



**JANMILLE VALDIVINO DA SILVA**

**PERSPECTIVAS SOCIOECONÔMICAS DA  
VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL:  
DINÂMICA E NÍVEIS DE ASSOCIAÇÕES CAUSAIS**

**NATAL-RN  
2019**

JANMILLE VALDIVINO DA SILVA

**PERSPECTIVAS SOCIOECONÔMICAS DA VIOLÊNCIA  
SEXUAL NO BRASIL:  
DINÂMICA E NÍVEIS DE ASSOCIAÇÕES CAUSAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva da Universidade Federal do  
Rio Grande do Norte como requisito para obtenção  
do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Angelo Giuseppe Roncalli da  
Costa Oliveira

Natal-RN  
2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial Prof. Alberto Moreira Campos - Departamento de Odontologia

Silva, Janmille Valdivino da.

Perspectivas socioeconômicas da violência sexual no Brasil: dinâmica e níveis de associações causais / Janmille Valdivino da Silva. - 2019.

197f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Natal, 2019.

Orientador: Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira.

1. Violência sexual - Tese. 2. Condição socioeconômica - Tese. 3. Sistemas de informação - Tese. 4. Epidemiologia - Tese. 5. Brasil - Tese. I. Oliveira, Angelo Giuseppe Roncalli da Costa. II. Título.

## DEDICATÓRIA

A *Deus*, por dar-me o sobro da vida e iluminar-me com um espírito questionador.

À *minha mãe*, Abilene Valdevino, pelo modelo de mulher, sempre à frente de seu tempo, e profissional exemplar.

Às *vítimas de violência sexual*, especialmente às crianças agredidas, que já na inocência de sua existência experimentam tamanho horror.

## AGRADECIMENTOS

A todos os meus *mestres*, desde a educação infantil até este doutorado, meu muito obrigada por me abrir as janelas do conhecimento e da ciência.

À minha professora querida *Maria Ângela Fernandes Ferreira*, obrigada por despertar em mim a paixão pelo estudo da violência.

Ao querido mestre *Ângelo Roncalli*, meus mais sinceros agradecimentos pela parceria na concretização deste projeto. Obrigada por ser um brilhante espelho para mim.

Aos meus *familiares*, especialmente meu esposo Fernando Bueno Menino, pelo apoio incondicional durante esta pequena, mas longa, trajetória.

## EPÍGRAFE

*Ele disse eu tenho um brinquedo  
Vem aqui, vou mostrar pra você  
Ele disse: Esse é o nosso segredo  
E ninguém mais precisa saber  
Eu não vou te fazer nenhum mal, ele disse  
E então me pegou pela mão  
Ele disse que era normal que pedisse  
E eu não tinha por que dizer não*

*Não sou eu mais em mim  
Não sou eu mais  
Sou só nojo de mim  
Só nojo, por dentro  
Não sou eu mais em mim  
Eu não sou eu mais  
Sou só nojo de mim  
Só esquecimento*

*Ele disse eu tenho um presente  
Vem comigo que eu vou te mostrar  
Ele disse: Isso é só entre a gente  
E não é pra ninguém escutar  
Eu não vou fazer nada de errado, eu te juro*

*Vem aqui, vamos nos conhecer  
Vem aqui, fica aqui do meu lado, no escuro  
Eu prometo cuidar de você*

**Pedofilia - Titãs**

## RESUMO

A violência sexual tem um impacto importante sobre os indivíduos, as famílias e na sociedade em geral. Além de ser uma violação de direitos humanos, causa danos profundos no bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social. Contudo, devido à sua natureza, a sua ocorrência e impactos são frequentemente velados, resultando em uma significativa subestimação do nível real do dano causado. Este tipo de agravo tem sido registrado em todos os países, porém o tema ainda é pouco investigado nos países em desenvolvimento. Nesta perspectiva, objetivou-se com este trabalho conhecer, sob o prisma conceitual e epidemiológico, a situação da violência sexual no Brasil, analisar sua evolução ao longo dos anos e sua associação com características contextuais e iniquidades sociais. Para tanto, este estudo foi desenvolvido a partir de seis diferentes desenhos no intuito de contemplar ao máximo as vertentes que envolvem um fenômeno tão complexo. No primeiro estudo foi realizado um ensaio conceitual sobre a violência sexual. Nos demais estudos optou-se por uma abordagem epidemiológica utilizando desenhos ecológicos com modelos estatísticos distintos. Quanto às unidades de análise, utilizou-se dados individuais, dos municípios e unidades federativas brasileiras. O desfecho analisado em todos os estudos foi a ocorrência de violência sexual, em diferentes cálculos, com dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e/ou Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal (SINESPJC). As variáveis independentes utilizadas foram características individuais coletadas pelo VIVA; características contextuais relacionadas a educação, condições econômicas, sociais e de emprego extraídos do Censo Brasileiro; e variáveis contextuais acerca dos serviços de saúde, serviços sociais e segurança pública, obtidos respectivamente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) e dos Anuários Brasileiros de Segurança Pública. Foram realizadas análises descritivas, comparações de médias, análise de Poisson multinível, análise de regressão linear múltipla para dados em painel, análise de desigualdade e Regressão linear múltipla. Os resultados apontam para uma construção desigual de gênero na sociedade brasileira, com padrão hegemônico masculino estabelecido de comportamentos e de posições sociais, que tem favorecido a violência sexual. Quanto aos fatores associados, ambas características individuais e contextuais, possuem relação com a violência sexual, observando-se um forte efeito contextual, em nível de unidades federativas. Os registros de violência sexual foram mais prevalentes em municípios e unidades federativas brasileiras com melhores condições socioeconômicas. Tais registros variaram ao longo dos anos de 2010 a 2014 entre as unidades federativas brasileiras, havendo, no geral, um incremento ao longo dos anos. No mesmo período houve uma melhoria nos indicadores de condições econômicas e sociais dos estados e nos municípios brasileiros, estando os maiores registros de violência sexual associados as melhores condições de vida em todos os anos. Observou-se aumento na desigualdade da taxa de notificações de violência sexual em função da renda domiciliar e do IDH. Caracterizou-se uma inversão nas notificações de violência sexual estruturada pela iniquidade social no Brasil. Houve um aumento na taxa de notificação da violência sexual, a qual foi acompanhada por um aumento simultâneo da desigualdade de notificações. As taxas de registros de violência sexual variam de acordo com o sistema de registro. No geral, o sistema policial registrou mais violência sexual que o sistema dos serviços de saúde. Há um considerável subnotificação de violência sexual no sistema VIVA, especialmente na região Sul do país e em municípios de pequeno porte populacional. Contudo em algumas unidades federativas, o registro do VIVA se mostra mais eficiente em captar a violência sexual que o sistema policial. Fatores contextuais também estão associados ao sub-registro de violência sexual em distintos sistemas de informações sobre o tema. Conclui-se que políticas de equidade de gênero mais incisivas lastreadas pela redução da violência estrutural

ainda são necessárias no Brasil para enfrentamento da violência sexual. Adicionalmente, também são necessárias garantias de direitos básicos, como educação e renda, tanto para redução das estatísticas do agravo quanto para melhoria do registro deste agravo nos sistemas nacionais de informações. Uma distribuição de renda mais equitativa e incremento do desenvolvimento social são também fatores relevantes para combate da violência sexual no país. Por fim, compreende-se que para a construção de políticas de saúde mais assertivas no combate à violência sexual, é necessária a compilação de informações de diferentes fontes, considerando haver, atualmente, uma considerável subnotificação do sistema VIVA, principal ferramenta governamental de análise situacional da violência no país.

**Palavras-chave:** Violência sexual; Condição socioeconômica; Sistemas de Informações; Epidemiologia; Brasil.

## ABSTRACT

Sexual violence has a major impact on individuals, families and society in general. In addition to being a violation of human rights, it causes profound damage to physical, sexual, reproductive, emotional, mental and social well-being. However, due to their nature, their occurrence and impacts are often veiled, resulting in a significant underestimation of the actual level of damage caused. This type of injury has been registered in all countries, but the issue is still little investigated in developing countries. In this perspective, this paper aimed to know, from a conceptual and epidemiological point of view, the situation of sexual violence in Brazil, analyze its evolution over the years and its association with contextual characteristics and social inequities. To do so, this study was developed from six different designs in order to contemplate as much as possible the strands that involve such a complex phenomenon. In the first study a conceptual essay on sexual violence was carried out. In the other studies, an epidemiological approach was adopted using ecological designs with different statistical models. As for the units of analysis, individual data were used, from the municipalities and Brazilian federal units. The results analyzed in all the studies were the occurrence of sexual violence, in different calculations, with data collected by the Violence and Accident Surveillance System (VIVA) and / or National System of Public Security and Criminal Justice Statistics (SINESPJC). The independent variables used were individual characteristics collected by VIVA; contextual characteristics related to education, economic, social and employment conditions extracted from the Brazilian Census; and contextual variables related to health services, social services and public safety, obtained respectively from the National Registry of Health Establishments (CNES), the Public Health Information System (SIOPS), the Census of the Single Social Assistance System SUAS) and the Brazilian Yearbooks of Public Security. Descriptive analyzes, mean comparisons, multilevel Poisson analysis, multiple linear regression analysis for panel data, inequality analysis and multiple linear regression were performed. The results point to an unequal gender structure in Brazilian society, with a male hegemonic pattern that establishes behaviors and social positions, which has favored sexual violence. As for the associated factors, both individual and contextual characteristics are related to sexual violence, observing a strong contextual effect, at the level of federative units. The records of sexual violence were more prevalent in Brazilian municipalities and federative units with better socioeconomic conditions. These records varied over the years 2010 to 2014 between the Brazilian federal units, with an overall increase over the years. In the same period there was an improvement in the indicators of economic and social conditions in the Brazilian states and municipalities, with the highest records of sexual violence associated with the best living conditions in all years. There was an increase in the inequality of the rate of notifications of sexual violence as a function of household income and HDI. There was a reversal in the reports of sexual violence structured by social inequality in Brazil. There was an increase in the reporting rate of sexual violence, which was accompanied by a simultaneous increase in reporting inequality. Rates of records of sexual violence vary according to the registration system. In general, the police system recorded more sexual violence than the health services system. There is considerable underreporting of sexual violence in the VIVA system, especially in the southern region of the country and in small towns. However, in some federative units, the VIVA registry is more efficient in capturing sexual violence than the police system.

Contextual factors are also associated with sub-registration of sexual violence in different information systems on the subject. It is concluded that more incisive gender equality policies backed by the reduction of structural violence are still necessary in Brazil to confront sexual violence. In addition, guarantees of basic rights, such as education and income, are also needed, both to reduce the statistics of the problem and to improve the registration of this grievance in the national information systems. More equitable income distribution and increased social development are also relevant factors in combating sexual violence in the country. Finally, it is understood that for the construction of more assertive health policies in the fight against sexual violence, it is necessary to compile information from different sources, considering that there is currently a considerable underreporting of the VIVA system, the main governmental tool of situational analysis of violence in the country.

**Keywords:** Sexual violence; Socioeconomic condition; Information Systems; Epidemiology; Brazil.

## **LISTA DE FIGURAS E QUADROS**

Figura 1. Tipologia da violência.

Figura 2. Consequências da violência para o comportamento e a saúde.

Quadro 1. Linha histórica com marcos legais de combate e prevenção à violência no campo da saúde brasileira.

Figura 3. Modelo ecológico da OMS de determinação da violência sexual.

Quadro 2. Fatores de risco para vitimização da mulher a violência sexual.

Quadro 3. Fatores que aumentam o risco dos homens cometerem violência sexual.

Quadro 4. Quadro conceitual das variáveis do estudo.

## LISTA DE SIGLAS

ABNAPI	Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância
ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
BO	Boletim de ocorrência
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IML	Instituto Médico-Legal
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRMAV	Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
SINESJC	Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal
SIOSP	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	15
2.1.	BREVES CONCEITOS DA VIOLÊNCIA	15
2.2.	VIOLÊNCIA E SAÚDE	20
2.2.1.	Violência na agenda brasileira da saúde	23
2.3.	VIOLÊNCIA SEXUAL	26
2.3.1.	Violência sexual nos ciclos de vida	33
2.3.2.	Impactos da violência sexual na saúde	35
2.4.	VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL	38
2.4.1.	Notificações de violência sexual no Brasil	44
2.4.2.	Aspectos jurídicos sobre a violência sexual no Brasil	47
2.5.	DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL	54
2.6.	PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: É POSSÍVEL?	63
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	65
3.1.	OBJETIVO GERAL	65
3.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
<b>4.</b>	<b>METODOLOGIA</b>	66
4.1.	CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA	66
4.2.	FONTES DE INFORMAÇÕES	69
4.2.1.	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes	69
4.2.2.	Censo Demográfico do Brasil	70
4.2.3.	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil	70
4.2.4.	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	71
4.2.5.	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	71
4.2.6.	Censo do Sistema Único de Assistência Social	72
4.2.7.	Anuários Brasileiros de Segurança Pública	72
4.2.8.	Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal	73
4.3.	MÉTODOS ESTATÍSTICOS	73
4.3.1.	Análise Multinível	73
4.3.2.	Análise de Regressão Linear Múltipla para dados em Painel	75
4.3.3.	Análise de Desigualdade	75
4.3.4.	Análise de Regressão Linear Múltipla	76

4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	77
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>78</b>
5.1	CAPÍTULO 1 .....	79
5.2	CAPÍTULO 2.....	92
5.3	CAPÍTULO 3 .....	112
5.4	CAPÍTULO 4.....	125
5.5	CAPÍTULO 5.....	141
5.6	CAPÍTULO 6.....	160
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>177</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>186</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência relata que o homicídio é a terceira principal causa de morte para homens entre 15 e 44 anos e que em 2012, aproximadamente 450 mil pessoas foram vítimas de homicídio, com as mais altas taxas sendo registradas na região das Américas. As mortes representam apenas uma parte da carga social e de saúde resultante da violência. Mulheres, crianças e idosos são as maiores vítimas de sequelas não fatais da violência interpessoal. Da população pesquisada neste relatório, um terço dos adultos relata ter sido vítimas de abusos físicos na infância, 20% das mulheres indicam ter sofrido violência sexual na infância e um terço relata violência física ou sexual por parceiro íntimo. Um em cada dezessete idosos foram vítimas de algum tipo de abuso no mês anterior a pesquisa (WHO, 2014).

Dentre as naturezas da violência, a violência sexual também é um problema de saúde pública frequente e grave. Todos os anos, milhões de pessoas são afetadas ao redor do mundo, em todos os ciclos de vida e gêneros, sendo mais prevalente entre as mulheres devido ser alicerçada pela desigualdade de gênero que acompanha a maior parte das culturas mundiais (OPAS, 2003). A violência sexual, além das sequelas físicas e de saúde mental para as vítimas, também exerce pressão sobre os sistemas de saúde, de justiça criminal e de apoio social. Além disso, desgasta a estrutura econômica da sociedade pelo impacto causado pelo absenteísmo na força de trabalho, redução de produtividade e de capital humano. Pessoas violentadas sexualmente utilizam mais os serviços de saúde e de apoio social que aquelas não violentadas, aumentando os custos com a assistência (WHO, 2014).

Nos anos 1980 e 1990 muitos países têm desenvolvido uma variedade de reformas legais em relação aos maus tratos sexuais. Os governos têm buscado, no geral, realizar reformas jurídicas, capacitação policial e estabelecer serviços especiais para as vítimas de violência sexual. Os países desenvolvidos têm implantado centros de ajuda a mulheres violentadas e albergues como eixo principais de suas políticas de enfrentamento a violência sexual. Como alternativa menos onerosa, alguns países em desenvolvimento têm implantado serviços telefônicos de urgência para pessoas em situação de violência sexual. Outros países têm focado em reformar a prática policial para melhor receber as denúncias de abuso sexual, especialmente aquelas que ocorrem no âmbito da casa da vítima. Como exemplo, têm-se as delegacias de mulheres que começou no Brasil e hoje está difundida pela América Latina e parte da Ásia. Apesar de tais mudanças, ainda assim são necessários esforços incessantes para mudanças de

cultura e práticas institucionais, pois a maioria das reformas legais e normativas tem surtido poucos efeitos (OPAS, 2003; WHO, 2014).

Apesar da magnitude do problema, ainda há lacunas importantes nos dados, o que prejudica os esforços para a prevenção e combate da violência sexual. Em muitos países que coletam dados de violência, seus sistemas de informação possuem informações deficientes, como a falta de dados importantes sobre as vítimas e seus agressores. Em alguns países estão presentes planos de ações de combate à violência. Contudo, não há dados de levantamentos nacionais o que sugere que o planejamento e a formulação de políticas estão sendo realizados sem o subsídio de indicadores, ou seja, sem avaliação das condições reais (WHO, 2014).

A violência sexual é um problema complexo, pois seus fatores desencadeantes são muito diversos e diretamente influenciados pelo contexto social, cultural e econômico em que se desenvolvem. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), desde 2003, tem recomendado a ampliação das investigações sobre todos os aspectos da violência sexual nos países. Neste sentido, aspectos como prevalências e incidências das agressões nos variados âmbitos; fatores de risco; consequências sanitárias e sociais; fatores que influenciam a recuperação das vítimas e os contextos sociais em que ocorrem as diversas formas de violência sexual devem ser investigados, especialmente nos países em desenvolvimento, onde as pesquisas são escassas. Além disso, a OPAS também tem apontado a necessidade de estudar as intervenções para compreender melhor quais medidas são eficazes em contextos distintos para prevenir a violência sexual (OPAS, 2003).

