preto com a grande São Paulo. Extraíndo como referencial as respectivas proporções populacionais de cada uma, fica evidente o alarmante número encontrado em nossa pesquisa.

No mesmo estudo, Schraiber et al. (2002) descreveram que 27% das entrevistadas referiram ter sofrido violência física alguma vez na vida, 10% relataram episódios de violência sexual, sendo que 8% delas estavam grávidas no momento da agressão. No que diz respeito ao município de Ribeirão Preto – SP, Vieira et al (2011) realizou, em 2008, um levantamento com 504 mulheres usuárias do sistema de saúde de Ribeirão Preto – SP que tinham histórico de violência física.

Kronbauer & Meneguel (2005), Ellsberg et al. (2000) e Heise et al. (1999) afirmaram, em suas pesquisas, que a violência física é normalmente acompanhada pela psicológica e de um terço à metade dos casos, também por violência sexual. Alguns dados mais recentes que reforçam o que foi mencionado são as Secretarias de Políticas para Mulheres (SPM) que registraram, em 2009, por sua Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), quase 41 mil relatos de violência contra a mulher, o que representou 10,2% dos atendimentos, que incluem pedidos de informação, prestação de serviços, reclamações, sugestões e elogios.

Sabe-se também que existem consequências de caráter psicológico para as vítimas e que, muitas vezes, são mais agressivas do que as sequelas físicas, afirma Azevedo (2000) e Vieira (2010). Nosso estudo acusou que em 62% dos casos de mulheres violentadas sexualmente havia também o registro da violência psicológica / moral. Segundo o IBGE (2010), do total de relatos de violência, cerca de 22 mil (53,9%) referiam-se à violência física e mais de 13 mil (33,2%) relatavam violência psicológica, enquanto 576 (1,4%) eram casos de violência sexual.

Características do local da violência

Alguns indicadores presentes no estudo tendem a evidenciar essa característica íntima entre agressor e vítima. Um dos indicadores é frequência de distribuição quanto ao local da ocorrência. Os dados encontrados nos levam a pensar que as vitimizadas se encontravam no exercício de suas atividades habituais, sendo possível identificar que 33,5% dos casos encontravam-se em suas residências. É possível perceber quanto é amplo e diversificado os locais das agressões que trilham entre matagal, motéis, clubes recreativos, carro, estacionamentos e ambientes de trabalho.

Na literatura, estudos como os de Drezett et al. (2001), Onostre (2000) e Ribeiro (2004) concordaram com os resultados encontrados nesta pesquisa em relação ao local de ocorrência da agressão sexual. Em se tratando de mulheres na transição pré-adolescência e adolescência, o ambiente, na maioria das vezes, foi familiar, ou seja, na própria residência da vítima ou do agressor, já que muitas vezes o agressor é um familiar ou conhecido da vítima, desfrutando de sua confiança, tornando-se mais fácil o abuso sexual em suas diversas formas.

Com relação à frequência de casos nas zonas urbanas e rurais pode-se afirmar que não existe uma violência rural e outra urbana, mas, sim, expressões rurais e urbanas da violência. Propensões de exploração do trabalho infanto-juvenil em áreas rurais, exploração sexual, tradições, costumes e culturas tendem a ser levadas em consideração.

O estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que 37% das mulheres que vivem na zona rural sofreram violência física e sexual de seus parceiros, enquanto na cidade, 29% são vítimas. Das mulheres que vivem na zona rural do País, 5% são agredidas por não cumprirem as tarefas domésticas, 10% por desobedecerem ao marido, 30% por infidelidade e 65% porque seus parceiros são agressivos e controladores, afirma Krug et al. (2002).

O estudo produziu indicadores que revelam que 86,1% dos casos notificados de violência sexual foram acometidos na zona Urbana, talvez por Ribeirão Preto – SP ser um grande centro urbano e não possuir vasta região rural que justifique os números.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que 37% das mulheres que vivem na zona rural sofrem violência física e sexual de seus parceiros, enquanto na cidade 29% são vítimas, o que evidencia que, das mulheres que sofrem agressões físicas, 61% moram em cidades (zona urbana). Outro estudo, afirma que 16% sofrem agressões físicas graves e 12% agressões leves (SCHRAIBER et al., 2002). O estudo entrevistou 1.500 mulheres em países como Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia, Tailândia e República Unida da Tanzânia. Destes, a Etiópia lidera o ranking da violência contra as mulheres com 71%, e o Japão é o menos violento com 15%.

MEDIDAS MEDIANTE A NOTIFICAÇÃO

Nos últimos anos o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual tem merecido atenção de diversos setores sociais, particularmente, das organizações de mulheres e de associações médicas. Essas mobilizações em torno do tema resultaram na criação de serviços que atendem mulheres vítimas de violência sexual e doméstica, bem como de instrumentos jurídicos e legais, permitindo melhor atendimento das vítimas.

Os profissionais da área da saúde que atendem as vítimas de violência sexual devem usar sua experiência e conhecimento científico para esse momento difícil vivido por elas, em que estão precisando de apoio emocional e eficiência no atendimento. Vieira et al. (2009) e Ferrante et al. (2009) salientam que a inter-relação com a vítima pode ter influência positiva ou não, se houver uma assistência humanizada ou negativa, se a relação for discriminatória, estigmatizadora e preconceituosa.