Se por um lado as estatísticas sobre a violência sexual ainda são insuficientes para formular e monitorar planos de prevenção abrangentes, por outro, as investigações das intervenções de combate à violência sexual nos países em desenvolvimento ainda são limitadas, carecendo de maior enfoque e estudo. Neste sentido, este trabalho de pesquisa vem sendo desenvolvido seguindo as recomendações dos organismos internacionais no intuito de desenvolver uma pesquisa que busque preencher as lacunas quando a situação de violência sexual em países em desenvolvimento, no caso, o Brasil. Assim, poderemos contribuir para que os planos de ações nacionais sejam fortemente baseados em dados sobre a magnitude e as causas da violência sexual. Para tanto, iniciamos este trabalho com uma ampla revisão de literatura sobre o assunto, delineamos objetivos voltados para o conhecimento da situação de violência sexual no país e os fatores contextuais associados e em seguida desenvolvemos algumas pesquisas com o propósito de responder aos objetivos deste documento.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de ambientar os leitores deste trabalho com o tema da violência, e mais especificamente com a problemática da violência sexual, a seguir expomos uma revisão dos achados bibliográficos sobre a temática os quais servirão de base para as análises contidas nos capítulos posteriores. Inicialmente será abordado o conceito de violência, suas naturezas e tipologias, bem como sua interface com a saúde, com o objetivo de situar a violência sexual dentro do largo espectro das violências. Em seguida, o trabalho se concentrará na questão central deste estudo, a violência sexual. Será exposto seu histórico e aspectos epidemiológicos no Mundo e no Brasil, assim como os fatores relacionados à problemática e a possibilidade de prevenção.

### 2.1. BREVES CONCEITOS DA VIOLÊNCIA

Violência, enquanto palavra, só apareceu nas línguas latinas e anglo-saxãs entre o séculos XIV e XV, inclusive na língua portuguesa. Ela deriva do Latim “violentia”, que significa “veemência, impetuosidade”. Mas na sua origem está relacionada com o termo “violação” (violare). Segundo o dicionário Michaelis (2018), a palavra violência significa qualidade ou característica de violento; ato de crueldade; emprego de meios violentos; fúria repentina; coação que leva uma pessoa à sujeição de alguém. Complementarmente, o vocábulo violação, neste mesmo dicionário, pode ser entendido como tratamento desrespeitoso dado a algo ou a alguma pessoa que merece profunda deferência; submissão de alguém a um ato sexual, contra sua vontade; estupro; transgressão de leis, normas ou contratos; desrespeito ao direito alheio; invasão de área privada ou interdita; divulgação abusiva de alguma coisa.

O termo violência, atualmente, está na ordem do dia. Ele não passa despercebido na mídia, nas ruas e na internet. Por isso, a palavra “violência” é cada vez mais moderna. Antes do século XX ela não tinha o mesmo significado de hoje, estava muito mais vinculada à força e à guerra. Hoje, as questões às quais ela faz referência pouco têm a ver com seu sentido antigo. O seu sentido negativo vem sendo muito mais vinculado à sociedade cível que ao Estado (MISSE, 2016). Assim, é preciso examinar as condições de seu uso, pois a linguagem usada para falar da violência pode estar revestida de pressupostos ideológicos (MODENA, 2016).

De acordo com épocas, lugares e circunstâncias, a violência aponta realidades muito distintas. Socialmente há violências toleradas e há violências condenadas. Suas manifestações,

de acordo com normas sociais, podem ser aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas. Ela manifesta-se como fenômeno fragmentado, indo da vida privada à vida pública, desde seus aspectos mais visíveis até aqueles mais secretos (MINAYO, 2006).

Ao ouvir a palavra “violência”, vem-se primeiro à cabeça da maioria das pessoas, o sentido da agressão física, ação unilateral que pode resultar em ferimento ou morte. Assim, popularmente, a violência é reconhecida como aquele evento relacionado à delinquência ou crime. Sendo interpretado como crime, pecado, corrupção e miséria pela consciência popular (SOARES; PIQUET CARNEIRO, 1997). Por outro lado, eruditamente, identifica-se a violência como negação do direito do outro e instrumento de poder (MINAYO, 2006). Por isso, considera-se que a violência não é única, mas múltipla. E finalizar a noção de violência em uma definição simples e fixa é incorrer no risco de reduzi-la.

A maior parte das dificuldades para conceituar a violência vem do fato de ela ser um fenômeno da ordem do vivido, cujas manifestações provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia (MINAYO, 2006, p. 14).

Nesta perspectiva, as ciências partem de diferentes definições de violência, a partir do objeto e do método de sua investigação. Nesse sentido, a violência pode ser descrita, analisada e interpretada pela sociologia, antropologia, biologia, psicologia, psicanálise, teologia e filosofia e pelo direito (MODENA, 2016). Apesar de toda essa complexidade, algumas definições são importantes para a compreensão da temática. Como forma de exercitar a reflexão sobre o conceito de violência, a sociologia nos faz algumas indagações:

A violência rompe com a ordem social ou a violência é constitutiva da ordem social? A violência é um problema social ou a violência é uma solução padronizada para os problemas sociais? A violência é uma forma puramente destrutiva da socialidade ou a violência é uma forma positiva de socialidade que faz as pessoas se unirem? Violência é uma forma de lidar com a contingência ou a violência é uma forma importante e fonte de contingência? Violência rompe com as normas ou a violência reforça as normas? Violência é uma situação visível ou a violência é um processo oculto? A violência do Estado é reativa em relação à violência ilegítima ou a violência do Estado é ativa em distinguir violência legítima e ilegítima? Violência é um processo social significativo, cujo sentido é posto em um referente externo ou a violência é um processo social caracterizado, exclusivamente, pela autorreferência? A violência repele ou a violência atrai? A violência é um meio para um fim ou é um fim em si mesmo? (SCHINKEL, 2010, p. 15)

Para a comunidade internacional de Direitos Humanos, a violência é compreendida como todas as formas de violação de direitos civis (liberdade, privacidade, proteção igualitária); sociais (saúde, educação, segurança, habitação); econômicos (emprego e salário); culturais (manifestação da própria cultura) e políticos (participação política, voto). Tal conceito coaduna

com a visão jurídica da violência que a trata como instrumento de controle e/ou aniquilação do outro, ou ainda, daquilo que se chama atentado à dignidade humana (PEQUENO, 2016; LIMA et al., 2012).

Para o campo da Saúde, objetivamente, a OMS conceitua a violência como:

O uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimento, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002, p.5).

Por sua vez, o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2001) define a violência como “ações humanas individuais, de grupo, classes, nações, ou omissões, que ocasionam a morte de seres humanos, ou afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual”.

Pode-se notar que a violência é um evento amplo e complexo. Assim, para facilitar a sua compreensão e estudo, a OMS (WHO, 2002), classificou-a na seguinte tipologia:

- **Violência auto-infligida:** aquela dirigida pela pessoa contra si própria. Incluem-se neste caso os comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e auto abusos (agressões a si mesmo e as automutilações).
- **Violência interpessoal:** aquela que ocorre nas relações pessoais. É subdividida em violência intrafamiliar e comunitária.
  - *Violência intrafamiliar ou doméstica* – aquela que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, ocorrendo especialmente no ambiente da casa, mas não exclusivamente. Enquadram-se neste conceito as várias formas de agressão contra crianças, mulheres, homens e idosos.
  - *Violência comunitária* – aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou não. Como exemplos, citam-se a violência juvenil, estupro, abusos sexuais e a violência institucional (escolas, trabalho, presídios, asilos, dentre outras instituições).
- **Violência coletiva:** engloba os atos que causam danos, lesões e morte, e que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizado pela subjugação/dominação de grupos e do Estado. No contexto social, citam-se os crimes organizados, atos terroristas e de multidões. No âmbito político, as guerras e processos de aniquilamento de povos e nações por outros. E no campo

econômico, os ataques econômicos entre grupos e nações, motivados, no geral, por intenção de dominação.

- **Violência estrutural:** aquela referente aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, miséria e as desigualdades sociais, de gênero, etnia e mantem o domínio dos adultos sobre as crianças e adolescentes. Este é o tipo de violência mais difícil de ser quantificada e aparentemente não apresenta sujeito, pois se perpetua nos processos históricos e se naturaliza na cultura. Cabe ressaltar que a maioria dos tipos de violência tem sua base na violência estrutural.

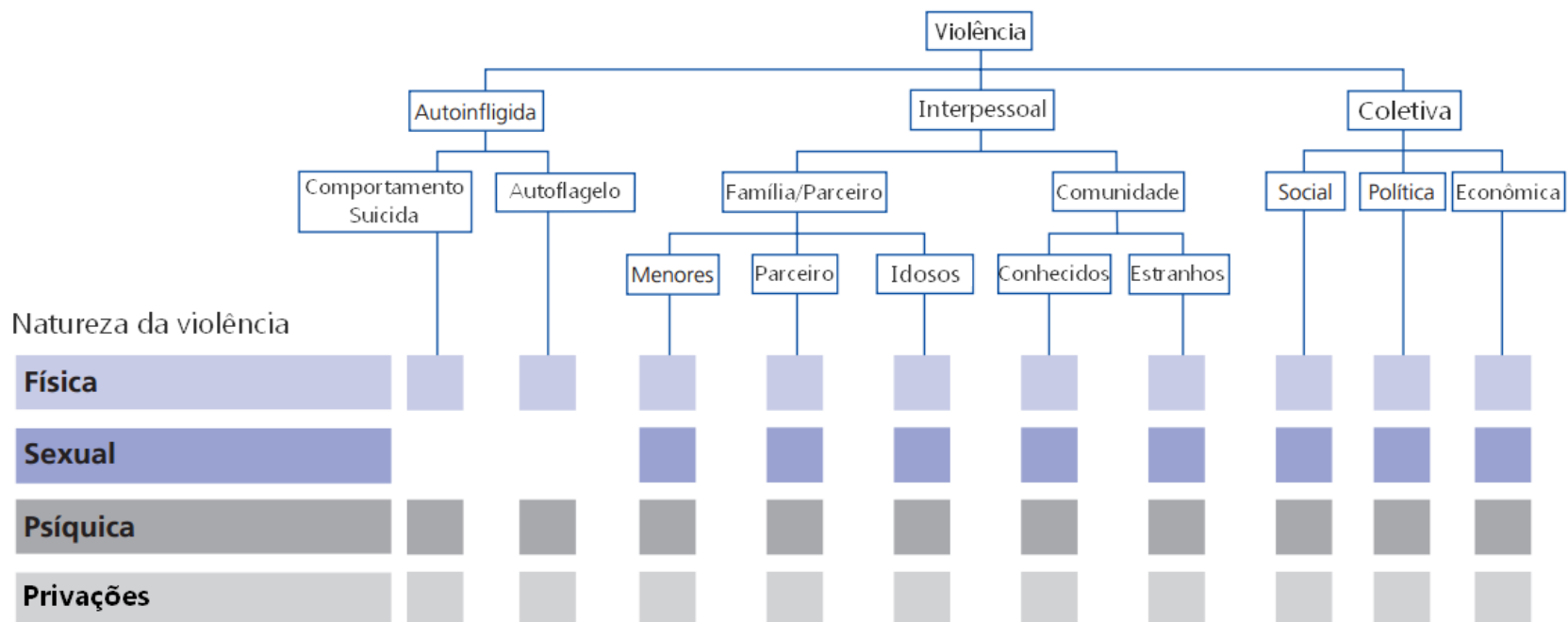
Além da tipologia da violência, o mesmo relatório aponta para diferentes modalidades de violência, de acordo com sua natureza:

- **Violência física:** ato em que se usa da força para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outro.
- **Violência psicológica:** agressão verbal ou gestual com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a pessoa, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social.
- **Violência sexual:** ato ou jogo sexual que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas, pornográficas, e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física e ameaças.
- **Abandono, maus-tratos ou negligência:** a recusa ou deserção de cuidados necessários a alguém que deveria receber atenção e cuidados.

É importante entender que as tipologias de violência comportam as distintas naturezas da violência, como aponta a Figura 1.

Além disso, há pesquisadores que classificam a violência de acordo com tipo de dano causado: se evento *letal ou não letal*; se agudo ou crônico. E, também, pelo recorte etário ou ciclo de vida em que se dão as ocorrências sendo: *violência infantil, juvenil, contra o adulto e contra o idoso* (SCHRAIBER, 2014).

Figura 1. Tipologia da violência.



Fonte: World report on violence and health. WHO, 2002.

## 2.2. VIOLÊNCIA E SAÚDE

Tradicionalmente, a temática da violência vinha sendo abordada pelo direito criminal e segurança pública, os quais detinham o monopólio de sua coibição através de um serviço público exclusivo das polícias, milícias e exércitos. Neste contexto, o setor de saúde era apenas um mero espectador que realizava a contagem de eventos (mortes) e reparava os estragos provocados pelos conflitos sociais, considerando-se externo a eles. Contudo, apesar da violência não ser um objeto próprio do setor de saúde, ela tem se tornado um tema importante para a saúde pelo impacto que causa na qualidade de vida das populações; pelas injúrias físicas, emocionais e morais que provoca; pela necessidade de atenção e cuidados oriundos dos serviços médicos e hospitalares que exige e por atingir diretamente o conceito ampliado de saúde: completo estado de bem-estar bio-psico-social (MINAYO, 2005).

A OMS (WHO, 2014) tem registrado que além de ferimentos físicos, os efeitos diretos da violência para a saúde incluem incapacitação, depressão, ansiedade, transtornos de estresse pós-traumáticos, problemas de saúde física e reprodutiva (Figura 2). A longo prazo, a violência seria fator coadjuvante para agravos em saúde e para a morte prematura. Afirma que muitas das principais causas de morte – a exemplo das doenças cardiovasculares, câncer e HIV/Aids – são consequência de comportamentos inadequados – como tabagismo, consumo abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos sexuais de alto risco, dentre outros – que as vítimas de violência adotam como forma de lidar com o impacto psicológico que ela provoca.

Estudos evidenciam que crianças vítimas de maus-tratos e mulheres vítimas de abuso sexual ou violência doméstica enfrentam mais problemas de saúde, por isso, buscam mais vezes os serviços de saúde para consultas ao longo da vida e registram mais internações em hospitais e de maior duração do que aquelas não vítimas de violência. Por tudo isso, a violência exerce uma forte pressão sobre os sistemas de saúde. Para cada morte relacionada à violência há muitos outros indivíduos que buscam tratamento emergencial por ferimentos, físicos ou emocionais, decorrente de um ato de violência interpessoal. As consequências não fatais da violência são, claramente, a parte mais impactante da carga social e de saúde (WHO, 2002).

Figura 2. Consequências da violência para o comportamento e a saúde.



Fonte: Global Status Report on Violence Prevention. WHO, 2014.

O Relatório Mundial sobre Prevenção da Violência (WHO, 2014) registra que anualmente 1,3 milhões de mortes são causadas pelas diversas formas de violência, representando 2,5% da mortalidade global. Em 2012 o número de vítimas de homicídios no mundo foi estimado em aproximadamente 475 mil, sendo ele a terceira causa principal de mortes para homens entre 15 e 44 anos de idade e quarta para indivíduos de ambos os sexos na mesma faixa etária. Por outro lado, revela que, enquanto os homens são as principais vítimas fatais da violência, as mulheres, crianças e idosos suportam os impactos das consequências não fatais de abusos físicos, sexuais e psicológicos. A violência não fatal é mais comum que os homicídios e traz consequências sociais e de saúde graves e permanentes. Além disso, atualmente a violência é um dos principais responsáveis pelo número de anos potenciais de vida perdidos, considerando o quadro geral de óbitos. Assim, pode-se afirmar que a violência é indissociável do campo da saúde por ameaçar a vida, produzir enfermidades e causar morte ou possibilitá-la.

A violência constitui-se um problema histórico, um termômetro social e também um indicador de qualidade de vida. Logo, a violência é um agravo de abrangência intersectorial no

qual o setor saúde tem se integrado na perspectiva de: *a*) promover qualidade de vida e *b*) ofertar serviços de saúde de boa qualidade para identificar, encaminhar, proteger e apoiar vítimas de violência reduzindo, desta forma, os traumas, ajudando na recuperação e prevenindo novos atos de violência (MINAYO, 2005).

O reconhecimento oficial de que a temática da violência afetava a setor começou a surgir na década de 1960. Neste período, a pediatria americana passa a estudar, diagnosticar e medicar a chamada “síndrome do bebê espancado”, após constar que a situação se constituía em um grave problema para o crescimento e desenvolvimento infantil. Com isso, criam-se programas assistenciais e preventivos, em diversos países, nas áreas sociais e da saúde, contra a violência infantil. Posteriormente, nos anos de 1970, por influência do feminismo, o setor de saúde abarca as questões relacionadas à violência fundamentada no gênero, como agressões domésticas, mutilação, abuso sexual, psicológico e homicídios. Enquanto que, a temática de maus-tratos aos idosos aparece na literatura médica-científica só em 1975, em um periódico inglês com a denominação de “Espancamento de avós” (MINAYO, 2005; MINAYO, 2006).

Na América Latina, apenas na década de 1980, com esforço da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), é que a violência começa a ser incorporada à agenda da Saúde, com a ampliação da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania e com a entrada da violência como uma das principais causas de morbimortalidade na maioria dos países latinos. Em seguida, na década de 1990, a OPAS consolida documentos importantíssimos em suas assembleias, como a de 1993 e 1994, que tratam especificamente sobre a violência (MINAYO, 2005).

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num tema de saúde pública em muitos países (...) O setor de saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física e psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.3).

Mundialmente, a violência foi colocada na agenda internacional de saúde em 1996 durante a 49ª assembleia da OMS, que aprovou a resolução WHA49.25, a qual declara a violência um importante problema de saúde pública em todo o mundo e explicita a violência como uma das prioridades a ser objeto de políticas específicas. Em 2002, a OMS lança documento aprofundado sobre a violência, deixando claro para a saúde a opção de adotá-la em sua pauta de ações e requerendo definições, categorizações, problematizações e encaminhamentos. Recentemente, em 2014, a Assembleia Mundial da Saúde apontou a

importância dos sistemas de saúde no combate à violência e solicitou à Diretoria-Geral da OMS, através do WHA67.15, o desenvolvimento de um plano de ação global para fortalecer o papel dos sistemas de saúde no combate à violência interpessoal, especialmente contra mulheres, meninas e crianças.

Apesar de todo os esforços, ainda se percebe que a violência possui um enquadramento teórico-metodológico e técnico-operacional complexo dentro do campo da Saúde, sendo assim, um desafio adicional aos conhecimentos e às práticas profissionais em saúde. Neste sentido, o reconhecimento do problema da violência pela área da saúde vem se fazendo de forma segmentada, lenta, intermitente, porém progressiva (SCHRAIBER, 2014).

### 2.2.1. Violência na agenda brasileira da saúde

Apesar de parecer uma contradição, pois o Brasil é lembrado no imaginário social como um país pacífico, somos um povo arraigado na violência desde o nascimento até os dias atuais. O Brasil sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento. Em qualquer época histórica do país a violência esteve e está presente. Basta pensarmos na aculturação dos indígenas, escravidão dos negros, ditaduras políticas, nos comportamentos machistas e patriarcais que preservam abusos de mulheres e crianças, nos processos de discriminação, opressão e exploração do trabalho (MINAYO, 2006).

Contudo, no Brasil tem-se uma história recente de combate às expressões da violência pelo setor Saúde. Pioneiramente, na década de 1980, destacam-se as atividades de instituições como os *Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância* (CRAMI) em São Paulo, a *Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência* (ABRAPIA) no Rio de Janeiro e a *Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância* (ABNAPI) em Minas Gerais. Concomitantemente, em 1983, por esforços do movimento de mulheres brasileiras, têm-se a construção e promulgação do *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), que introduz na pauta do setor de saúde brasileiro a violência de gênero.

Em 1990, diante das investidas de profissionais comprometidos com a saúde e garantia de cidadania das crianças e adolescentes, temos a criação do *Estatuto da Criança e da Adolescência* (ECA). E posteriormente, em 1998, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em parceria com Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), UNICEF e UNESCO, estabelece um *Plano de ação*

*de prevenção da violência contra a criança e adolescente* a ser utilizado como orientações gerais pelos municípios.

Em 2001 o Ministério da Saúde promulga portaria oficializando a *Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência* (Portaria nº 737/2001). O documento trata a violência como um problema social e histórico e o situa nos marcos da Promoção da Saúde e da qualidade de vida. Analisa as fontes de informações nacionais e expõe sua importância e deficiências. No ano subsequente, o Ministério da Justiça, contando com a parceria do Ministério da Saúde, estabelece o *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Em 2004, instaura-se a *Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos* que traz destaque para a violência de gênero. No mesmo ano, o Ministério da Saúde oficializa a Portaria nº 936/2004 que dispõe sobre a estruturação da *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios*. Assim como também, institui o *serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher* (Portaria nº 2.406/2004). Apenas em 2005, dois anos após o estabelecimento do *Estatuto do Idoso*, é que se oficializa um *plano de ação intersectorial de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*.

Posteriormente a este período, o Estado vem formalizando diversos documentos no intuito de garantir a implementação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência, como: incentivos a serviços sentinelas para violência (Portaria nº 1.356/2006) e para implantação e implementação da vigilância e prevenção de violências e acidentes (Portaria nº 3.230/2007); redefinição do funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS (Portaria nº 485/2014); dentre outros.

A seguir no Quadro 1, apresentamos um resumo histórico das medidas de combate a violência no Brasil, com interface do campo da Saúde.

Quadro 1. Linha histórica com marcos legais de combate e prevenção à violência no campo da saúde brasileira.

ANO	MARCO LEGAL	LEGISLAÇÃO /RESPONSÁVEIS
Déc. 70	Implantação de grupo de estudo sobre “causas externas” na Universidade de São Paulo (USP)	USP
Déc. 80	Instituição de Organizações não-governamentais para enfrentamento da violência contra a criança e adolescentes	CRAMI, ABRAPIA ABNAPI
1984	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Ministério da Saúde Movimentos feministas
1989	Implantação do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre a Violência (Claves) na Escola Nacional de Saúde Pública	ENSP/Fiocruz
1990	Estatuto da Criança e do Adolescência (ECA)	Lei nº 8.069/1990
1994	Participação do Ministro da Saúde do Brasil em reunião da OPAS sobre a violência. Na ocasião a OPAS convoca os ministros da Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas para conferência sobre o tema	OPAS
1998	Elaboração da Nota Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes	Ministério da Saúde
	Plano de Ação de Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes	CONASEMS, Claves, UNICEF, UNESCO
2001	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências	Portaria nº 737/2001 Ministério da saúde
	Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes	Portaria nº 1.968/2001 Ministério da Saúde
	Instituição do preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em casos de quadro compatível com causas externas	Portaria nº 1.969/2001 Ministério da Saúde
2002	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil	Ministério da Justiça
2003	Estatuto do Idoso – determina a comunicação obrigatória, pelos profissionais de saúde, aos órgãos competentes, dos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os(as) idosos(as)	Lei nº 10.741/2003 Ministério dos Direitos Humanos
2004	Estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios	Portaria nº 936/2004 Ministério da Saúde
	Notificação compulsória de violência contra a mulher	Portaria nº 2.406/2004 Ministério da Saúde Lei nº 10.778/2003 Decreto nº 5.099/2004
	Estabelecimento da violência doméstica como crime	Lei nº 10.886/2004
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos	Ministério da Saúde
	Divulgação do Relatório “Impacto da violência na saúde de brasileiros”	Ministério da Saúde, Representação brasileira da OPAS e Claves/FioCruz
	Publicação de Normas técnicas - Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes	Ministério da Saúde
	Norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento	Ministério da Saúde

ANO	MARCO LEGAL	LEGISLAÇÃO /RESPONSÁVEIS
	Implantação da Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência - Ligue 180	Ministério da Saúde
2006	Implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)	Portaria nº 1.356/2006 Ministério da Saúde
	Publicação da Matriz Pedagógica para formação de Redes Atenção integral para Mulheres e Adolescentes em situação de Violência Doméstica e Sexual	Ministério da Saúde
	Lei Maria da Penha	Lei nº 11.340/2006
2009	Alteração do Código Penal quanto ao crime contra a liberdade sexual	Lei nº 12.015/2009
2011	Reformula da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, incorporando o componente de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, cujo objetivo é estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e de educação permanente voltadas para a vigilância e a prevenção das violências.	Portaria nº 1.600/2011 Ministério da Saúde
2013	Atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual.	Lei nº 12.845/2013 Decreto nº 7.958/2013
2014	Definição da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual e de tentativas de suicídio na esfera municipal	Portaria nº 1.271/2014 Ministério da Saúde
	Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde reafirmando como uma de suas prioridades o enfrentamento das violências.	Portaria nº 2.446/2014 Ministério da Saúde

Apesar destes esforços, é fato que nas últimas décadas ocorreu um aumento vertiginoso das expressões da violência social no Brasil.

As taxas de morte por causa externas tiveram forte incremento a partir da década de 1980 (...) a época da democratização. Nesse período aumentaram as taxas de homicídios e de suicídios (...). Nos primeiros cinco anos da primeira década do século XXI essa situação pouco mudou, havendo uma pequena oscilação nas taxas de homicídios. (...) Nos últimos 20 anos, os homicídios tiveram crescimento proporcional de mais de 200%: passaram de 13.601, em 1980, para 45.343, em 2000. O mais elevado incremento do fenômeno se deu na década de 1980. Na década seguinte, o número de mortos continuou alto e se elevando, embora com menos intensidade: de 1991 para 2000 a diferença foi de 47%. (MINAYO, 2006, p.66)

### 2.3. VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual é um fenômeno universal, em que não existem restrições de sexo, idade, etnia ou classe social (FACURI et al., 2014). Em diversos contextos, ela pode ser traduzida como um ato simbólico. É comum em guerras o estupro de inimigos, como forma de simbolizar a conquista e a degradação do povo capturado. Nas relações de parceiros íntimos, por vezes é uma expressão de poder e de domínio sobre a pessoa agredida. Em alguns casos é

utilizada como forma de castigar mulheres por transgredir normas sociais e morais. Outra forma de castigo é quando utilizada por agentes policiais ou por outras pessoas aos encarcerados (OPAS, 2003).

De acordo com a OMS a violência sexual pode ser conceituada como:

Todo ato sexual, tentativa de consumir um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejadas, ou ações para comercializar ou utilizar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa mediante coerção por outra pessoa, independente da relação desta com a vítima, em qualquer ambiente, incluindo a casa e o local de trabalho (OPAS, 2003, p.161)

Os atos de agressão sexual podem ser apresentar de variadas formas e serem produzidos em circunstâncias e locais bem diferentes. Entre estes, a OPAS (2003) destaca:

- Violência no casamento e namoro;
- Violência por desconhecidos;
- Violência sistemática durante conflitos armados;
- Insinuações e assédio indesejado de caráter sexual, com inclusão da exigência de manter relações sexuais como troca de favores;
- Abuso sexual de pessoas com incapacidades física ou mental;
- Abuso sexual de menores;
- Matrimônio ou coabitação forçada, incluindo casamentos de menores;
- Negação do direito de usar método contraceptivo ou adotar outras medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis;
- Aborto forçado;
- Atos de violência que afetam a integridade sexual das mulheres, incluindo a mutilação genital feminina e exames obrigatórios para comprovar virgindade;
- Prostituição forçada e tráfico de seres humanos com fins de exploração sexual;
- Violência sexual sofrida em serviços de saúde durante internação, consulta ou exame.

Por serem tão diversos os atos de agressão sexual, muitas denominações são encontradas na literatura, a saber:

- **Estupro** – penetração forçada fisicamente ou empregando outros meios de coerção, por mais leves que sejam, da vulva ou ânus, usando o pênis, outras partes do corpo ou um objeto.

- **Tentativa de estupro** – intenção de realizar quaisquer das ações mencionadas anteriormente, sem de fato consumir.
- **Estupro coletivo** – estupro de uma pessoa por dois ou mais agressores.
- **Exploração sexual** – não existe uma definição universal para o termo. Mas na maioria das definições pode ser entendida como um movimento organizado de pessoas dentro de países e entre países diferentes, que obrigam pessoas, na maioria mulheres, a exercer a prostituição.
- **Pornografia** – Qualquer coisa (arte, literatura etc.) que vise explorar o sexo de maneira vulgar e obscena; atentado ou violação ao pudor, ao recato; devassidão, imoralidade, libertinagem.
- **Assédio sexual** – Todo o comportamento indesejado de caráter sexual, sob forma verbal, não verbal ou física, com o objetivo ou o efeito de perturbar ou constranger a pessoa, afetar a sua dignidade, ou de lhe criar um ambiente intimidativo, hostil, degradante, humilhante ou desestabilizador.

De acordo com o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, promulgado no Brasil pelo Decreto nº 4.388/2002, a agressão sexual, escravidão sexual, prostituição, gravidez e esterilização forçadas ou qualquer outra forma de violência sexual de gravidade comparável constituem crimes contra a humanidade (BRASIL, 2002). Isso porque, a violência sexual tem um impacto importante tanto sobre os indivíduos, quanto nas famílias e comunidades, como na sociedade em geral. Agressões sexuais, especialmente em crianças e adolescentes, afetam tanto o indivíduo vítima da violência quanto sua família pelo resto de suas vidas. Os seus danos podem durar uma vida inteira e ainda ampliar-se por gerações. Além disso, as sequelas das agressões sexuais podem repercutir em diversas esferas da vida social destes indivíduos. Os efeitos adversos da violência sexual são graves e podem afetar a saúde, a educação, o trabalho, o crime e o bem-estar econômico de indivíduos e sociedades (OMS, 2012).

A violência sexual é registrada em todos os países, porém o tema ainda tem sido pouco investigado. Devido à natureza da violência sexual, sua ocorrência e impactos são frequentemente velados, resultando em uma significativa subestimação do nível real do dano causado. Por outro lado, pesquisas baseadas em população revelam que essa forma de violência é mais comum do que aparece nas estatísticas oficiais. Nesta perspectiva, cabe lembrar que as

estimativas de violência sexual variam muito entre os países. Estas variações dependem de como as múltiplas facetas da violência sexual são definidas em cada país e o modo como as informações são coletadas (OPAS, 2003).

As informações sobre a violência sexual geralmente são obtidas da polícia, serviços de saúde, organizações não-governamentais e pesquisas. A prevalência de violência sexual pode ser medida por referência à vitimização e à perpetração. Devido à pequena proporção de casos registrados em estatísticas coletadas rotineiramente de unidades de assistência às vítimas e da polícia, tanto a vitimização como a perpetração são mais precisamente medidas por meio de pesquisas populacionais baseadas em autorrelatos. Quanto às pesquisas, algumas podem ser realizadas com crianças, com adolescentes ou com adultos que informam de sua infância, enquanto que em outras pode-se perguntar aos pais sobre seus filhos. Contudo estas estatísticas são apenas a ponta de um iceberg, pois a magnitude do problema é bem maior do que aparece nas estatísticas oficiais. Por isso, no geral, os dados de violência sexual são escassos (OMS, 2012; OPAS, 2003).

Apesar de poucos, alguns órgãos internacionais e estudos têm buscado desnudar as estimativas da violência sexual. Segundo a OPAS (2003) a prevalência de abuso sexual em crianças do sexo masculino varia de 1% a 19%, e nas crianças de sexo feminino de 0,9% a 45%. Essa variação depende da definição de abuso sexual utilizada, se restrita ao contato sexual forçado ou se emprega uma definição mais ampla de abuso sexual. No norte de Londres, 23% das mulheres relatam que já formam agredidas sexualmente ou sofreram tentativa de agressão sexual por seus parceiros íntimos. As estatísticas são semelhantes em outras cidades como Guadalajara (23%), León (21,7%), Lima (22,5%) e na província de Midlands (25%). Hakimi et al. (2001) revelam que em alguns países a violência sexual por parte dos parceiros íntimos tem afetado quase um quarto das mulheres, enquanto Jewkes et al. (2001) relatam que um terço das adolescentes estudadas tiveram sua primeira experiência sexual forçada. Como pode-se perceber, a violência sexual afeta uma proporção significativa da população.

Enquanto as mulheres são as mais afetadas diretamente, os homens são os maiores perpetradores. E as mulheres jovens e adolescentes apresentam risco mais elevado de sofrer esse tipo de agressão (FACURI et al., 2013). O estupro vitima milhares de mulheres, em todas as idades, ao redor do mundo. E suas consequências para as vítimas são severas e devastadoras, tanto com efeitos na esfera física quanto na mental. Além disso, atinge toda a sociedade ao colocar o medo do estupro como um elemento da existência das mulheres que pode limitar suas decisões e, conseqüentemente, afetar seu pleno potencial de desenvolvimento e sua liberdade.

Soma-se a isto o fato que vítimas de violência sexual podem ser estigmatizadas socialmente o que pode afetar seu bem-estar social (FACURI et al., 2013; OMS, 2012).

A violência sexual também pode ter consequência fatal, a qual ocorre em menor proporção que as sequelas não fatais. As estatísticas de morte por agressões sexuais são ainda mais escassas na literatura. Contudo, observa-se que as mortes por violência sexual podem ser devido ao suicídio, infecções por HIV ou assassinato da vítima, pelo agressor ou pela família por questões de honra, em algumas culturas (OPAS, 2003).

A problemática da violência sexual vem sendo trabalhada internacionalmente por distintas abordagens. Dentre estas, a OMS (2012, p.6) destaca:

- **A abordagem dos direitos humanos** – baseia-se nas obrigações dos Estados de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos. Ela reconhece a violência sexual como uma violação de muitos direitos humanos: os direitos à vida, à liberdade, à autonomia e segurança da pessoa; os direitos de igualdade e não discriminação; o direito de estar livre de tortura e tratamentos ou punições cruéis, desumanos e degradantes; o direito à privacidade; e o direito ao mais alto padrão de saúde possível.
- **A abordagem da justiça criminal** – baseia-se na ideia que depois da ocorrência da violência sexual é tarefa da justiça criminal responder pelo cumprimento da lei e garantir que a justiça seja feita. Trata-se de identificar adequadamente os autores da violência, determinando a culpa e garantindo que eles sejam devidamente condenados. Para prevenir e responder à violência sexual, a abordagem da justiça criminal se baseia fundamentalmente na dissuasão, no encarceramento e na punição e reabilitação dos agressores.
- **A perspectiva de gênero** – a questão de gênero na violência sexual aparece muito associada a atribuição social de supostos papéis de feminino e masculino. Portanto, nesta abordagem se enfatiza a questão do patriarcado, as relações de poder hierárquico e as construções de masculinidade e feminilidade como propulsores predominantes e generalizados do problema por resultarem em controle das mulheres e desigualdade estrutural de gênero.
- **A abordagem da saúde pública** – baseia-se na premissa que a violência sexual é um agravo à saúde prevenível. É uma abordagem guiada pela ciência, de base populacional, interdisciplinar e intersetorial com base no modelo ecológico de determinação de agravos que enfatiza a prevenção primária.