O estudo buscou contemplar informações contidas nas fichas de notificação compulsória que delineassem características nessa etapa importante da violência sexual a mulheres. Entendendo que, na maioria dos casos, mais de um procedimento preventivo é aplicado após a violência sexual, os números evidenciaram que os procedimentos das profilaxias (DST, HIV e Hepatite B) eram realizados numa faixa de 52,7% a 56,7% dos casos. A coleta de sangue também se fez representada em 52,7% dos casos.

Campos et al. (2005) em seu estudo em uma cidade também do interior paulista, Sorocaba, relatam que no primeiro período, nos atendimentos em que houve indicação de quimioprofilaxia anti-HIV, do total de 22 atendimentos (52,3%), a sorologia anti-HIV do agressor foi conhecida em três situações e, estando negativas, possibilitaram a interrupção de 13,6% de tratamento. No segundo período, de 46 casos indicados (27,3%), foi conhecida a sorologia anti-HIV do agressor em 16 situações e, sendo igualmente negativas, representaram 34,8% de interrupção na profilaxia.

Considerando a complexidade da situação e das consequências impostas às vítimas de violência sexual, o atendimento deve ser amplo e integral, havendo necessidade de uma abordagem multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2005; SANTOS et al., 2011; CAMPOS et al., 2005). A criação de um serviço de atendimento às vítimas de violência sexual, em um modelo multiprofissional, reafirma o compromisso da universidade com as demandas emergenciais de saúde.

Os encaminhamentos são fundamentais para que a eficácia e eficiência do atendimento sejam realizados em sua completude. O estudo abrangeu dois aspectos em relação aos encaminhamentos. Foram selecionadas informações inerentes aos encaminhamentos aos setores da saúde e aos setores categorizados como outros que englobam instituições jurídicas, polícia, centros de apoio. Há uma porcentagem de 60,4% direcionados aos encaminhamentos ambulatoriais.

As informações inerentes à frequência de encaminhando para outros setores caracterizam duas vertentes: a primeira sendo os encaminhamentos para as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), 58% dos casos, e a segunda foi caracterizada pelos encaminhamentos direcionados ao Instituto Médico Legal, com 53,9% dos encaminhamentos. Evidencia-se assim, a importância do atendimento em sua completude, como medida repressora e preventiva de novos casos de violência contra a mulher.

Vale destacar que, no Brasil, dos 5.565 municípios existentes, apenas 274 contam com atendimento judicial especializado na questão de violência doméstica e familiar contra a mulher. O maior número deles está no Estado de São Paulo, com 41 municípios que contam com esse serviço, seguido de Minas Gerais, com 26. Distrito Federal e Amapá não oferecem esse tipo de atendimento especializado. O

número de município com delegacia de polícia especializada no atendimento à mulher é um pouco mais alto 397 em todo o país, sendo 120 no Estado de São Paulo – incluindo Ribeirão Preto e 49 em Minas Gerais. Roraima tem esse tipo de unidade de segurança em apenas um município, segundo o IBGE, (2010).

A Lei Maria da Penha talvez seja a que tenha mais representação e maior reconhecimento perante a sociedade, sendo uma grande força no combate à violência de gênero. Balanço do CNJ (Conselho Nacional de Justiça) divulgado recentemente aponta que, em quatro anos, 9.715 pessoas foram presas em flagrante com base na Lei Maria da Penha, que pune a violência contra a mulher.

O balanço considera processos distribuídos nas varas e juizados especializados no tema desde a entrada em vigor da lei, em Agosto de 2006, até Julho de 2010, contemplando assim os anos envolvidos no estudo. No período, foram distribuídos mais de 330 mil processos envolvendo a lei, mas apenas um terço --111 mil-- resultou em decisão. Além dos presos em flagrante, o balanço aponta que foram decretadas 1.577 prisões preventivas (BRASIL, 2011).

O objetivo deste estudo foi tentar servir como uma fotografia da violência sexual em mulheres no município de Ribeirão Preto – SP e, assim sendo, colaborar junto às leis que protegem as mulheres. Entretanto, existem ainda algumas limitações, exemplo disso é que, atualmente, o CNJ não possui informações detalhadas de todas as varas e juizados especializados no país - são 52 unidades em todos os Estados, exceto Sergipe, Paraíba e Rondônia. Segundo o CNJ, Paraíba e Rondônia prometeram instalar uma unidade em curto prazo (BRASIL, 2011).

Nos locais onde não há unidades especializadas, as varas criminais acumulam competência para processar e julgar os procedimentos da Lei Maria da Penha. Os números podem ser maiores, já que os tribunais de muitos estados catalogam processos e decisões de forma diferente. Para corrigir as distorções, o CNJ realiza estudos para padronizar as informações em todo o país. A estrutura do Judiciário envolvida no atendimento às mulheres nas unidades especializadas contava, no período, com 480 pessoas entre juízes, servidores, psicólogos e assistentes sociais (BRASIL, 2011).