Na perspectiva dos direitos humanos, os tratados internacionais têm sido importantes pois estabelecem normas para as leis nacionais e fornecem argumentos para os grupos locais em campanhas a favor de reformas legislativas nos países. Dentre os tratados internacionais que contém disposições sobre a violência sexual e sua prevenção, a OPAS (2003) ressalta:

- O Convênio de Genebra (1949) – classifica certas formas de violência sexual como transgressão grave comparável a crimes contra a humanidade;
- A Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de Discriminação contra a Mulher (1979) – exige que os países signatários da Convenção tomem todas as medidas adequadas para pôr fim à violência contra as mulheres;
- A Convenção contra a Tortura e Outros Maus tratos ou penas cruéis, desumano ou degradantes (1984);
- A Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989) – reconhece que as crianças são indivíduos com direitos iguais aos adultos;
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) – a única convenção regional abordando especificamente a violência contra a mulher;
- Declaração e Plataforma de Ação de Beijing (1995) – ressalta os direitos das mulheres explicitando as questões de violência sexual;
- Estatuto de Roma da Corte Penal Internacional (1998) – abarca uma ampla gama de delitos relacionados ao gênero, entre eles a violência, a escravidão sexual e a prostituição, a gravidez e esterilização forçada;
- A Convenção das Nações Unidas contra o Crime Organizado Transnacional (2000) e o Protocolo complementar para prevenir, reprimir e sancionar o tráfico de pessoas, especialmente de mulheres e crianças (2000);
- Declaração do Milênio (2000) – reforça junto aos países signatários a questão da erradicação da discriminação contra as mulheres.

Na perspectiva dos direitos humanos e justiça criminal, muitos países têm reformulado suas legislações no intuito de combater e prevenir a violência sexual. Para isso, têm ampliado a definição da violência, reformulado as normas e os procedimentos empregados que conduzem

as sentenças judiciais e a admissão de provas e eliminado requisitos de corroboração das declarações das vítimas (WHO, 2014).

A legislação constitui um componente-chave de qualquer política ou plano de prevenção da violência (...) A promulgação e a aplicação de leis sobre crimes e violência são essenciais para estabelecer normas de comportamentos aceitáveis e não aceitáveis, assim como para criar sociedades seguras e pacíficas. São particularmente importantes as estratégias que permitem o registro seguro de atos de violência interpessoal e garantem a disponibilidade de proteção e apoio legais a todos os cidadãos (...) Quando convicções sociais ou tradições profundamente enraizadas alimentam práticas prejudiciais – como casamento infantil ou mutilação genital feminina –, reformas na legislação podem mobilizar atores e instituições importantes para que empreendam esforços visando eliminar tais práticas (WHO, 2014, p.38).

Apesar dos esforços de organizações internacionais, ainda existe uma disparidade considerável nas abordagens da legislação sobre violência sexual entre os países. Alguns países têm legislação e procedimentos legais de grande alcance, com uma ampla definição de estupro, que inclui estupro conjugal, multas pesadas para os condenados e uma forte resposta de apoio às vítimas. No outro extremo, ainda há países com abordagens legais contra a violência sexual muito fracas, em que as evidências levantadas apenas pela mulher-vítima não é o suficiente para a condenação de um suposto agressor sexual, em que certas formas ou contextos de violência sexual não são especificamente incluídos na definição legal e em que as vítimas de estupro são fortemente dissuadidas de levar a questão a juízo (WHO, 2002; OMS, 2012).

Na perspectiva da abordagem de saúde pública, a OMS revela que dos 133 países pesquisados no Relatório Mundial de Prevenção da Violência (WHO, 2014) 65% relatam possuir um Plano de Ação Nacional de combate a violência sexual. Um menor número destes planos de ações nacionais foi registrado em países da Região do Mediterrâneo Oriental (38%) e o maior número nos países da África (70%). Contudo, a OMS chama a atenção para o fato que nem sempre os planos de ações são subsidiados por dados epidemiológicos consistentes. Dos países pesquisados, apenas 52% possuem levantamento de dados nacionais. A Região Africana foi a que apresentou maior discrepância entre planos de ação e dados de pesquisas disponíveis sobre a violência sexual. Por outro lado, a Região Europeia foi a que apresentou maior consistência entre planos de ações e dados epidemiológicos.

Dados epidemiológicos são indispensáveis para obter informações sobre onde a violência está ocorrendo, quais os grupos mais afetados e quais mudanças ocorridas ao longo do tempo no quadro da violência sexual. Assim, sem o entendimento da magnitude e das causas da violência sexual, os planos de ações dificilmente serão efetivos e será difícil articulá-lo com outras políticas estruturais. Neste contexto, tem-se a necessidade urgente de mais evidências e

mais pesquisas na área da violência sexual. Interessante notar que, apesar das violências no geral serem mais pesquisadas em países de média e alta renda, no caso da violência sexual, um número maior de países de baixa renda do que aqueles de alta renda relatam ter produzido alguma pesquisa sobre a violência sexual. No entanto, observa-se que a maioria das pesquisas de alta qualidade são oriundas dos países de alta renda, especialmente dos Estados Unidos (OMS, 2012).

### 2.3.1. Violência sexual nos ciclos de vida

A violência sexual pode ocorrer em qualquer idade, incluindo a infância. Contudo, cada uma das etapas de vida representa uma fase especial no desenvolvimento de riscos aos abusos sexuais (OMS, 2012).

Abusos sexuais na infância não são incomuns. Contudo, na maioria dos países as crianças do sexo feminino são mais vulneráveis a serem vitimadas por abuso sexual e prostituição forçada que os meninos. As taxas de abusos sexuais em meninas são até 3 vezes maiores que nos meninos. Estudos internacionais realizados na década de 1980 já mostravam uma taxa média de violência sexual durante toda a infância de 20% para as meninas e de 5 a 10% para os meninos (FINKELHOR, 1994a; FINKELHOR, 1994b). Recentemente a OMS aponta que a prevalência de abusos sexuais em meninas é de 18% e de 7,6% para meninos. Pesquisas na África revelam taxas muito mais altas de abusos sexuais em crianças que as taxas globais (WHO, 2013). Neste continente, uma em cada três meninas sofre abuso sexual na infância, enquanto para meninos a média variou de 9% a 18% (REZA et al. 2009; WHO, 2014).

Em muitos casos, os abusos sexuais na infância são descobertos quando responsáveis buscam o serviço de saúde para tratar de problemas físicos ou de comportamento da criança. Por vezes os profissionais de saúde se deparam com sintomas de infecção, lesão genital, dor abdominal, constipação, infecções crônicas e recorrentes das vias urinárias ou problemas de comportamento, os quais ao serem investigados detalhadamente revelam-se como sequelas de abusos sexuais (OPAS, 2003)

As taxas de abuso sexual tendem a subir após o início da puberdade, tornando-se mais altas durante a adolescência. Mulheres e homens jovens têm relatado a iniciação sexual forçada e estupro durante a adolescência (OPAS, 2003). Em um estudo multipaíses da OMS, observou-se que 3-24% das mulheres entrevistadas tiveram sua primeira experiência sexual forçada e que para a maioria isso ocorreu durante a adolescência. Entre 1 e 21% das entrevistadas relataram

abuso sexual infantil abaixo dos 15 anos de idade (GARCIA-MORENO et al., 2005). Um estudo nigeriano identificou que 45% das jovens do sexo feminino e 32% dos jovens do sexo masculino, com idade de 12-21 anos, foram vítimas de uma relação sexual forçada (SLAP, 2003). Outro estudo, conduzido com 280.000 alunos na África do Sul, apontou que, até os 15 anos de idade, aproximadamente 9% dos estudantes relataram sexo forçado no último ano, aumentando para 13% dos estudantes do sexo masculino e 16% das estudantes do sexo feminino até os 19 anos de idade (CIETafrica, 2002). Em uma pesquisa na Suazilândia, os resultados apontaram que em torno de 33% das meninas entrevistadas haviam sofrido um episódio de violência sexual antes dos 18 anos de idade (REZA et al., 2009). Por fim, um estudo na Etiópia com 1.378 estudantes do sexo masculino, revelou que 16,9% dos entrevistados haviam perpetrado atos de violência sexual contra parceira íntima ou outra pessoa (PHILPART et al., 2009).

Enquanto a violência sexual contra crianças ocorre majoritariamente no contexto familiar, na adolescência, além desta forma, muitos jovens, experimentam a violência sexual na escola por seus colegas de classe ou professores como forma de dar-lhes boas classificações ou não reprová-las. Adicionalmente, ainda existem os modelos culturais que legitimam a violência sexual contra crianças e adolescentes. Uma destas formas é a legalidade do casamento em idade precoce. Em alguns países, especialmente da África e Ásia Meridional, o matrimônio com crianças e adolescentes é um costume legal. Nestes casos, as crianças iniciam suas práticas sexuais de forma forçada (OPAS, 2003).

Passando para um outro ciclo de vida, os estudos apontam que as mulheres são as maiores vítimas de violência sexual. A OMS no estudo em 10 países de baixa e média renda, com mulheres entre as idades 15 e 49 anos, diagnosticou que 6-59% das mulheres haviam sofrido violência sexual praticada por um parceiro em algum momento na vida até os 49 anos de idade. No mesmo estudo observou que 0,3-11,5% das entrevistadas relataram ter sofrido violência sexual praticada por um não parceiro a qualquer momento após os 15 anos e até os 49 anos de idade (OMS, 2012; GARCIA-MORENO et al., 2005). Outro estudo aponta que 6-47% das mulheres entrevistadas relatam tentativa ou realização de sexo forçado praticada pelo parceiro íntimo ao longo de suas vidas (WHO, 2002).

A violência sexual contra a mulher, na maioria das vezes está associada a agressões físicas. Em alguns países em desenvolvimento, mulheres citam que uma das maiores causas de agressão física é o fato da mulher recusar-se a ter relações sexuais com seu companheiro.

(ZIMMERMAN, 1995; MICHAU, 1998; ARMSTRONG, 1998; GONZALES MONTES, 1998).

Já a violência sexual contra o homem é um recorte bem menos pesquisado, provavelmente por atingir este grupo em menor proporção. Além disso, acredita-se que há subnotificadas nas estatísticas de abusos sexuais sofridos pelos homens por várias razões. Dentre as razões, destacam-se a vergonha, a culpa, o medo de não acreditarem em sua denúncia ou o estigma de sua sexualidade. Apesar da escassez dos dados, sabe-se que agressões sexuais contra homens podem ocorrer em locais distintos, sendo mais comum na rua, nas forças armadas, durante as guerras, nos cárceres e nas delegacias de polícia. Nos cárceres, a violência sexual pode se dar entre os prisioneiros como forma de estabelecer hierarquias ou castigar o detento por transgressão de alguma norma social. Ou ainda, podem ser forçado pelos funcionários do presídio, policial ou soldado a terem relações sexuais entre si como forma de “entretenimento” para os mesmos (OPAS, 2003).

Bem menos pesquisados são os casos de violência sexual contra idosos. Contudo, a OPAS (2003) assume que dentre os maus tratos sofridos pelos idosos, estão os abusos sexuais. E com o crescente e rápido envelhecimento das populações em muitos países, nos próximos anos teremos um maior quantitativo de idosos em risco de agressões sexuais. Até 2030, a estimativa é que pessoas idosas representem 13% da população mundial (WHO, 2014).

Quanto aos agressores de violência sexual, observa-se que ela pode ser perpetrada por pais, provedores de cuidados, conhecidos e estranhos, bem como parceiros íntimos e que os maiores perpetradores de abuso sexual, sejam em crianças, adolescentes, mulheres ou idosos são os homens (OPAS, 2003).

### 2.3.2. Impactos da violência sexual na saúde

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a consequências negativas à saúde. Nesta perspectiva, a violência sexual também traz suas sequelas à saúde. Vítimas de abusos sexuais correm mais risco de sofrer de doenças no geral que as outras pessoas (COKER, 2000). Contudo, dentre as sequelas mais comuns da violência sexual estão aquelas relacionadas à saúde reprodutiva e mental e ao bem estar. E em menor proporção observam-se as lesões corporais ocorridas naquelas situações em que a violência sexual está associada ao uso de força física.

A consequência mais comum da violência sexual é a gravidez indesejada. Contudo, a taxa de gravidez indesejada, como consequência de agressão sexual, varia bastante entre os países pois depende especialmente da medida em que é difundido o uso de anticoncepcionais que não sejam de barreira. Segundo a OPAS (2003), em vários países as vítimas de agressões sexuais são obrigadas a não interromper a gravidez para não pôr em risco suas vidas por realizar um aborto em condições inadequadas. Adicionalmente, nota-se também que a iniciação sexual forçada e a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo também aumentam o risco de gravidez durante os primeiros anos da adolescência. Pesquisas realizadas na África do Sul (JEWKES et al, 2001) e nos Estados Unidos (SILVERMAN, RAJ, CLEMENTS, 2004) revelam que as adolescentes grávidas eram duas vezes mais propensas a terem um histórico de iniciação sexual forçada que adolescentes não grávidas.

Quando sofrida em idade precoce, as relações sexuais forçadas podem levar as mulheres a acreditarem que não podem exercer controle sobre sua sexualidade. Assim, crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais tendem a usar menos preservativos ou outras formas de anticoncepcionais. Este fato não só aumenta a sua probabilidade de engravidar, como também de adquirir a infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (OPAS, 2003).

Pesquisas multipaíses observaram que as mulheres soropositivas relatam taxas mais altas de violência sexual pelo parceiro íntimo que as demais mulheres (DUNKLE et al., 2004; MAMAN et al., 2000). Neste sentido, acredita-se cada vez mais que o risco de contaminação pelo HIV está vinculado à exposição ao longo de toda a vida e de forma complexa à violência sexual (CAMPBELL et al., 2008). Apesar de o estupro ser uma causa potencial de infecção direta pelo HIV, sabe-se que há um baixo risco de transmissão deste vírus durante um único ato sexual. Assim, tem-se notado que a violência sexual por conhecido e a desigualdade de gênero são mais propensos a ampliar o risco de HIV através de vias indiretas, incluindo relações cronicamente abusivas em que as mulheres são constantemente expostas ao mesmo indivíduo e são incapazes de negociar o uso de preservativos para o sexo seguro (WHO, 2010). Jewkes & Morrell (2010) sugerem uma intersecção entre HIV/Aids, desigualdade de gênero e a violência sexual baseada em noções de masculinidade distorcidas. Estas se traduziriam em comportamentos sexualmente de risco, predação sexual e outros atos de violência contra a mulher, bem como em comportamentos que aumentam o risco de contrair o vírus HIV. Dentre estes se destacam sexo como parceiros múltiplos e/ou simultâneos; níveis mais baixos de uso

de preservativos; aumento de uso de substâncias e de sexo em estado de intoxicação; e aumento de sexo transacional e prática da troca de sexo por dinheiro.

Atos sexualmente violentos também podem ocorrer durante a gravidez. Nestes casos, a violência sexual também é associada a eventos adversos de gravidez como abortos espontâneos, bebês prematuros e natimortos (AHMED, KOENIG, STEPHENSON, 2006; ASLING--MONEMI, TABASSUM, PERSSON, 2008; BOY, SALIHU, 2004; CAMPBELL, 2002; CAMPBELL et al., 2008; DUNKLE et al., 2004; PLICHTA, FALIK, 2001; VOS et al., 2006).

Além das complicações expostas, as agressões sexuais podem levar a outras complicações ginecológicas como hemorragias, infecções vaginais, fibromas, redução do apetite sexual, irritação da região genital, dor durante o ato sexual, dores crônicas na pelve, infecções das vias urinárias e infecções sexualmente transmissíveis (OPAS, 2003).

A violência sexual também está associada com inúmeros problemas de saúde mental e de comportamentos na adolescência e na vida adulta. Vítimas de agressão sexual correm maior risco de sofrer depressão e transtorno pós-traumático. O transtorno pós-traumático é mais observado em situações em que a agressão sexual produziu lesões ou se existe antecedente de depressão ou abuso de álcool pela vítima. Outros problemas associados à violência sexual são a dificuldade de dormir, doenças somáticas, consumo de tabaco e problemas comportamentais como condutas agressivas, roubo e evasão escolar. Além disso, as vítimas de violência sexual são mais vulneráveis a cometer suicídios ou tentar suicidar-se (OPAS, 2003). Andrews et al. (2004) e Brown et al. (2009) relatam que o abuso sexual de crianças contribui significativamente para depressão, uso abusivo de álcool e drogas, síndrome do pânico, síndrome do estresse pós-traumático e tentativas de suicídio.