NOTIFICAÇÕES E SUAS DIFICULDADES

Identificar as limitações e dificuldades das notificações foi um dos objetivos traçados como meta do estudo. O instrumento de coleta utilizado foi a ficha de notificação / investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Essa ficha deve ser utilizada para as notificações de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres, independente da faixa etária, em conformidade com o manual instrutivo da ficha.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) afirma que a notificação é de responsabilidade da Unidade de Saúde como um todo e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, sendo dever de todos estar atentos e comprometidos com o acompanhamento dos casos. Nos episódios de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deverá ser feita em três vias, conforme preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nessa situação, a terceira via deverá ser encaminhada, obrigatoriamente, para o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente da localidade e/ou para as autoridades competentes.

Em Outubro de 2001, foi publicada a Portaria nº 1.968, que dispõe sobre a notificação dos casos de maus-tratos e resolve:

Art. 1º Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título, do Sistema único de Saúde - SUS deverão notificar, ao Conselho Tutelar da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos. Art. 2º Definir que a notificação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, [...] observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento (2001, s/p).

Muitas vezes, direcionamos nossa atenção apenas para a morosidade dos serviços jurídicos e de apoio. Entretanto, os serviços de saúde também expõem falhas relevantes em relação ao trabalho integrado nos casos de violência. A falta de informações nos relatórios de atendimento prejudica a atuação das instituições legais e de apoio, afirma Habigzang et al. (2006). O que se percebe é uma inércia no sentido de trabalhar de forma integrada. Para que haja uma conduta coerente e que

a vitimizada seja realmente protegida, deve-se abandonar a suposta independência profissional, declaram Amazarray & Koller (1998).

O estudo constatou resultados importantes em relação à subnotificação das variáveis envolvidas. A análise indicou que, dentre as questões envolvidas no estudo, o índice de subnotificação variou de 1,2% e 62,5%. O indicador relacionado à frequência do uso do álcool / drogas pelo agressor representou a maior porcentagem de subnotificações (62,5%). Uma das possíveis justificativas deve-se ao fato dessa informação ser referida pela vítima, sendo que uma das possibilidades de comprovação do uso abusivo do álcool é mediante a aplicação de um teste de alcoolemia no agressor.

Outra vertente possível, que possa justificar tais dados deve-se ao fato da violência contra a mulher e os transtornos por uso abusivo de substâncias como o álcool, muitas vezes, não são detectados pela vítima. Os profissionais não se sentem à vontade para perguntar às mulheres sobre violência sexual e problemas com substâncias psicoativas e as pacientes não se sentem confortáveis em relatá-los (BERGAMO et al., 2000; DREZETT, 2000).

Essas são condições e experiências dolorosas associadas à vergonha e ao estigma da vítima. Sentimentos de culpa por acreditarem que, de certa forma, provocaram a violência, também contribuem para a subnotificação. Tanto as pacientes como os profissionais podem sentir que não vale a pena levantar tais assuntos, pois ambos sentem-se impotentes para resolver a situação e temem criar ainda mais dificuldades.

De uma maneira geral, outros fatores que podem ser apontados como barreiras à notificação dos casos são o medo de denunciar, a insegurança no sistema legal, e o silêncio da vítima por diversos motivos, tais como o constrangimento e o receio de humilhação. No Brasil, estima-se que menos de 10% dos casos chegam às delegacias, afirmam Ribeiro, Ferriani e Reis (2004).

De acordo com Gonçalves et al. (2002), a subnotificação realizada pelos órgãos de saúde se deve às dificuldades na identificação da violência, na conceituação do que seja uma conduta abusiva e quais condutas devem ser denunciadas. A partir de então, existe um procedimento a ser seguido para a

realização da denúncia que deve ser conhecido. O desconhecimento dos procedimentos legais, portanto, é outro entrave à notificação. Divulgar melhor os serviços existentes e como proceder diante de suspeita ou constatação do abuso é urgente não apenas para os profissionais de saúde, como também para a população em geral (GONÇALVES et al., 1999).

No estudo realizado em Feira de Santana, a violência sexual apresentou um tímido percentual de denúncias, totalizando 5,2% do número de casos registrados. Dentre esses, 23,8% foram realizados por familiares e 29% não possuía registro do agressor. Contudo, conforme Costa et al. (2007) essa prevalência reflete, na verdade, o alto índice de subnotificação dos casos de violência sexual, fazendo com que a real prevalência desse abuso seja pouco conhecida.

O problema da subnotificação é potencializado pelo fato de que grande parte dos casos ocorrerem em âmbito familiar, longe dos olhos de quem possa impedi-los, proporcionando, assim, um ambiente propício para o agressor cometer as suas atrocidades.

As dificuldades expostas sinalizam uma rede institucional que funciona de forma deficitária no combate à violência contra a mulher, por motivos de variada complexidade. A detecção do abuso requer uma rede de apoio, que extrapola os serviços de saúde, para que os problemas identificados sejam realmente resolvidos (BRASIL, 2005). Sem uma rede de serviços estruturada, a denúncia corre o risco de se tornar apenas um elemento estatístico de validade duvidosa.

A notificação dos casos é imprescindível para a investigação do fenômeno e para o planejamento de estratégias no combate da violência (GONÇALVES & FERREIRA, 2002). É um poderoso instrumento de política pública, pois permite dimensionar a violência na família e apreender sua dinâmica, determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e o desenvolvimento de pesquisas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indicou um aumento nos números de casos notificados durante os três anos pesquisados, podendo ser relacionado a dois fatores: Primeiro fator deve-

se ao real crescimento do número de casos de violência sexual contra mulheres no município de Ribeirão Preto – SP. Segundo fator faz relação ao número maior de notificações, mediante as leis, movimentos e aporte que tendem a criar um ambiente de segurança e apoio às vítimas da violência sexual. A relevância do trabalho deve-se ao fato de testemunhar esse agravo como um grave problema de saúde pública.

Importante salientar a necessidade de sempre existir uma atualização das fichas de notificação com bases nos estudos, nos levantamentos recentes, nos indicadores de subnotificação, assim como cursos e treinamentos para os profissionais envolvidos nos atendimentos às mulheres vítimas da violência são imprescindíveis para potencializar e qualificar esse atendimento.

Ressalta-se que o combate e prevenção dos casos de agressão dependem de ações conjuntas, quais sejam: a educação, para entender o problema e seus agravantes, a criação ou atualização das leis, a assistência eficiente e, principalmente, o comprometimento da sociedade na construção de cidadãos formadores de opinião, responsáveis e interessados em exercitar plenamente sua cidadania.

Em conclusão, por mais que se estudasse um fenômeno complexo, foi possível descrever a frequência das variáveis envolvidas, as dificuldades de notificação, as limitações de informações e as subnotificações que contribuíram para descrever e caracterizar a violência sexual, no município de Ribeirão Preto – SP, o que contribui para a formulação de políticas públicas de combate à violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS:

ACKERMAN, D.R.; SUGAR, N.F.; FINE, D.N.; ECKERT, L.O. **Sexual assault victims: factors associated with follow-up care**. Am J Obstet Gynecol 2006; 194:1653-9.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Medical examination and treatment for victims of sexual assault: evidence-based clinical practice and provider training**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2003.

AMARAL, C. C. G. **Violência em delegacias da mulher no Nordeste**. In: Gênero e Cidadania. Coleção Encontros. PAGU/Núcleo de Estudos de Gênero, 2002.

AMAZARRAY, M. R.; KOLLER, S. H. **Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 11, n. 3, p. 559-578, 1998.

AMERICA'S WATCH. **Injustiça criminal X a violência contra a mulher**. Rio de Janeiro, Human Rights Watch, 1992.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Sexual assault educational bulletin**. Int J Gynaecol Obstet 1998; 60:297-304

ARAÚJO, M. J. O. **Conferência do Cairo – O monitoramento da implementação do Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento no Brasil**. In: Advocacy em Direitos Reprodutivos e Sexuais. Workshops Nacionais – Além do Cairo e de Beijing: Fortalecendo as Organizações de Mulheres no Brasil(Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento – AGENDE, org.), pp. 56-58, Brasília, 1999.

AZEVEDO, M. A. **Notas para uma teoria crítica da violência familiar contra crianças e adolescentes**. In: AZEVEDO, Maria A., GUERRA, Viviane N. de A. (org).

Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2000.

BABL, F. E; COOPER, E. R; DAMON, B; LOUIE, T; KHARASCH, S; HARRIS, J. A. **HIV postexposure prophylaxis for children and adolescents**. Am J Emerg Med [periódico na internet]. 2000. [acessado em 11 Abr 2010]; 18(3):282-7. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>

BABU, B.V.; KAR, S.K. **Domestic violence in Eastern India: factors associated with victimization and perpetration**. Public Health. 2010;124(3):136-48.

BAPTISTA, M; MINAYO, M.C.S; AQUINO, M.T.C; SOUZA, E.R; ASSIS, S.G. **Estudo global sobre o mercado ilegal de drogas no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: NEPAD/Claves; 2000. Relatório de pesquisa.

BANG, E. **Who consults for rape?** Scand J Prim Health Care. 1993; 11:8-14.

BASILE, K. C; ARIAS, I; DESAI, S; THOMPSON, M.P. **The differential association of intimate partner. Physical, sexual psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women**. J Trauma Stress 2004; 17:413-21.

BERGAMO, W.; GEBRIM, L. H.; ALMEIDA, M.; LIMA, G. R.; BACARAT, E. C. **Papel do ginecologista diante da paciente vítima de estupro**. Femina, São Paulo, v. 28, n. 8, p. 419 – 423, set. 2000.

BRASIL. [Lei Maria da Penha (2006)]. **Lei Maria da Penha : Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil. **Uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.** Brasília. 1999

_____. Ministério da Saúde. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra as Mulheres e Adolescentes.** Área Técnica Saúde da Mulher. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Brasília: Secretarias de Políticas, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. **Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violência e Acidentes 2006 e 2007.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde.** Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência - perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.** – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional para a Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes** [norma técnica]. 2. ed. Brasília (DF): 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos**. Dossiê violência contra a mulher. 1999.

_____. Governo Estado São Paulo. **Direitos da criança e do adolescente**. São Paulo: Governo de São Paulo, 1993.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA**. Decreto - Lei 8.069 de 13/07/1990. Brasília- DF.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar (PNAD)**. Rio de Janeiro: IBGE; 1998a.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Contagem Populacional: Ribeirão Preto, 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Contagem Populacional: São Paulo, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Informática. **Movimento de Autorizações de Internações Hospitalares, 1995-1997** [dados em CD-ROM]. Brasília: MS; 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **A mulher em idade fértil no Brasil: Evolução da mortalidade e da internação por aborto**. In: Saúde Brasil 2007 : uma análise da situação de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 2. ed. Brasília, 2005.