Assim como as mulheres, outros grupos são afetados pelas sequelas da violência sexual. Os homens vítimas de agressões sexuais relatam uma série de consequências em sua saúde mental. Dentre os problemas destacam-se o sentimento de culpa, agressividade, uso de drogas, absenteísmo escolar, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, disfunções sexuais, condições somáticas, alterações do sono, afastamento do seu/sua parceiro(a) íntimo e tentativa de suicídio. A OPAS (2003) também aponta sinais de maus-tratos sexuais de pessoas idosas como mudanças na conduta sexual dos idosos que não coincide com seu comportamento habitual e sua personalidade; agressividade, isolamento e automutilação; dores abdominais, hemorragias vaginal ou anal; infecções genitais recorrentes ou hematomas ao redor das mamas e na região genital.

Desta forma, a OMS resume as consequências da violência sexual à saúde:

Além de serem violações de direitos humanos, causam danos profundos no bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Os desfechos imediatos e a longo prazo na saúde que foram associados a esses tipos de violência incluem traumatismos físicos, gravidez indesejada, aborto, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV/Aids), transtorno de estresse pós-traumático, entre outros. Há também uma série de complicações relacionadas com a gravidez, como aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer associados com a violência durante a gravidez. Além disso, comportamentos de alto risco, como tabagismo, uso nocivo de álcool e drogas e sexo não seguro são significativamente mais frequentes entre as vítimas de violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo (OMS, 2012, p.3).

Quanto à violência sexual praticada por parceiro íntimo, observa-se que esta afeta não somente as mulheres envolvidas, mas também provocam danos na saúde e no bem-estar das crianças da família. Pesquisadores apontam que mães vítimas de violência sexual no ambiente doméstico possuem maiores taxas de depressão e estresse traumático o que afeta a qualidade de sua capacidade de afeto e maternidade, o que conseqüentemente poderia se desdobrar em maus-tratos as crianças desta família (HOLT, BUCKLEY, WHELAN, 2008). Estudos mostraram que as crianças de mães que sofreram abusos têm taxas mais baixas de imunidade, taxas mais altas de doenças diarreicas e são mais propensas a falecer antes dos cinco anos de idade devido à falta de cuidados de sua mãe (ASLING-MONEMI, TABASSUM, PERSSON, 2008; SILVERMAN et al., 2009).

Ainda é importante ressaltar a questão cultural que envolve as consequências da violência sexual. Em algumas culturas as mulheres violentadas sexualmente são obrigadas a casar-se com seu violentador, serem expulsas de sua comunidade ou serem assassinadas para garantir a honra da família; e homens podem abandonar sua esposa violentada (OPAS, 2003). Este fato gera um grande desconforto social para as mulheres.

## 2.4. VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

Como exposto anteriormente, quantificar a violência sexual não é tarefa fácil. Muitas vezes a agressão ocorre no âmbito das relações afetivas (namoro, casamento), por isso frequentemente não é identificado e/ou registrado nas estatísticas oficiais. Ainda persiste na cultura brasileira o estereótipo do papel feminino de servir ao homem no casamento. Assim, muitas mulheres não reconhecem a violência que sofrem ou não denunciam o parceiro por se sentirem constrangidas e humilhadas ou por medo da reação de seus conhecidos e autoridades. Também é comum que o agressor ameace a vítima de nova violência caso ela o denuncie ou

que seus familiares não a apoiem na decisão de registrar uma denúncia. Assim, o estigma e o trauma gerados pelo estupro estimulam o silêncio da vítima e conseqüente subnotificação deste crime.

Apesar deste problema, em 2014 foram registrados 47.643 casos de estupro em todo o país, o que representa um estupro a cada 11 minutos. Em média apenas 35% dos crimes sexuais são notificados; 67,1% da população brasileira residente nas grandes cidades brasileiras tem medo de ser agredida sexualmente; 90,2% das mulheres e 73,7% dos jovens de 16 a 24 anos afirmam ter medo de sofrer violência sexual (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2015). De acordo com Cerqueira e Coelho (2014), estima-se que no mínimo 527 mil pessoas são estupradas por ano no Brasil e que, destes casos, apenas 10% chegam ao conhecimento da polícia. Os autores ainda relatam que 89% das vítimas são do sexo feminino e que 70% dos estupros são cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima. Quanto as agressões sexuais em crianças, 24% dos agressores são os próprios pais ou padrastos e 32% são amigos ou conhecidos da vítima. O agressor desconhecido passa a configurar como principal autor do estupro à medida que a idade da vítima aumenta, respondendo por 61% dos casos de estupro de pessoa adulta. Mais recentemente, o *Atlas da Violência 2018* revela que mais da metade das vítimas de estupro no Brasil são crianças de até 13 anos de idade (50,9%). Na lista dos agressores, amigos e conhecidos lideram a estatística, seguidos de pais e padrastos. Além disso, o atlas aponta que em pesquisa nacional de vitimização, produzida pelo Ministério da Justiça em 2013, procurou-se estimar o número de ofensas sexuais sofridas pela população adulta. Essa pesquisa foi aplicada em 346 municípios e entrevistou 78 mil pessoas. Concluiu-se que 0,8% da população havia sido acometida nos últimos doze meses por tais ofensas, o que redundaria em cerca de 1,2 milhão de pessoas vitimadas (CERQUEIRA et al., 2018).

Legalmente, no Brasil, estupro é crime contra a liberdade previsto no Código Penal pelo Decreto-lei n° 2.848/1940 (BRASIL, 1940) e retificado pela Lei n° 12.015/2009 (BRASIL, 2009). Assim, é definido como ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Complementarmente, a *Lei Maria da Penha* (Lei n° 11.340/2006) auxilia a evidenciar as diversas formas de violência sexual no âmbito doméstico e familiar, que vão muito além do estupro. A Lei Maria da Penha descreve em seu artigo 7, alínea III, como violência sexual em contexto familiar qualquer conduta que a) constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da

força; *b*) que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; *c*) que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; *d*) ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Apesar dos avanços na legislação brasileira, parte de um legado histórico de leis e práticas que subjogavam os direitos humanos femininos, por vezes, ainda é conivente com a violência sexual contra as mulheres nos dias atuais. Neste contexto, cabe lembrar que até 2009, antes das alterações introduzidas pela Lei nº 12.015/2009 (BRASIL, 2009), o próprio *Código Penal Brasileiro*, datado de 1940, reproduzia boa parte dos estereótipos femininos que estão nas raízes de graves violações dos direitos sexuais das mulheres. No capítulo dos “Crimes contra os Costumes”, a mulher, de um modo geral, não tinha reconhecido o seu poder de decisão ou o direito de exercer livremente a própria sexualidade. Nesta perspectiva, o direito a relações sexuais baseadas na igualdade, no respeito e na justiça muitas vezes as era negado.

Em 2014 a Assembleia Mundial da Saúde chamou a atenção para o importante papel dos sistemas de saúde no combate à violência, especialmente contra meninas e mulheres. E de acordo com a OMS “a prestação de serviços de boa qualidade para atendimento e apoio a vítimas é importante para reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos de violência” (WHO, 2014, p.40).

Nesta perspectiva, mas bem anteriormente a este evento, o Brasil vem assumindo o compromisso de estruturar sua rede de serviços – de saúde, sociais e jurídicos – com a finalidade de combater a violência sexual no país. No ano 2000 tivemos a elaboração do *Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Como desdobramento deste, em 2007, através do Decreto nº 6.053/2007, institui-se a *Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes*, com a finalidade de articular ações e políticas públicas em consonância com o plano citado anteriormente. Esta Comissão seria composta por múltiplos setores com representantes dos Direitos Humanos, Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Políticas para as Mulheres, Justiça, Cultura, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, Esporte, Relações Exteriores, Saúde, Trabalho e Emprego, Transportes, Turismo e Direitos da Criança e do Adolescente.

Neste contexto, desde os anos 2000, observam-se também iniciativas do setor saúde. O Ministério da Saúde brasileiro tem se articulando internamente e externamente com diferentes setores (ONG’s e setor privado) e esferas de gestão (municipal, estadual e federal) no intuito de

implantar uma série de medidas para enfrentar a violência sexual. A primeira dela foi a elaboração da *Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PRMAV)* através da Portaria nº 737/2001, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), por meio da Resolução nº 309/2001 (BRASIL, 2016).

A PRMAV, ampla para todas as naturezas de violência, define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intrasetorial e intersetorial. Entre suas prioridades está a estruturação da vigilância de violências e acidentes, com ênfase na implantação da notificação de violência. Assim, em 2003, o governo promulgou a Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003) que estabeleceu a notificação compulsória dos casos de violência, inclusive sexual, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados. No ano seguinte, através do Decreto nº 5.099/2004, regulamentou, para todo o território nacional, a *notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher*, atribuindo ao Ministério da Saúde a coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela. Ainda naquele ano, a Portaria nº 2.406/2004, instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2016).

Em 2005 foi aprovada a *Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências*, que contemplou as ações de aprimoramento e expansão da vigilância e do sistema de informação de violências e acidentes, com treinamento e capacitação de profissionais para gerenciamento e avaliação das intervenções propostas. Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde lança o documento intitulado *Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento* (BRASIL, 2005) que traz importante contribuição para a problemática da violência sexual. A norma técnica desobriga a mulher vítima de estupro a apresentar um Boletim de Ocorrência (BO) para dispor do direito de atendimento na rede de saúde. Esta iniciativa teve o objetivo de trazer prioritariamente a mulher vítima de violência sexual para o ambiente de saúde, como forma de acolhimento qualificado, sem encaminhá-la em primeiro lugar a um órgão policial.

No ano subsequente, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.356/2006, implantou o *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)*. No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de

Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela.

Considerando que as mulheres são as maiores vítimas de violência sexual no Brasil, destacamos no ano de 2011, o estabelecimento da *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Sua finalidade foi de estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011). Em consonância com esta política e como forma de instrumentalizá-la, por meio do Decreto nº 8.086/2013, é criado o *Programa Mulher: Viver sem Violência*. Por meio deste programa é implantado a *Casa da Mulher Brasileira*, modelo de enfrentamento à violência contra as mulheres concebido como revolucionário por integrar, ampliar e articular os equipamentos públicos voltados às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2013d). Ainda como instrumento desta política, por meio da Lei nº 13.025/2014, a Central de Atendimento à Mulher – *Ligue 180*, tornou-se disquetidúncia em 2014. Este instrumento teria a capacidade de enviar as denúncias para a Segurança Pública, com cópia para o Ministério Público de cada estado.

Contudo, apenas a partir de 2013 é que Brasil garante o *atendimento obrigatório e imediato no Sistema Único de Saúde (SUS) das vítimas de violência sexual*, através da Lei nº 12.845/2013 (BRASIL, 2013). De acordo com essa lei, todos os hospitais da rede pública são obrigados a oferecer, de forma imediata, a anticoncepção de emergência que evita a fecundação do óvulo em até 72 horas após a relação sexual. A anticoncepção de emergência foi avalizada pela OMS como medida essencial para se evitar a gravidez em consequência de estupro (WHO, 1998). No entanto, nem todos os hospitais brasileiros dispõem desta medicação. No geral, existem hospitais de referência para este serviço que por vezes são distantes do local de moradia das vítimas de abuso sexual dificultando o seu acesso a este tipo de serviço.

A Lei nº 12.845/2013 também garante para as vítimas de estupro o direito a diagnóstico e tratamento de lesões no aparelho genital; amparo médico, psicológico e social; profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, realização de exame de HIV e acesso a informações sobre seus direitos legais e sobre os serviços sanitários disponíveis na rede pública. Além disso, esta lei complementa e dá maior sustentação jurídica a outras iniciativas do governo como o Decreto nº 7.958/2013 (humanização e adequação dos serviços de saúde e dos Institutos Médicos Legais (IML), incluindo a guarda da prova), a Lei nº 10.778/2003 (notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher) e a Lei nº 10.886/2004 (tipificação da

violência doméstica no Código Penal Brasileiro). A lei consolida, também, as normas técnicas do Ministério da Saúde que orientam a atenção e atendimento no Sistema Único da Saúde dos casos de violência sexual contra mulheres.

Posteriormente, em 2014 foi publicada a Portaria nº 1.271/2014, do Ministério da Saúde, que define a *Lista Nacional de Notificação Compulsória* de doenças, agravos e eventos em saúde pública e torna imediata (em até 24 horas) a notificação dos casos de violência sexual com o objetivo de agilizar o atendimento à pessoa e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas contra infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais em até 72 horas da agressão, o mais precocemente possível (BRASIL, 2016).

No Brasil, quando a violência sexual resulta em gravidez, a vítima tem o direito ao aborto, previsto no Código Penal desde 1940. No entanto, só a partir de 1999 que tornou-se obrigação do sistema público de saúde garantir as condições objetivas para que a interrupção da gestação ocorra de forma segura. Apesar da legislação vigente, nem todos os hospitais garantem acesso a serviços de saúde voltados às vítimas de estupro, e poucos oferecem o abortamento seguro, realizado em condições de higiene e segurança e por equipe de saúde (CONTE, 2017). Madeiro e Diniz (2016) avaliando 68 centros de referência cadastrados no Ministério da Saúde, demonstraram que apenas 37 estavam, de fato, realizando o aborto. E que em sete estados brasileiros não havia serviço disponível e que 70% dos atendimentos de aborto legal foram realizados na região Sudeste. No país o hospital de referência para o aborto legal em casos de violência sexual é o Hospital Pérola Byington, localizado na região central da cidade de São Paulo e que chega a fazer um terço dos abortos legais registrados no país ao ano.

Por outro lado, nos casos de suspeita de violência sexual contra crianças, adolescentes e pessoas idosas é necessário que os profissionais de saúde, para além da notificação compulsória que é do âmbito da saúde, realize também a comunicação aos órgãos competentes designados pela legislação: *a) Crianças e adolescentes*: deve-se acionar o Conselho Tutelar e/ou Ministério Público; *b) Pessoas idosas*: ao Conselho do Idoso e/ou Ministério Público; *c) Pessoas deficientes*: ao Conselho dos Direitos das Pessoas Deficientes, Ministério Público e à autoridade policial. Para esses públicos específicos, quem é responsável por verificar se houve de fato a violência sexual são os órgãos competentes designados pela lei. Mas, os serviços de saúde devem orientar as pessoas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência e informar sobre os serviços da rede de proteção social (OPAS, 2003; BRASIL, 2016).

A Rede de Proteção Social às vítimas de violência sexual incluem os serviços de assistência social, psicológica e jurídica que podem ser disponibilizadas pelos *Centros de*

*Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Casa da Mulher Brasileira e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).* Por outro lado, dentro da rede de atenção jurídica brasileira à vítimas de abusos sexual podemos citar a *promotoria pública e juizado da infância e adolescência, delegacias especializadas* (Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher - DEAM; Delegacia de Proteção à Criança e do Adolescente; Delegacia Especial de Repressão aos Crimes por Discriminação Racial, Religiosa ou por Orientação Sexual, ou Contra a Pessoa Idosa ou com Deficiência.). Cabe lembrar que pioneiramente na América Latina, de 1985 a 2002, a criação de DEAMs e de Casas-Abrigo foram o principal eixo da política de enfrentamento à violência sexual contra as mulheres, cuja ênfase, portanto, estava na segurança pública e na assistência social (BRASIL, 2011).

#### 2.4.1. Notificações de violência sexual no Brasil

O tema da violência sexual, reiteradas vezes é invisibilizado, seja pela vítima ou sua família que têm medo de expor o caso, seja pelos profissionais vinculados ao cuidado e proteção das pessoas que não enxergam os sinais da violência sexual velados ou seja pela sociedade que omite a discussão do tema. Portanto, romper com o silêncio sobre a temática é uma questão importante para dar notoriedade ao problema e permitir o seu enfrentamento. No Brasil, as violências têm tido uma maior notoriedade com a mudança do perfil de morbimortalidade da população. E especificamente a visibilidade da violência sexual se iniciou na década de 1980 como descreve Lima (2018):

Na década de 1980, a questão do abuso sexual familiar foi se tornando pública no Brasil por meio de campanhas isoladas, desenvolvidas por delegacias de mulheres e instituições de proteção à infância e adolescência. Entretanto, somente no final da mesma década é que o fenômeno do abuso sexual se tornou uma questão relevante, evidenciada em pesquisas realizadas por feministas e especialistas na área de proteção infanto-juvenil, que a tomaram como objeto de denúncia, mobilização para sua superação e de investigação. O problema em pauta começou a ser tratado no país concomitantemente à violência contra a mulher e ao problema das crianças em situação de rua. Desse modo, a violência sexual passou a compor a agenda dos direitos humanos como uma das bandeiras de luta do movimento feminista (LIMA, p.39, 2018)

Como detalhado nos capítulos anteriores, no Brasil a legislação para enfrentamento da violência sexual tomou corpo no início de 1990. E um dos mecanismos utilizados para o enfrentamento da violência sexual foi a instituição da notificação dos casos suspeitos e confirmados. Dentre as legislações destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei nº 8.069/1990 que torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou

confirmados de violência contra crianças e adolescentes aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade) (VELOSO et al., 2013). Nesta perspectiva, pioneiramente o município do Rio de Janeiro, em 1996, implantou a ficha de notificação compulsória padronizada nos serviços de atenção e proteção à infância e adolescência. Em 1999, o estado do Rio de Janeiro também adota este tipo de notificação. E somente em 2001, através da Portaria nº 1.968/2001, é que o Ministério da Saúde adota nacionalmente a ficha de notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos pelos Sistema Único de Saúde (SUS) às autoridades competentes. Portanto, o primeiro grupo no Brasil a ter registros sistematizados de casos de violência sexual foram em crianças e adolescentes (LIMA, 2018).