_____. **Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 out. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço**. Brasília – DF, 2002(a).

_____. Supremo Tribunal Federal [Atualização 2012]. **Lei Maria da Penha : Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2012.

BASTOS, F.I.P.M. **Ruína & reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea** [tese]. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz; 1995.

BORBA, K. P.; CLAPIS, M. J. **Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS**. Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 18, n. 4, p. 254-8, 2006.

BROOKOFF, D.; O'BRIEN, K.K.; COOK, C.S.; THOMPSON, T.D.; WILLIAMNS, C. **Characteristics of participants in domestic violence**. Assessment at the scene of domestic assault. JAMA. 1997; 277(17):1369-73.

CAMPOS, M. A. M. R. **Violência sexual como questão de saúde pública: atenção específica em serviço de saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo – SP, 2005

_____. **Violência Sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima**. Saúde Soc., São Paulo, v. 14, n. 1, Apr. 2005.

CASTANHEIRA N, A. **O Direito de hoje e com que sentido? O problema actual da autonomia do direito**. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. Coleção Pontos de Vista.

CLAPIS, M. J; PARENTI, P. W. **O conhecimento produzido acerca da assistência à adolescente grávida**. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 3, jun. 2004.

CAMPBELL, J.C. **Health consequences of intimate partner violence**. Lancet, vol. 359,núm 9314, pp.1331-1336. 2002.

CEMICAMP (Centro de Estudos Materno-Infantis de Campinas). **Relatório Final do I Fórum Interprofissional para Implementação do Atendimento ao Aborto Previsto em Lei**. São Paulo: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. 1997.

CORRÊA, S. **“Saúde reprodutiva”, gênero e sexualidade: Legitimação e novas interrogações**. In: Questões de Saúde Reprodutiva (K. Giffin & S. H. Costa, org.), pp. 39-50, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTA, B. J. F. R.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. **O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência**. Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

DINIZ, D. **Aborto e direitos humanos**. Correio Braziliense. 2010 Jan 20;Opinião [citado 2010 Fev 21]. Disponível em: <http://ofensivammm.blogspot.com/2010/01/aborto-e-direitos-humanos.html>

_____. **Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007.

D'OLIVEIRA, A. F.L.P.; SCHRAIBER, L.B. **Violência contra mulheres: Interfaces com a Saúde**. Interface, Comunicação, Educação, vol 3, n. 5, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1996.

DORNELLES, J.R.W. **O que são direitos humanos**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil.

_____. **Aspectos biopsicossociais da violência sexual.** Jornal da Redesaúde, São Paulo, n. 22, p. 9-12, nov 2000b.

DREZETT, J; CABALLERO, M; JULIANO, Y; PRIETO, E.T; MARQUES, J.A; FERNANDES, C.E. **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino.** J. Pediatria, 77(5):413-9, 2001.

ELLSBERG, M.; PEÑA, R.; HERRERA, A.; LILJESTRAND, J.; WINKVIST, A. **Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua.** Soc Sci Med. 2000;51(11):1595-610.

ELLSBERG, M.; JANSEN, H.A.F.M; HEISE, L; WATTS, C.H; GARCIA-MORENO, C. **Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study.** Lancet, 371:1165-72, 2008.

FALEIROS, E. T. S. **Conceituação e Categorização da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.** Brasília, 2010.

FAÚNDES, A; LEOCÁDIO, E; ALDALAFT, N. J. **VI Fórum de Atendimento Integral à Saúde da Mulher Vítima de Violência Sexual.** Relatório final. Femina.;30(7): 489-93. 2002.

FAÚNDES, A; BEDONE, A; SILVA, J.L.P.; OSIS, M.J.D.; HARDY, E.; DUARTE, G.A. **I Fórum interprofissional para implementação do atendimento ao aborto previsto na lei.** Femina. 1997;25:1- 8.

FAÚNDES, A. **O drama do aborto: em busca de um consenso.** Campinas: Komedi; 2004.

FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E. M. **Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo.** Interface. Comunicação, Saúde e Educação, v. 13, p. 287-299, 2009.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as Formas Jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2005. In: História da Sexualidade II: O uso dos prazeres. 7 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1994.

FRIGÉRIO, V; SALZO, I; PIMENTEL, S; GOLLOP, T.R. **Aspectos bioéticos e jurídicos do abortamento seletivo no Brasil**. In: Católicas pelo Direito de Decidir. Aborto legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo 2002. p.77-98.

GARCIA-MORENO, C; JANSEN, H.A.F.M; ELLSBERG, M; HEISE, L. WATTS C. **WHO Multicountry study on women's health and domestic violence against women – initial results on prevalence, health outcomes and women's responses**. Geneva: World Health Organization; 2005.

GAWRYSZEWSKI, L.G.; SILVA-DOS-SANTOS, C.F.; SANTOS-SILVA, J.C.; LAMEIRA, A. P.; PEREIRA, J.R. A. **Mental rotation of anthropoid hands: a chronometric study**. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 40, 377-381, 2007.

GIFFIN, K. **Gender violence, sexuality and health**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994, v.10, suplemento 1, p.146-155.

GOMES, L. F.; BIANCHINI, A. **Aspectos criminais da lei de violência contra a mulher**. Jus Navigandi, Teresina, n. 1169, ano 10, 13.set. 2006. [On line] Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8916>, acesso em 06.out.2010.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro: direito de família**. 7 ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2010.

GUIMARAES, J. A. T. L.; VILLELA, W. V. **Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, ago. 2011.

GOMES, M.L.M; FALBO NETO, G.H; VIANA, C.H; SILVA, M.A. **Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um serviço de apoio à mulher, Recife, Pernambuco**. Rev Bras Saúde Matern Infant 2006; 6 Supl 1:S27-34.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.18, n1, Jan/Fev, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A.; MARQUES, M J.V. **Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica.** Revista Saúde Pública, São Paulo, v.33, n. 6, 1999.

GRYNBAUM, M.; BIDERMAN, A.; LEVY, A.; PETASNE-WEINSTOCK, S. **Domestic violence: prevalence among women in a primary care center - a pilot study.** IMAJ, v. 3, December, 2001.

HABIGZANG, L. F.; AZEVEDO, G. A.; KOLLER, S. H.; MACHADO, P. X. **Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.** Psicol. Reflex. Crit., 2006, vol.19, no.3, p.379-386. ISSN 0102-7972

HEISE, L. **Violence Against Women: The Hidden Health Burden. Relatório Preparado para o Banco Mundial.** (Mimeo.) (Manuscrito publicado sob o mesmo título, na série World Bank Discussion Papers 255, Washington, D.C.: World Bank, 1994.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending violence against women.** Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999. (Population reports, Series L, 11).

HERBERT, C.P.; GRAMS, G.R.; BERKOWITZ, J. **Sexual assault tracking study: who gets lost to follow-up?** Can Med Assoc J 1992; 147:1177-84.

HIGA, R.; MONDACA, A. D.C. A.; REIS, M. J.; LOPES, M. H. B. M. **Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de Enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):377-82.

HOLMES, M.M; RESNICK, H.S; FRAMPTON, D. **Follow-up of sexual assault victims.** Am J Obstet Gynecol 1998; 179:336-42.

INGEMANN-HANSEN, O; SABROE, S; BRINK, O; MPSYCH, M. K; CHARLES, A.V. **Characteristics of victims and assaults of sexual violence - improving inquiries and prevention.** J Forensic Leg Med 2009; 16:182-8.

JEWKES, R. K; CAESAR, V; FIDELIA, M; ESME, J.. **"Relationship Dynamics and Teenage Pregnancy in South Africa."** Social Science and Medicine vol. 52:733-744. 2001.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. Population Information Program. **O planejamento da atencao medica para salvar a vida da mulher.** In: POPULATION Reports. Baltimore: Population Information Program, 1997. (Serie L, n. 10).

JONES, J.S; ALEXANDER, C; WYNN, B.N; ROSSMAN, L; DUNNUCK, C. **Why women don't report sexual assault to the police: the influence of psychosocial variables and traumatic injury.** J Emerg Med 2009; 36:417-44.

KYRIACOU, D.N.; MCCABE, F.; ANGLIN, D.; LAPESARDE, K.; WINER, M.R. **Emergency departament-based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women.** Ann Emerg Med. 1998;31(4):502-6.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro.** Rev Saude Publica. 2005;39(5):695-701.

KRUG, E.G; DALHBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B., & LOZANO, R. (Eds.). **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Ginebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde. 2003.

_____. **Relatório mundial sobre violência e saúde.** Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LIMA, R. C. **A sociedade prisional e suas facções criminosas.** Londrina: Edições Humanidades, 2003.

LIMA, M.L.C; XIMENES, R.A.A; SOUZA, E.R, LUNA, C.F; ALBUQUERQUE M.F.P.M. **Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 2, Abr. 2005.

LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. **Types of Epidemiologic Studies: Basic Concepts and Uses in the Area of Aging**. Volume 12 - Nº 4 - out/dez de 2003 Epidemiologia e Serviços de Saúde. Belo Horizonte- MG, Brasil.

LIPSKY, S.; CAETANO, R.; FIELD, C.; LARKIN, G.L. **Is there a relationship between victim and partner alcohol use during an intimate partner violence event? Findings from an urban emergency department study of abused women**. J Stud Alcohol. 2005;66(3):407-12.

LOPES, I. M. R. S.; GOMES, K. R.; SILVA, B.B.; DEUS, M. C. B. R.; GALVÃO, E. R. C. G. N.; BORBA, D. C. **Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina- PI**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, Mar. 2004, v.26, n.2.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5. ed. rev. E ampl. São Paulo: Atlas. 2002.

MARINHEIRO, A.L.V; VIEIRA, E.M; SOUZA, L. **Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviços de saúde. Ribeirão Preto – SP**. Rev. Saúde Públ., 2006;40(4):604-10.

MARINHEIRO, A. L. V.; SANTOS, L. L.; OLIVEIRA, M. L.; SANTANA, S. C.; LAPREGA, M. R.; VIEIRA, E. M. **Mulheres em situação de violência em um serviço de Atenção primária em Saúde da Família em Ribeirão Preto**. Ciência e Saúde Coletiva, 2000, v. 5, p. 574, Suplemento.