Posteriormente, o Decreto-Lei nº 5.099/2004, regulamentou a Lei nº 10.778/2003, que instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde públicos e privados, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idoso atendidos em serviços de saúde são de notificação obrigatória (BRASIL, 2010). A partir de então, o Ministério da Saúde vem buscando desenvolver e aperfeiçoar o monitoramento das violências, dentre elas, a violência sexual, através das fichas de notificações. Até 2006 as informações sobre a violência sexual para a população nacional eram extraídas do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e dos boletins policiais.

Em 2006 ocorreu a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), ampliando assim a quantidade de informações sobre todas as violências e ciclos de vida. O VIVA atende a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade de Acidentes e Violências (PNRMAV), quanto a diretriz do monitoramento da ocorrência de acidentes e violências. A PNRMAV preconiza a melhoria das informações através de registro nacional padronizado e de coleta contínua, possibilitando estudos para elaboração de estratégias de ação para prevenção e combate de acidentes e violências nos diversos segmentos populacionais (BRASIL, 2001). Em 2009 a notificação de violências foi inserida no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) colaborando com a expansão do VIVA e garantindo a sustentabilidade das notificações da violência. Em 2014, através da Portaria nº 1.271/2014, o Ministério da Saúde torna a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual como imediata (em até 24h) na esfera municipal, com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência, inclusive a sexual, e como estratégia para articulação de políticas. A notificação compulsória pelo setor de saúde além de viabilizar a interrupção do agravo e desencadear medidas protetivas a vítima através da mobilização da rede de atenção e cuidados, também disponibiliza informações para melhor dimensionamento do agravo. Portanto, no Brasil, o setor saúde foi o protagonista do desenvolvimento de um sistema de registros sobre a violência sexual na perspectiva da proteção.

A notificação da violência sexual assenta-se em duas vertentes: a) na perspectiva da proteção e restituição do direito da pessoa humana e b) na direção da vigilância e monitoramento. A primeira vertente se realiza através do trabalho em rede dos diversos atores e serviços vinculados a proteção dos direitos da pessoa. A segunda vertente relaciona-se à ação da vigilância que associa tanto o registro dos casos e mapeamento quanto as respostas que os sistemas públicos de proteção precisam desempenhar diante das situações registradas. Logo, ajuda a dimensionar e monitorar o problema, subsidiar as tomadas de decisões e direcionar investimentos.

Legalmente, a legislação brasileira, prevê a obrigatoriedade da notificação estabelecida para profissionais, à necessidade de encaminhamento da notificação para autoridades legais e à penalidade para o profissional em caso de omissão. Contudo, é necessário desconstruir a ideia de notificação como denúncia e delação. A notificação em si não dá início a uma denúncia, apesar dela poder ocorrer paralelamente a notificação. Logo, é importante notar que a denúncia está para o âmbito da responsabilização legal voltada às instâncias policiais e jurídicas. Por outro lado, a notificação está voltada às instituições e profissionais vinculados à proteção e ao registro. Logo, a notificação de violência sexual, aos poucos, vem sendo concebida como um instrumento importante de proteção e não de denúncia e punição (Lima, 2018).

Alguns autores (BRANCO, 2002; SALIBA et al., 2007; LUNA, FERREIRA, VIEIRA, 2010) apontam desafios a serem enfrentados para uma efetiva notificação da violência sexual entre os profissionais como: desconhecimento sobre as legislações envolvidas, do fluxo das notificações; falta de preparo técnico e emocional dos profissionais para identificação de casos suspeitos de violência sexual; medo de represália da família, do agressor ou da comunidade; falta de articulação com a rede de proteção, dentre outros. Contudo, a notificação mais que um instrumento burocrático, é uma prática social de repúdio a invisibilidade e banalização da violência sexual.

#### 2.4.2. Aspectos jurídicos sobre a violência sexual no Brasil

No Brasil, a violência sexual tem uma correspondência jurídica com diversos crimes que podem ocorrer de maneira separada ou em conjunto. Logo, existem inúmeras terminologias para os crimes sexuais. Nesta seção contextualizaremos a violência sexual com os dispositivos jurídicos existentes no Brasil.

O termo violência sexual não é apresentado explicitamente na Constituição Federal Brasileira de 1988, mas ela representa um marco jurídico de afirmação dos direitos humanos no país. A Carta Magna foi resultado da articulação de inúmeros setores da sociedade civil, dentre eles os movimentos feministas, em prol da defesa dos direitos de cidadania. Neste sentido, ela ratifica o conteúdo dos tratados internacionais e através dela podem-se aplicar os dispositivos constitucionais sobre a violência no âmbito doméstico-familiar (SOUZA, ADESSE, 2005). Dentre seu texto, destacamos:

- Art. 5º, § 2º “*Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte.*” O texto dá aos tratados e convenções internacionais onde o Brasil é signatário o status constitucional. Neste âmbito podemos citar os seguintes documentos internacionais: a) Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; b) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; e c) Convenção do Direito das Crianças.
- Art. 226, § 5º “*Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher.*” Estabelece papéis iguais entre homem e mulher dentro de uma sociedade conjugal.
- Art. 226, § 8º “*O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.*” Estabelece a obrigatoriedade do Estado de inibir a violência intrafamiliar.
- Art. 227, § 4º “*A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente.*”

Outro documento legal importante para o tema da violência sexual é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/90). O ECA, construído em consonância com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança, trouxe mudanças essenciais para a proteção integral da infância e juventude no país. A Justiça da Infância e Juventude, como autoridade judiciária, pode utilizar o ECA em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, intervindo especialmente nos casos de violência no ambiente familiar. Assim, apontamos como essenciais para a coibição da violência sexual os seguintes artigos:

- Art. 5º “*Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.*”
- Art. 82 “*É proibida a hospedagem de criança ou adolescente em hotel, motel, pensão ou estabelecimento congêneres, salvo se autorizado ou acompanhado pelos pais ou responsável.*” Estabelece coibição de exploração sexual de menores.
- Art. 240 “*Produzir, reproduzir, dirigir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, cena de sexo explícito ou pornográfica, envolvendo criança ou adolescente: reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa.*” Estabelece como crime tal conduta, tentando coibir a pornografia infantil.
- Art. 241 “*Vender ou expor à venda fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: reclusão, de 4 (quatro) a 8 (oito) anos, e multa.*”
- Art. 241-A “*Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, distribuir, publicar ou divulgar por qualquer meio, inclusive por meio de sistema de informática ou telemático, fotografia, vídeo ou outro registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.*”
- Art. 241-B “*Adquirir, possuir ou armazenar, por qualquer meio, fotografia, vídeo ou outra forma de registro que contenha cena de sexo explícito ou pornográfica envolvendo criança ou adolescente: reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.*”

- Art. 241-C *“Simular a participação de criança ou adolescente em cena de sexo explícito ou pornográfica por meio de adulteração, montagem ou modificação de fotografia, vídeo ou qualquer outra forma de representação visual: reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa”*
- Art. 241-D *“Aliciar, assediar, instigar ou constranger, por qualquer meio de comunicação, criança, com o fim de com ela praticar ato libidinoso: reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.”*
- Art. 241-E *“Para efeito dos crimes previstos nesta Lei, a expressão “cena de sexo explícito ou pornográfica” compreende qualquer situação que envolva criança ou adolescente em atividades sexuais explícitas, reais ou simuladas, ou exibição dos órgãos genitais de uma criança ou adolescente para fins primordialmente sexuais”.*
- Art. 245 *“Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.”*
- Art. 250 *“Hospedar criança ou adolescente desacompanhado dos pais ou responsável, ou sem autorização escrita desses ou da autoridade judiciária, em hotel, pensão, motel ou congêneres: multa”*

Ainda sobre a violência sexual intrafamiliar contra adolescentes e crianças, com base no artigo 155 do ECA, o Ministério Público pode instaurar procedimento para a perda ou suspensão do pátrio poder; e de acordo com o artigo 142, a autoridade judiciária poderá designar um curador especial para a criança ou adolescente.

Quanto aos crimes sexuais praticados contra idosos um instrumento jurídico essencial é o Estatuto do Idoso. Promulgado em 2003 pela Lei nº 10.741/2003, ele traz algumas diretrizes quanto a violência sexual praticada em idosos. Seguem:

- Art. 4º *“Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.”*

- Art. 6º *“Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.”*
- Art. 19 *“Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: I – autoridade policial; II – Ministério Público; III – Conselho Municipal do Idoso; IV – Conselho Estadual do Idoso; V – Conselho Nacional do Idoso.”*

Por fim, o documento vigente mais antigo de combate à violência sexual no país é o Código Penal Brasileiro. Nele, os crimes sexuais são definidos sob o título de “Dos Crimes contra a Dignidade Sexual” que subdivide-se nos capítulos “Capítulo I – Dos Crimes contra a Liberdade Sexual”, “Capítulo II – Dos Crimes sexuais contra vulneráveis”, “Capítulo V – Dos lenocínio e tráfico de pessoas para fim de prostituição ou outra forma de exploração sexual” e o “Capítulo VI – Do ultraje público ao pudor”. Seguem os textos relativos a violência sexual:

- Art. 213 - **Crime de Estupro** - *“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.”* Após a reforma do Código Penal pela Lei nº 12.015/09, este artigo passou a englobar duas condutas distintas apontadas anteriormente pelo código penal que seriam o estupro (conjunção carnal) e o antigo atentado violento ao pudor (atos libidinosos). A conjunção carnal é a penetração da vagina pelo pênis de forma completa ou incompleta (SOUZA, ADESSE, 2005). Por outro lado, o conceito de ato libidinoso, para fins de adequação típica, não é pacificado entre os juristas. Há quem entenda que qualquer ato de cunho sexual é considerado como libidinoso para fins de configuração do crime, mas para outros isto é totalmente desarrazoado, sendo necessário uma avaliação do caso concreto (SILVA, 2016)
- Art. 215 – **Violência sexual mediante fraude** – *“Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com alguém, mediante fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação de vontade da vítima: reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos.”* Também chamado de estelionato sexual, neste caso não se trata de grave ameaça, mas de sutileza, ardis, estratégias, fazendo com que

a vontade da vítima fique viciada de modo a não corresponder à verdadeira vontade (SOUZA, ADESSE, 2005).

- Art. 215-A – **Importunação sexual** – “*Praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o ato não constitui crime mais grave.*” É um dos artigos mais recentes referente a violência sexual.
- Art. 216-A – **Assédio Sexual** – “*Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.*”
- Art. 216-B – **Registro não autorizado de intimidade** - “*Produzir, fotografar, filmar ou registrar, por qualquer meio, conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado sem autorização dos participantes: detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e multa.*”
- Art. 217-A – **Estupro de vulnerável** – “*Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos: reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos.*”
- Art. 218 – **Corrupção de menores** – “*Induzir alguém menor de 14 (catorze) anos a satisfazer a lascívia de outrem: reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.*”
- Art. 218-A – **Satisfação de lascívia mediante presença de criança ou adolescente** - “*Praticar, na presença de alguém menor de 14 (catorze) anos, ou induzi-lo a presenciar, conjunção carnal ou outro ato libidinoso, a fim de satisfazer lascívia própria ou de outrem: reclusão, de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.*”
- Art. 218-B – **Favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável** – “*Submeter, induzir ou atrair à prostituição ou outra forma de exploração sexual alguém menor de 18 (dezoito) anos ou que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, facilitá-la, impedir ou dificultar que a abandone: reclusão, de 4 (quatro) a 10 (dez) anos.*”

- Art. 218-C – **Divulgação de cena de estupro ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia** – *“Oferecer, trocar, disponibilizar, transmitir, vender ou expor à venda, distribuir, publicar ou divulgar, por qualquer meio - inclusive por meio de comunicação de massa ou sistema de informática ou telemática -, fotografia, vídeo ou outro registro audiovisual que contenha cena de estupro ou de estupro de vulnerável ou que faça apologia ou induza a sua prática, ou, sem o consentimento da vítima, cena de sexo, nudez ou pornografia: reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o fato não constitui crime mais grave.”*
- Art. 227 – **Mediação para servir a lascívia de outrem** - *“Induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem: reclusão, de um a três anos.”*
- Art. 228 – **Favorecimento da prostituição ou outra forma de exploração sexual** – *“Induzir ou atrair alguém à prostituição ou outra forma de exploração sexual, facilitá-la, impedir ou dificultar que alguém a abandone: reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.*
- Art. 229 – **Casa de Prostituição** – *“Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente: reclusão, de dois a cinco anos, e multa.”*
- Art. 230 – **Rufianismo** – *“Tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça: reclusão, de um a quatro anos, e multa.”*
- Art. 233 – **Ato obsceno** - *“Praticar ato obsceno em lugar público, ou aberto ou exposto ao público: detenção, de três meses a um ano, ou multa.”*
- Art. 234 – **Escrito ou objeto obsceno** – *“Fazer, importar, exportar, adquirir ou ter sob sua guarda, para fim de comércio, de distribuição ou de exposição pública, escrito, desenho, pintura, estampa ou qualquer objeto obsceno: detenção, de seis meses a dois anos, ou multa.*

Apesar do documento datar de 1940, o Código Penal Brasileiro vem sofrendo alguns ajustes ao longo dos anos para contemplar a realidade do país. Dentre as principais leis

relacionadas a temática da violência sexual que o alterou destacam-se **Lei nº 10.224/2001** (Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências); **Lei nº 11.106/2005** (Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências.); **Lei nº 11.340/2006**, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha (Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.); **Lei nº 12.015/2009** (Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores); **Lei nº 12.650/2012**, popularmente conhecida como **Lei Joana Maranhão** (Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes.); **Lei nº 13.344/2016** (Dispõe sobre prevenção e repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas e sobre medidas de atenção às vítimas; altera a Lei no 6.815, de 19 de agosto de 1980, o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); e revoga dispositivos do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). ; e **a Lei nº 13.718/2018** (Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais));

Além disso, alguns crimes sexuais descritos no Código Penal Brasileiro, como o estupro, o estupro de vulnerável e favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável, são considerados crimes hediondos de acordo com a Lei nº 8.072/90. Esta lei aumentou a previsão de penas para aqueles crimes considerados

socialmente repugnantes ou altamente reprováveis. Além disso, ela também alterou as circunstâncias do cumprimento da pena: o autor não pode ser beneficiado com fiança e nem liberdade provisória e o cumprimento da pena é sempre em regime fechado (SOUZA, ADESSE, 2005). Adicionalmente, a Lei Joana Maranhão, determinou que o prazo para prescrição dos crimes sexuais contra crianças e adolescentes só comece a contar quando elas completarem 18 anos. Além disso, determina que os crimes com maior gravidade como estupro terão um prazo de até 20 anos a partir da maioridade para que se denuncie o agressor.

Finalmente, dentre os tratados internacionais de direitos humanos em que o Brasil é signatário e que tem relevância para o tema da violência sexual, incluindo a violência doméstica e contra mulher, destacam-se as seguintes convenções:

- **Convenção para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher** – ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995. Este é o principal documento internacional que trata da violência doméstica e sexual contra mulheres e adolescentes, dando visibilidade ao problema e estabelecendo o dever do Estado de adotar políticas para prevenção, punição e erradicação no âmbito dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (SOUZA, ADESSE, 2005).
- **Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher** – ratificada pelo Brasil em 1º de fevereiro de 1983.
- **Convenção sobre Direitos da Criança** – ratificada pelo Brasil em 24 de setembro de 1990. Foi quem deu base para a construção do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil.
- **Conferência Mundial dos Direitos Humanos de Viena** – produzido pela ONU, o qual o Brasil faz parte, em junho de 1993.
- **Conferência Mundial sobre Mulher, Desenvolvimento e Paz de Pequim** – produzido pela ONU em 1995.

## 2.5. DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Compreender as circunstâncias em que ocorre a violência sexual, assim como os fatores de risco e de proteção que influenciam sua ocorrência é crucial para o enfrentamento desta problemática. A identificação de tais fatores é de suma importância para orientar estratégias,

programas e políticas de enfrentamento à violência sexual. Inúmeros modelos teóricos buscam descrever os fatores envolvidos com a violência sexual. Existem modelos que se baseiam em conceitos biológicos, psicológicos, culturais e de igualdade de gênero. Cada um deles contribui para um melhor entendimento da violência sexual e tem auxiliado a construir programas ao redor do mundo que objetivam minimizar as taxas de violência sexual (OMS, 2012). Contudo, aquele mais utilizado pela OMS e disseminado aos países é o modelo ecológico (Figura 3). Esta abordagem considera que a violência, em vez de ser o resultado de um único fator, é o resultado de fatores de risco e causas múltiplas interagindo em quatro níveis articulados e hierarquizados de circunscrição.

Figura 3. Modelo ecológico da OMS de determinação da violência sexual. Fonte: OMS, 2012.