MARTINS, A. L. **Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil**. Cad. Saúde Pública, [S.l.], v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTÍN, F.M. **La Violencia en la pareja**. Rev Panam Salud Publica.1999;5(4/5):245-57.

MASHO, S.W; ODOR, R.K; ADERA, T. **Sexual assault in Virginia: a population-based study**. Womens Health Issues 2005; 15:157-66.

MEDEIROS, M. C. **Unidos Contra A Violência**. In: Marcadas a Ferro. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2005.

MENEGHEL, S.N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A. P.; ROZA, M. D.; ROTERMUND, J. **Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero**. Cadernos de Saúde Pública, 19(4):955-963. 2003.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Cadernos de Saúde Pública, 10 (Sup.1):7-18, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **A violência dramatiza causas**. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org). Violência sob o olhar da saúde: política da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública**. Ciência e Saúde Coletiva 4(1): 7-32, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, IV (3): 513-531. Rio de Janeiro, 1998.

MONTEIRO, M.F,G; ADESSE, L. **Estimativas de aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1992-2005)**. Ver Saude Sex Reprod [internet]. 26:1-10 2006 [citado 2010 fev 15]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ml2006.pdf>

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**. Rev Panam Salud Pública 1999; 5:268-77.

NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; SILVA, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. **Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no estado de São Paulo**. J Bras Dep Quim. 2004;5(1): 9-17.

OLIVEIRA, J. **Código penal: decreto-lei nº 2.848**, de 7/12/1940, atualizado e acompanhado de legislação complementar. 34. ed. São Paulo: Saraiva; 1996.

OLIVEIRA, E.M.; BARBOSA, R.M; MOURA, A.A.; VON KOSSEL, K, BOTELHO, LF, STOIANOV, M. **Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo**. Rev Saúde Pública. 2005;39:376-82.

ONOSTRE, R. **Abuso sexual en niñas y niños: Consideraciones clínicas (Bolivia)**. Rev. chil. pediatr [Internet]. 2000 Jul; 71(4): 368-375.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**. Belém, 1994. Convenção de Belém do Pará.

OSHIKATA, C. T. **Violência sexual: características da agressão, das mulheres agredidas e do atendimento recebido em um hospital universitário de Campinas - SP**. 2003. Dissertação - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

OSHIKATA, C. T; BEDONE, A. J.; PAPA, M. S. F.; SANTOS, G. B.; PINHEIRO, C. D.; KALIES, A. H. **Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011.

PINHO, R. R. **Projeto de código penal: exposição de motivos**. In: Pinho RR. Código Penal. 5a ed., São Paulo, Atlas, 1979. P.24-66.

RAMOS, S. **Criminalidade e resposta brasileira à violência: os "novos mediadores" e o caso do Afro Reggae**. Rio de Janeiro: Claves/ENSP/Fiocruz; 2006. Trabalho de final de curso.

REIS, J.; MARTIN, C. C. S.; FERRIANI, M. G. C. **Mulheres vitimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não genitais**. Cad Saúde Pública 2004 março-abril; 20(2):465-73.

RIBEIRO, A. M.; FERRIANI, M. G. C.; REIS, J. N. **Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares.** Cadernos de Saúde Pública, 20, 456-464, 2004.

RIBEIRO, C. A. **Mesa redonda: o brinquedo e a assistência de enfermagem à criança.** Enfermagem Atual, Rio de Janeiro, p. 7-9, nov./dez. 2002.

RIBEIRO, N. J. J. A. **Profissional de saúde e o abortamento: É preciso humanizar o atendimento.** Jornal da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 21:6-8. 2000.

RICKERT, V.I.; WIEMANN, C.M.; VAUGHAN, R.D.; WHITE, J.W. **Rates and risk factors for sexual violence among an ethnically diverse sample of adolescents.** Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158:1132-9.

ROCHA, M. I. B.; ANDALRAFT, N, J. **A questão do aborto: aspectos clínicos, legislativos e políticos.** In: BERQUO, E. (Org.) Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp, 2003. p. 257-318.

RODRIGUEZ, J. C. R. & GUERRA, M. C. P. **Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: Resultados de un estudio piloto.** Cadernos de Saúde Pública, 12:405-409. 1996.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. **Maternal Survival 1-Maternal Mortality: who, when, where and why.** The Lancet, [S.l.], v. 368, p. 1189-1200, 2006. BRASIL. Código penal. 5. ed. Sao Paulo: Revista dos Tribunais, 2000.

SANTOS, L. A.; CLAPIS, M. J. **Family planning in a family health unit.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, Dec. 2010.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. **Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave.** Interface (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 93-108, 2011.

SCHRAIBER, L. B., D'OLIVEIRA, A. F. P. L., FRANCA-JUNIOR, I., DINIZ, S., PORTELLA, A. P., LUDERMIR, A. B., VALENCIA, O. & COUTO, M. T. **“Prevalence**

of intimate partner violence against women in regions of Brazil". Revista de Saúde Pública, 41, 797-807. 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Violência, gênero e Saúde: organização serviço e tecnologia de atenção integral à mulher**. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, DMP; CSE Samuel Pessoa, 1999. (Relatório Final de Pesquisa/CNPq).