### O modelo ecológico



De acordo com a OMS (2012, p.19), o modelo ecológico organiza os fatores de risco de acordo com quatro níveis de influência:

- **Individual:** inclui fatores biológicos e de histórico pessoal que podem aumentar a probabilidade de um indivíduo se tornar uma vítima ou um perpetrador de violência sexual.
- **Relacional:** inclui fatores que aumentam o risco resultantes de relacionamentos com pares, parceiros íntimos e membros familiares. Esses são o círculo social mais próximo à pessoa e podem moldar seu comportamento e os tipos de experiências.
- **Comunitário:** refere-se a contextos comunitários, nos quais estão contidas relações sociais – como as escolas, os locais de trabalho e as vizinhanças – e

busca identificar as características desses ambientes que são associadas a pessoas que se tornam vítimas ou perpetradores de violência sexual.

- **Social:** inclui os fatores mais amplos e em nível macrossocial que influenciam a violência sexual, tais como desigualdade de gênero, sistemas de crenças religiosas ou culturais, normas sociais e políticas econômicas ou sociais que criam ou sustentam lacunas e tensões entre grupos de pessoas.

No entanto, o modelo ecológico apenas apresenta uma diretriz para a compressão da interação complexa entre todos os fatores associados a violência sexual. Ele nos aponta para pontos críticos a serem pesquisados em diferentes contextos (WHO, 2002). Além disso, também embasa a abordagem da saúde pública, que vai além do indivíduo, tentando compreender os contextos sociais que possam criar as condições favoráveis para a ocorrência da violência sexual (OMS, 2012).

Com base no modelo teórico, de vários níveis, compreende-se que explicar a violência sexual é uma tarefa complexa, não apenas pela multiplicidade de fatores envolvidos, mas também pelas inúmeras formas que ela adota e a diversidade de circunstâncias em que se produz. Sabe-se que estes diversos fatores tem um poder aditivo, de modo que quanto mais fatores estejam presentes, maior será a possibilidade de acontecer a violência sexual. Contudo, a importância de um fator determinado pode variar de acordo com as distintas etapas da vida bem como com o contexto em que estes indivíduos estão inseridos (OPAS, 2003).

Os padrões de violência sexual e as suas consequências não estão distribuídas uniformemente entre países, regiões ou por gênero e idade. Contudo, de maneira geral, em todas as regiões, os países desenvolvidos apresentam taxas de violência sexual bem menores que os demais (WHO, 2014).

Dentre os fatores de risco mais apontados para sofrer a violência sexual, nos níveis individual e relacional, destacam-se: ser mulher; ser jovem; estar em um relacionamento íntimo; consumir álcool e outras drogas; ter uma maior escolaridade; ter independência financeira; ter sido violentada sexualmente anteriormente; ter múltiplos parceiros sexuais; ser profissional do sexo; ser pobre (OPAS, 2003).

Pessoas em idade mais jovem possuem um fator de risco maior tanto para ser um perpetrador ou uma vítima de violência sexual, dependendo do sexo. Enquanto os homens mais jovens cometem mais violência sexual que as demais faixas etárias, as mulheres mais jovens sofrem mais abusos sexuais que aquelas mais velhas (OMS, 2012).

Apesar de algumas pesquisas concluírem que existe uma associação entre o uso nocivo de álcool e a perpetração de violência sexual (ABBEY et al., 2004; TESTA, 2004), outros achados tem apontado uma relação fraca ou nenhuma relação entre o uso de álcool e a experiência de violência sexual (GUTIERRES, VAN PUymbROECK, 2006; SÖCHTING, FAIRBROTHER, KOCH, 2004; TANG, LAI, 2008). Sabidamente o álcool tem determinados efeitos psicofarmacológicos, como reduzir as inibições, a compreensão e a capacidade de interpretar os sinais das outras pessoas. Contudo, McDonald (1994) relata que a relação biológica entre o álcool e a violência não é tão simples assim. Segundo o autor, as relações entre álcool, violência e embriaguez não são universais, mas é produto do aprendizado social. É necessária uma permissividade cultural para que pessoas alcoolizadas cometam agressões sexuais. Logo, só há uma probabilidade maior de homens agredirem sexualmente as pessoas ao beberem quando estes acreditam que não são responsáveis pelo seu comportamento. O uso de álcool também é associado às práticas grupais de violência sexual. Nesta situação, o álcool fortalece os vínculos grupais, na medida em que desaparecem as inibições em forma coletiva e o entendimento individual cede o lugar para o entendimento do grupo. Além disso, o consumo de álcool e outras drogas pelas mulheres torna mais difícil para que elas se protegerem e também as colocam em situações onde as possibilidades de encontrar com um agressor potencial são maiores (OPAS, 2003).

Outra relação complexa é entre o nível de escolaridade individual e a violência sexual. Alguns estudos relatam que o baixo nível de escolaridade é o fator mais consistente relacionado com a perpetração e a experiência da violência praticada pelo parceiro íntimo, inclusive sexual (ACKERSON et al., 2008; BOY, KULCZYCKI, 2008; BOYLE et al., 2009; BROWN et al., 2006; CHAN, 2009; DALAL, RAHMAN, JANSSON, 2009; GAGE, 2006; JEYASEELAN et al., 2004; JOHNSON, DAS, 2009; KOENIG et al., 2006; MARTIN, TAFT, RESICK, 2007; TANG, LAI, 2008). Por outro lado, Flake (2005) identificou que as mulheres com um alto nível de instrução estavam em grande risco de sofrer violência sexual praticada pelo parceiro íntimo. Uma explicação para este achado seria que as mulheres com maiores graus de educação formal, geralmente são financeiramente independente. Logo, por sua maior capacidade social tenderiam a resistência as normas patriarcais, o que levariam os homens a recorrerem a violência para recuperar o controle da relação. Contudo, é importante ressaltar que os primeiros estudos incluem todos os tipos de violência praticada pelo parceiro íntimo incluindo a sexual, enquanto o último detém-se exclusivamente a violência sexual pelo parceiro íntimo. Complementarmente, Jewkes (2002) chama a atenção para o fato que ao aumentar seu nível de

educação e poder financeiro até certo ponto a mulher corre maior risco de ser violentada. Contudo, ao ultrapassar este ponto, o maior nível educacional e independência financeira torna-se fator de proteção. Assim, parece que a relação entre nível educacional e violência sexual ainda não foi completamente desvendada.

História de abuso sexual durante a infância e a adolescência tem sido associada ao aumento do risco das mulheres sofrerem agressão sexual durante a vida adulta e ao risco dos homens perpetrarem violência sexual contra outras pessoas na vida adulta (MANGIOLOI, 2009). Outros estudos corroboram com esta premissa afirmando que crianças e adolescentes que sofreram violência sexual são mais suscetíveis a sofrer agressões sexuais durante a vida adulta (TJADEN, THOENNES, 2000; FLEMING et al., 1999). Por sua vez, outros achados demonstram que a exposição a qualquer tipo de abuso, inclusive sexual, durante a infância era positivamente associada à experiência, pelas mulheres, de violência sexual (MARTIN, TAFT, RESICK, 2007; SÖCHTING, FAIRBROTHER, KOCH, 2004; VUNG, KRANTZ, 2009). A OPAS (2003) relata que um em cada cinco meninos vítimas de abusos sexuais na infância tornar-se sexualmente violento em idades posteriores. Essa exposição à violência durante a infância pode aumentar a probabilidade de aceitação da violência como vítima e perpetrador em parcerias futuras e situações de alto risco (OMS, 2012).

Mulheres jovens com múltiplos parceiros sexuais correm maior risco de sofrer agressão sexual. Contudo, a direção desta associação ainda não é clara, pois não se sabe se ter múltiplos parceiros sexuais é uma causa da violência sexual ou uma consequência dos abusos sexuais durante a infância. Alguns pesquisadores apontam que crianças e adolescentes violentadas sexualmente tem maior probabilidade de ter múltiplos parceiros na vida adulta quando comparadas a mulheres não violentadas (OLSSON et al., 2000).

A OMS (2012) revela que ser pobre é um fator de risco para sofrer violência sexual. Agressões sexuais contra pessoas pobres podem ser produzidas em diversas circunstâncias. Por terem empregos mais degradados e morarem em lugares mais periféricos, podem sofrer violência sexual ao voltarem sozinhas do trabalho para casa em horários inapropriados. Os filhos de pessoas pobres podem ficar sozinhos em casa durante o dia enquanto seus pais estão trabalhando, podendo ser aliciados nestes momentos de pouca supervisão familiar e sofrer agressões sexuais por conhecidos, familiares e vizinhos. Além disso, a pobreza, por vezes, impulsiona as mulheres a buscarem trabalho que levam a um risco maior de sofrer violência sexual, como a prostituição. Também, quando estão trabalhando são mais susceptíveis a não denunciar os assédios sexuais sofridos no trabalho por medo de perder seu emprego.

Sejam quais forem os mecanismos precisos, é provável que a pobreza funcione como “marcador” para uma variedade de condições sociais que se combinam para aumentar os riscos enfrentados pelas mulheres. Mulheres e meninas pobres podem estar mais em situação de risco de estupro no decorrer de suas tarefas cotidianas que aquelas que têm uma melhor condição de vida, por exemplo, quando voltam tarde à noite do trabalho para o lar ou trabalham nos campos ou coletam madeira sozinhas. As crianças de mulheres pobres podem ter um nível menor de supervisão quando não estão na escola, uma vez que suas mães podem estar trabalhando e sem condições para pagar creches. Mesmo as crianças podem estar trabalhando e, portanto, estar vulneráveis à exploração sexual. A pobreza força muitas mulheres e meninas a ocupações que possuem um risco relativamente alto de violência sexual, especialmente no sexo como profissão. Cria também pressões enormes de encontrar ou manter empregos, seguir atividades comerciais e, em caso de estarem estudando, obter boas notas – todas tornando-as vulneráveis à coerção sexual pelos que lhes podem prometer essas coisas (OMS, 2012, p.25)

Existem também fatores individuais e relacionais que aumentam o risco dos homens cometerem violência sexual. Os fatores relacionais geralmente estão relacionados com atitudes e crenças, assim como condutas originadas por determinadas situações e condições sociais que fazem viável a perpetração de agressões sexuais.

A OPAS (2003) afirma que fatores psicológicos como deficiências cognitivas podem levar aos homens a exercerem violência sexual considerando que eles não interpretam adequadamente os sinais emitidos pelas mulheres em âmbitos sociais. Outros estudos revelam a existência de uma associação entre os transtornos de personalidade antissocial, personalidade impulsiva e falta de empatia com a perpetração de violência sexual praticada pelo parceiro. Esses estudos sugerem que os perpetradores com essas características são mais propensos a ignorarem as normas sociais e tem tendência de se tornarem agressivos e impulsivos, resultando na perpetração de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo (ABBEY et al., 2004; CHAN, 2009; MARSHALL, PANUZIO, TAFT, 2005). Contudo, segundo a OMS (2012), mais estudos são necessários para apoiar empiricamente a relação causal entre os transtornos de personalidade e a perpetração de violência sexual praticada pelo parceiro íntimo.

Homens com múltiplas parcerias sexuais também são mais propensos a praticarem violência sexual. Acredita-se que esses homens podem buscar parcerias sexuais múltiplas como fonte de *status* e autoestima, criando fracos vínculos emocionais com estas (JEWKES et al., 2006). Também, esses homens são mais propensos a adotarem comportamentos sexuais de risco expondo-se e expondo suas parceiras a um maior risco de infecção pelo vírus HIV (OMS, 2012). Além disso, a agressão sexual também é considerada, por vezes, como uma característica que defini virilidade no grupo, e que por sua vez, guarda relação íntima com o desejo de ser admirado pelos demais do grupo. Assim, as condutas sexualmente agressivas são comuns em

homens jovens participantes de quadrilhas ou gangues e que possuem colegas que cometem delitos (OPAS, 2003).

De acordo com a OPAS (2003), ser pobre está relacionado tanto ao risco de sofrer a violência sexual quanto de exercê-la. Portanto, ela é duplamente potencial. Homens pobres, com escassa ou nenhuma possibilidade de emprego, tornam-se incapazes de cumprir com o modelo de masculinidade dominante ou com a expectativa de êxito masculino. Nesta situação, os homens canalizam sua agressão, na forma de violência sexual, para as mulheres como forma de reconfigurar as ideias de masculinidade vigentes.

De acordo com a OMS:

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais, que incluem governança fraca; estado de direito frágil; normas sociais, culturais e de gênero; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação (WHO, 2014, p. 33)

As normas sociais e culturais sobre o uso da violência como instrumento para alcançar um objetivo tem sido estreitamente associada com a prevalência de violência sexual. A probabilidade de ocorrer uma violência sexual está relacionada com quanto a crença na superioridade masculina e no direito do homem ao sexo estão enraizados em uma comunidade, a tolerância geral da agressão sexual na comunidade e a força das sanções, se houver, contra os agressores (WHO, 2002; RUSSO, PIRLOTT, 2006; ALI, BUSTAMANTE-GAVINO, 2008). As leis políticas adotadas pelo país em relação a igualdade de gênero podem também influenciar a violência sexual. Alguns países possuem leis e procedimentos jurídicos de grande alcance. Por outro lado, existem países que abordam o tema com excessiva condescendência, excluindo de seu ordenamento jurídico certas formas ou lugares de ocorrência de violência sexual (OPAS, 2003).

A violência sexual cometida pelos homens é em grande medida enraizada em ideologias do direito masculino ao sexo. Esses sistemas de crença dão às mulheres poucas opções legítimas de recusar as investidas sexuais. Assim, muitos homens simplesmente excluem a possibilidade de que suas investidas sexuais com relação a uma mulher possam ser rejeitadas ou que uma mulher tenha o direito de tomar uma decisão autônoma sobre a participação no sexo. Em muitas culturas, tanto homens como mulheres consideram o casamento como acarretando uma obrigação da mulher de estar sexualmente disponível praticamente sem limites, ainda que o sexo possa ser culturalmente proibido em certos momentos, como depois do parto ou durante a menstruação. As normas sociais sobre o uso da violência como meio para alcançar objetivos têm sido fortemente associadas com a prevalência de estupro. O estupro é mais comum nas sociedades em que a ideologia de superioridade masculina é forte, enfatizando o domínio, a força física e a honra masculina (OMS, 2012, p.29)

As atitudes de homens e mulheres diante da violência são fortemente correlatas à exposição à violência sexual praticada pelo parceiro. A aceitação da violência sexual praticada pelo parceiro íntimo e as atitudes dos homens diante das mulheres, considerando-as inferiores, podem perpetuar a ocorrência de violência. Essas atitudes podem ser transferidas de geração em geração através dos processos de aprendizado, a mídia, as escolas e o fato de presenciar e vivenciar a violência ao longo da vida (OMS, 2012).

Desde o início do milênio, os organismos internacionais têm chamado a atenção para os contextos sociais em que as pessoas vivem (OPAS, 2003). Estudos oriundos de uma ampla gama de âmbitos mostram que, embora a violência sexual abranja todos os grupos socioeconômicos, as mulheres vivendo na pobreza são afetadas desproporcionalmente (WHO, 2002). E segundo a OMS (2014) a pobreza concentrada em áreas urbanas, nos países subdesenvolvidos, é um aspecto visível de condições menos favorecidas. A alta concentração de indivíduos pobres e desempregados leva a altos níveis de instabilidade habitacional, o que dificulta a estabelecimento de valores e normas culturais entre as pessoas, o desenvolvimento de laços sociais fortes e de rede de apoio. Por consequência, nestes ambientes, teremos um maior risco de violência sexual. Contudo, poucos países têm implantado medidas políticas, sociais e educacionais para atenuar os principais fatores de risco da violência. Poucos países relatam possuir política de redução da evasão escolar e políticas habitacionais para reduzir a concentração de pobreza (OMS, 2012).

Os Quadros 2 e 3 apontam os principais fatores de risco para a ocorrência de violência sexual.

Quadro 2. Fatores de risco para vitimização da mulher a violência sexual.

<b>NÍVEL INDIVIDUAL</b>	
DEMOGRAFIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juventude</li> <li>• Baixo nível de escolaridade</li> <li>• Mulheres separadas/divorciadas e solteiras</li> </ul>
VIDA SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição precoce à atividade sexual</li> <li>• Ter sofrido violência sexual anteriormente</li> </ul>
EXPOSIÇÃO A MAUS-TRATOS INFANTIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violência intraparental</li> <li>• Abuso sexual</li> </ul>
TRANSTORNO MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressão</li> </ul>
USO DE SUBSTÂNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso nocivo de álcool</li> <li>• Uso ilícito de drogas</li> </ul>
<b>NÍVEL RELACIONAL</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter múltiplos parceiros</li> </ul>
<b>NÍVEL COMUNITÁRIO</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanções comunitárias fracas</li> <li>• Pobreza</li> </ul>

<b>NÍVEL SOCIAL</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ideologia do direito masculino ao sexo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanções legais fracas</li> </ul>

Fonte: Adaptado da OMS (2012).

Quadro 3. Fatores que aumentam o risco dos homens cometerem violência sexual.