SILVA, I.V. **Violência contra as mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil**. Cad Saúde Pública 2003; 19 Supl 2:S263-72.

SILVIEIRA, R. S; NARDI, H. C; BARBEDO, C. G. **A violência contra as mulheres e a Lei Maria da Penha: Problemática sobre as articulações entre gênero e raça**. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Fazendo Gênero 9, 2010.

SOARES, G. S. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S399-S406, 2003.

SOUZA, E. R; LIMA, M. L. C. **Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

SOUZA E. R; MINAYO M. C. S. **Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90**. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 83-107.

SZKLO, M.; JAVIER, N. F. **Basic study designs in analytical epidemiology**. In: Szklo M, Javier Nieto F. Epidemiology: beyond the basics. Gaithersburg: Aspen Publishers Inc; 2000. p.3-51.

TALIB, R.A; CITELI, T. **Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)**. Cadernos Católicos pelo Direito de Decidir; 13:12-3. 2002.

THE UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNPF). **Sexual violence against women and girls in War and its aftermath: realities, responses, and enquired resources**. Brussels: The United Nations Population Fund; 2006.

TUESCA, R. & BORDA, M. **Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo**. Gaceta sanitaria: Organo oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 17(4), 302-308, 2003.

VIEIRA, E. M. **A questão do aborto no Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Impresso), v. 32, p. 103-104, 2010.

VIEIRA, E. M; PERDONA, G. S. C; SANTOS, M. A. **Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011.

VIEIRA, E. M; PERDONA, G. C. SILVA.; ALMEIDA, A. M.; NAKANO, A. M. S.; SANTOS, M. A.; DALTOSO, D. **Knowledge and attitudes of healthcare workers towards gender based violence**. Rev. Bras. Epidemiol., v.12, n.4, p.1-12, 2009.

VILLELA, W.; LAGO, T. **Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v. 23, n. 2, p. 471-475, Fev./2004.

WATKEYS, J.M; PRICE, L.D; UPTON, U.P. **The timing of sexual examination following an allegation of sexual abuse: is this an emergency?** Arch Dis Child 2008; 93:851-6.

WILT, S; OLSON, S. **Prevalence of domestic violence in the United States**. J Am Med Womens Assoc. 1996;51(3):77-82.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence**. Geneva: World Health Organization; 2003.

_____. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

XU, X.; FENGCHUAN, Z.; O'CAMPO, P.; KOENING, M.A.; MOCK, V.; CAMPBELL, J. **Prevalence of and risk factors for intimate partner violence in China**. Am J Public Health. 2005;95(1): 78-85.

APÊNCIDE

TERMO DE DISPENSA DO CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Venho por meio deste, solicitar dispensa do “Termo de consentimento livre esclarecido” tendo como justificativa a realização da pesquisa utilizando dados secundários, com prévia autorização das autoridades responsáveis junto a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP / Departamento de Epidemiologia, preservando o indivíduo participante de qualquer tipo de exposição ou danos.

ANEXO

ANEXO A - Ficha de notificação / Investigação individual - Frente

Secretaria de Vigilância em Saúde/MS

Figura 13 Formulário para coleta de dados – Vigilância Contínua 2006-2007.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

VIOÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOÊNCIAS

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência da Violência	6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)	
Dados da Pessoa Atendida	7 Nome		8 Data de Nascimento
	9 Idade 1 - Dia 2 - Mes 3 - Ano 9 - Ignorado	10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado
	12 Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado	13 Escolaridade 01) Analfabeto 06) Ensino médio incompleto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 07) Ensino médio completo 03) 4ª série completa do EF 08) Educação superior incompleta 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 09) Educação superior completa 05) Ensino fundamental completo 10) Não se aplica 99) Ignorado	
	14 Ocupação	15 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado	
	16 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado		17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva
	18 Número do Cartão SUS		19 Nome da mãe
	20 UF 21 Município de residência 22 Bairro de residência		
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência
	27 CEP		28 (DDD) Telefone
Dados de Residência	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
	31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 12 - Bar ou similar 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 13 - Outros 10 - Instituição prisional 99 - Ignorado		
	32 UF 33 Município de Ocorrência		34 Bairro de ocorrência
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número 37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado Inst perfuro-cortante Enforcamento/sufocação Arma de fogo Queimadura Objeto contundente Força corporal Outros		
	42 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Sexual Tortura Psicológica/Moral Tráfico de seres humanos Trabalho infantil Negligência/Abandono Financeira/Econômica Outros		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

SVS 25/07/2006

**ANEXO B - Carta de Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa –
HCRP/FMRP/USP**

ANEXO C - Carta de aprovação da Prefeitura Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde
www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

OF. 2372/09 – GS
RAS/ras

Ribeirão Preto, 25 de maio de 2009.

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de autorização para a realização do sub-projeto de pesquisa intitulado “**Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto-SP**”, informamos que somos favoráveis à realização do referido Projeto.

Solicitamos que a os resultados da pesquisa sejam repassados ao Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento desta Secretaria.

Cordialmente,

DRA. CARLA PALHARES QUEIROZ
Secretária Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. ELISABETH MELONI VIEIRA
PESQUISADORA, DOCENTE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA
SOCIAL
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP
NESTA