<b>FATORES</b>	
<b>Individuais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de álcool e outras drogas;</li> <li>• Fantasias sexuais coercitivas e outras atitudes e crenças que apoiem a violência sexual;</li> <li>• Tendências impulsivas e antissociais;</li> <li>• Preferência por relações sexuais impessoais (sem vínculo afetivo);</li> <li>• Sentimento de desprezo pelas mulheres;</li> <li>• Antecedente de abuso sexual durante a infância;</li> <li>• Ter presenciado situações de violência doméstica durante a infância;</li> <li>• Baixo <i>status</i> socioeconômico/nível de renda.</li> </ul>
<b>Relacionais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações de amizade com pessoas delinquentes e sexualmente agressivas;</li> <li>• Ambiente familiar caracterizado por violência física e falta de recursos;</li> <li>• Vivência em ambiente familiar fortemente patriarcal;</li> <li>• Hábitos familiares de repressão emocional;</li> <li>• Conviver em locais onde a honra familiar é considerada mais importante que a saúde e a segurança da vítima.</li> </ul>
<b>Comunitários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza, mediada por certas formas de crise de identidade masculina;</li> <li>• Falta de oportunidade de trabalho;</li> <li>• Falta de apoio institucional do sistema policial e judiciário;</li> <li>• Tolerância geral a agressão sexual na sociedade;</li> <li>• Falta de sanções sociais estritas contra perpetradores de violência sexual.</li> </ul>
<b>Sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de normas sociais que favoreçam a violência sexual;</li> <li>• Existência de normas sociais que sustentam a superioridade masculina e o direito sexual;</li> <li>• Falta de leis e políticas estritas relacionadas com a violência sexual;</li> <li>• Falta de leis e políticas estritas relacionadas com a igualdade de gênero;</li> <li>• Elevado nível de criminalidade de outras formas de violência.</li> </ul>

Fonte: Adaptado da OPAS (2003).

Além dos fatores de risco, também é importante relatar que existem fatores de proteção à violência sexual. Dentre estes se destacam o maior grau de escolaridade de homens e mulheres, maior tempo de casamento, ter-se beneficiado de um ambiente familiar saudável enquanto criança e a capacidade da mulher de reconhecer o risco da violência sexual (ELLSBERG et al. 1999; SCHWARTZ et al., 2006).

## 2.6. PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: É POSSÍVEL?

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) prevenir a violência é possível. Contudo, para cada tipo de violência, os ganhos com a prevenção são distintos.

“É cada vez maior a número de estudos científicos que demonstram que a violência pode ser evitada. Evidências que apoiam determinadas estratégias são mais consistentes, e até o momento, os ganhos comprovados com a prevenção são maiores para alguns tipos de violência do que para outras” (WHO, 2014, p.27).

Quanto à prevenção da violência sexual, a OMS (2012) aponta que, por ser um problema multifacetado, são necessárias políticas mais abrangentes, abordando uma gama ampla de fatores que possam aumentar seu risco, incluindo determinantes sociais mais amplos, como desigualdade econômica e de gênero. Além disso, tais esforços devem perdurar ao longo dos anos envolvendo não apenas os indivíduos, mas também comunidades e sociedade como um todo. Nesta perspectiva, a colaboração de diferentes setores da sociedade como escolas, ambientes de trabalho, organizações não governamentais, sistemas de justiça criminal, saúde e serviço social são essenciais.

Atualmente, os limitados recursos humanos e econômicos dispensados a área da violência sexual são direcionados ao tratamento, gestão e apoio às vítimas, e detenção/prisão dos agressores. Contudo, deve-se pensar na perspectiva de saúde pública, ou seja, uma maior ênfase deve ser colocada na prevenção da violência sexual. A prevenção primária desse tipo de violência poderá salvar vidas e dinheiro. Investimentos realizados agora, para prevenir a violência sexual, protegerão o bem-estar físico, mental e econômico e o desenvolvimento de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades (OMS, 2012).

Para prevenção da violência sexual algumas estratégias parecem potentes, quer em bases teóricas ou porque objetivam agir em fatores de riscos conhecidos, porém, a maioria não foi implementada sistematicamente e muito menos avaliada. Neste sentido a OMS (2012) alerta:

A prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo baseada em evidências está ainda em seus primórdios e há muito que se fazer. No momento, apenas uma estratégia possui evidências para a sua eficácia – e essa se refere apenas à violência pelo parceiro íntimo. A referida estratégia é o uso de programas baseados nas escolas para a prevenção da violência em relacionamentos de namoro (OMS, 2012, p.1).

Vários países têm implantado programas de combate à violência sexual. Apesar de alguns programas específicos serem implantados em larga escala nestes países, as evidências documentadas de sua efetividade ainda não são significativas. A maioria dos programas

utilizam estratégias para mudanças de normas sociais e culturais para combater a violência sexual. Por outro lado, alguns poucos países tem incluído programas de capacitação para microfinanças incluindo equidade de gênero, programas de combate à violência no namoro nas escolas e políticas no sentido de reduzir o acesso ao álcool (OMS, 2012). Muitos países promulgaram leis para criminalizar a violência sexual como forma de coibir mais atos violentos.

Ainda neste contexto, é importante destacar que os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante na prevenção deste agravo. Os serviços de saúde são consideravelmente mais eficazes nos países onde existem protocolos e normas para manejo dos casos e levantamento de indícios, onde há profissionais capacitados e existe uma rede de atenção vinculada adequadamente ao sistema judicial. Para poder detectar o abuso sexual ou a tentativa dele, o profissional de saúde deve ter perspicácia e estar familiarizado com os indicadores verbais, comportamentais e físicos dos abusos (OPAS, 2003). Contudo, estudos apontam falta de capacitação dos profissionais de saúde para reconhecer sinais de violência sexual. A WHO (2014) relata que menos de um terço dos países pesquisados em 2014 apresentaram em seus planos de ações campanhas de capacitação para profissionais de saúde para reconhecer sinais e sintomas de abusos diversos, inclusive sexuais.

Na perspectiva da prevenção da violência sexual a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) tem chamado a atenção dos países para a importância de estudos nacionais, especialmente nos países de média e baixa renda, para subsidiar os programas de prevenção a serem implantados.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer, sob a perspectiva conceitual e epidemiológica, a situação da violência sexual no Brasil, analisar sua evolução ao longo dos anos e sua associação com características contextuais e com as iniquidades sociais.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Investigar, conceitualmente, fatores determinantes para a violência sexual no Brasil;
- 2) Avaliar a relação conjunta de fatores individuais e contextuais com a violência sexual no Brasil;
- 3) Avaliar a associação da violência sexual com fatores contextuais, em diferentes agregados territoriais (municípios e unidades federativas brasileiras);
- 4) Avaliar a associação da violência sexual com fatores contextuais, especialmente as políticas públicas brasileiras ofertadas na forma de serviços de saúde, assistência social e segurança pública;
- 5) Averiguar a tendência das notificações de violência sexual no Brasil;
- 6) Analisar a relação das notificações de violência sexual com as desigualdades sociais vivenciadas no Brasil;
- 7) Comparar os registros de violência sexual de diferentes fontes;
- 8) Analisar a distribuição dos sub-registros de violência sexual no território brasileiro;
- 9) Avaliar a relação dos sub-registros de violência sexual com características socioeconômicas.

## 4. METODOLOGIA

Esse estudo foi desenvolvido através de uma série de seis pesquisas individuais separadas que abordaram a violência sexual sob diferentes desfechos. Cada pesquisa individual corresponde a um capítulo da seção “Resultados e Discussão”. Portanto, nesta seção abordaremos apenas a caracterização geral da pesquisa, as fontes de informações e os métodos estatísticos utilizados para as pesquisas delineadas nos capítulos seguintes. Outros detalhes podem ser encontrados nos capítulos específicos da seção “Resultados e Discussão”.

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

O primeiro estudo trata-se de um ensaio de natureza teórica, realizado por meio de revisão bibliográfica de estudos de autores importantes para a literatura sobre violência. Os demais estudos são de natureza quantitativa e utilizaram desenhos ecológicos. A segunda, quinta e sexta pesquisa usaram um desenho ecológico de múltiplos grupos e no estudo terceiro e quarto foi utilizado um desenho ecológico misto (múltiplos grupos e múltiplos tempos). Todos estes foram conduzidos com dados secundários disponíveis e de domínio público, portanto dispensaram a etapa de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Quanto às unidades de análise, no segundo estudo utilizamos dados individuais e dos municípios brasileiros relativos ao ano de 2010. O terceiro e quarto estudos tiveram o recorte temporal de 2010 a 214. No terceiro estudo, as unidades federativas brasileiras foram as unidades de análise e no quarto, quinto e sexto foram os municípios brasileiros.

O desfecho analisado em todos os estudos foi a ocorrência de violência sexual. No primeiro estudo analisamos a temática à luz dos pensadores importantes e conceituados na área de estudo da violência. Nos demais estudos a violência sexual foi analisada a partir de dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), através do Componente I VIVA/Sinan. Segundo o Manual Instrutivo de Notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde, que orienta os registros de violência no Brasil, é considerada “violência sexual” qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como

violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p.42). Nos dois últimos estudos, a violência sexual foi também analisada a partir de dados catalogados no sistema policial, classificados como estupro. Segundo art. 213 do Código Penal Brasileiro (redação dada pela Lei nº 12.015/2009), o estupro consiste em “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”.

Como variáveis independentes dos estudos delineados a seguir foram utilizadas algumas características individuais (idade, sexo e escolaridade) coletadas pelo VIVA; características contextuais relacionadas à educação (expectativa de anos de estudo aos 18 anos), condições econômicas (renda *per capita* média e índice Gini), sociais (taxa de vulnerabilidade à pobreza, proporção de pessoas que não trabalham e não estudam e índice de desenvolvimento humano) e de emprego (taxa de desemprego). Estes dados foram extraídos diretamente do Censo Brasileiro ou do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Além disso, também foram utilizadas variáveis contextuais acerca dos serviços de saúde (cobertura da atenção primária à saúde e taxa de investimentos em atenção primária à saúde), serviços sociais (cobertura de serviços sociais públicos) e segurança pública (investimentos em segurança pública), obtidos respectivamente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) e dos Anuários Brasileiros de Segurança Pública.

A seguir, no Quadro 4 apresenta todas as variáveis utilizadas neste estudo.

Quadro 4. Quadro conceitual das variáveis do estudo.

	Variáveis	Descrição
<b>Dependentes</b>	Prevalência de violência sexual	Porporção de violência sexual dentro todas as violências registradas no Sistema VIVA.
	Casos de violência sexual	Número de casos de violência sexual notificados no Sistema VIVA.
	Taxa de notificação de violência sexual do VIVA	Número de casos de violência sexual notificados no VIVA dividido pela população e multiplicados por 100 mil habitantes
	Taxa de violência sexual SINESPJC	Número de casos de violência sexual registrados nos boletins de ocorrência do Sistema policial dividido pela população e multiplicados por 100 mil habitantes
	Taxa de dissonância VIVA/SINESPJC	Diferença entre a taxa de violência sexual SINESPJC e taxa de violência sexual do VIVA
<b>Independente (individual)</b>	Gênero	Variável relacionada aos papéis sociais dentro de uma sociedade. Sexo ao nascimento.
	Idade	Variável relacionada ao grau de autonomia dos corpos. Idade do indivíduo
	Nível de educação	Variável que mede o grau de instrução formal de uma pessoa. Maior nível de escolaridade que o indivíduo atingiu.
<b>Independente (Contextual)</b>	Expectativa de escolaridade aos 18 anos	Índice que representa a média de escolaridade que as pessoas no geral atingem morando em determinada localidade geográfica. Média de anos de escolaridade que uma pessoa deve completar antes dos 18 anos de idade.
	Índice Gini	Índice que mede a desigualdade na distribuição da renda <i>per capita</i> . Varia de 0, onde não há desigualdade, a 1 quando toda a renda está concentrada em um único indivíduo.
	Proporção de vulneráveis à pobreza	Índice para mede o número de indivíduos em risco de pobreza em uma população. Proporção de indivíduos com renda domiciliar <i>per capita</i> igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais.
	Taxa de desemprego	Índice que mede a dificuldade de emprego. Porcentagem da população economicamente ativa que estava desempregada, mas havia procurado trabalho durante o mês anterior à pesquisa.
	Renda <i>per capita</i>	Índice que mede o poder econômico de uma população. A soma do rendimento de todos os membros do agregado familiar, dividido pelo número de residentes.
	Proporção de pessoas que nem trabalham e nem estudam	Índice que mede a vulnerabilidade social de uma população. Proporção de indivíduos de 15 a 29 anos que não estudam e não trabalham.
	Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Índice que mede o grau de desenvolvimento de uma população. Média geométrica de três outros índices relacionados à educação, renda e longevidade, com pesos iguais.
	Cobertura da Atenção Primária	Índice que mede o grau de acesso das pessoas de uma determinada localidade ao serviço de atenção básica. Percentual de pessoas atendidas por uma pela atenção primária à saúde segundo padrão do Ministério da Saúde .
	Investimento em Atenção Primária	Grau de investimentos da gestão pública na saúde de uma população. Recursos financeiros – em reais – investidos em atenção primária à saúde divididos pelo número de pessoas.
	Investimento em Segurança Pública	Grau de investimento da gestão pública em serviços de segurança pública. Recursos financeiros – em reais – investidos em segurança pública dividido pelo número de pesos.
Habitantes por Serviço Público	Índice que mede o grau de acesso de uma população a serviços de apoio social. Número médio de pessoas para cada serviço de atenção social.	

## 4.2. FONTES DE INFORMAÇÕES

### 4.2.1. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado no Brasil em 2006 com o objetivo de fornecer à gestão, nos três níveis de decisão, informações destinadas a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais visando à redução da morbimortalidade decorrente das violências, assim como promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida de forma efetiva (BRASIL, 2016). Inicialmente, entre 2006 e 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o VIVA passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Contudo, a partir de 2011, a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi universalizada para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan. E mais recentemente, em 2014, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passaram a ser agravos de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde.

O VIVA é constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA Contínuo/Sinan) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). O VIVA/Sinan capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde, públicos e privados, através de Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A ficha de notificação individual é utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Por outro lado, o VIVA Inquérito capta dados por meio de pesquisa por amostragem, a partir de informações sobre violências e acidentes coletadas em serviços de urgência e

emergência, durante 30 dias consecutivos. Ele utiliza como instrumento de coleta de dados a Ficha de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência, registrada em sistema Epi Info. O Viva Inquérito já foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. Inicialmente, ele foi realizado anualmente (2006 – 2007), a partir de 2007 passou a ser realizado bianualmente e atualmente é realizado a cada três anos (BRASIL, 2016).

#### 4.2.2. Censo Demográfico do Brasil

O Censo Demográfico no Brasil é uma operação censitária realizada a nível nacional a partir do ano de 1872, a fim de contar a população brasileira e extrair informações sobre as características desses habitantes. As três operações censitárias realizadas no Brasil durante o século XIX preocuparam-se basicamente em contar a população e, ao virar do século, outras informações passaram a ser coletadas. Atualmente, o censo populacional brasileiro produz informações imprescindíveis para a definição de políticas públicas e a tomada de decisões de investimento, sejam eles provenientes da iniciativa privada ou de qualquer nível de governo. Além disso, constituem a única fonte de referência sobre a situação de vida da população nos municípios e em seus recortes internos, como distritos, bairros e localidades, rurais ou urbanas, cujas realidades dependem de seus resultados para serem conhecidas e terem seus dados atualizados. Nas últimas décadas o censo brasileiro vem sendo realizado a cada 10 anos. O último censo, o Censo Demográfico 2010, compreendeu um levantamento minucioso dos domicílios do país (IBGE, 2018).

#### 4.2.3. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil é, uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 5.565 municípios brasileiros, 27 Unidades da Federação (UF), 21 Regiões Metropolitanas (RM) e 3 Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE) e suas respectivas Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). Além disso, o Atlas disponibiliza mais de 200 indicadores de demografia, educação, renda, trabalho, habitação e vulnerabilidade, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. O Atlas também disponibiliza dados para recortes espaciais diferentes daqueles correspondentes às áreas de ponderação do Censo Demográfico Brasileiro. Ele é uma iniciativa do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em parceria com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e a Fundação João Pinheiro. O Programa das Nações

Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) é uma agência especializada que coordena as atividades de desenvolvimento entre os organismos que formam o Sistema das Nações Unidas (ONU). Ele atua em 170 países e territórios, inclusive no Brasil, no intuito de colaborar com o desenvolvimento de políticas, habilidades de liderança, capacidades institucionais, resiliência e, especialmente, erradicação da pobreza e redução de desigualdades e exclusão social (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2018).

#### 4.2.4. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é um Sistema de Informações criado desde 1999 pelo Ministério da Saúde. Nele estão cadastrados todos os tipos de estabelecimento de saúde, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, por meio deles, sejam realizados serviços de atenção à saúde no Brasil. O CNES foi instituído com a finalidade de automatizar todo o processo de coleta de dados feita nos estados e municípios sobre a capacidade física instalada, os serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores, nas três esferas do governo, com dados de abrangência nacional para efeito de planejamento de ações em saúde. Ele disponibiliza informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde (DATASUS, 2018).

#### 4.2.5. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

Para garantir tanto o acesso da população como o financiamento do SUS foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina, em orçamento, a aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde. O SIOPS é o sistema informatizado, de alimentação obrigatória e acesso público, operacionalizado pelo Ministério da Saúde, instituído para coleta, recuperação, processamento, armazenamento, organização, e disponibilização de informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos em saúde. O sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, estados, distrito federal e municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. É através do SIOPS que os gestores declaram todos os

anos os dados sobre gastos públicos em saúde. As informações prestadas neste sistema são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

#### 4.2.6. Censo do Sistema Único de Assistência Social

O Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo SUAS) é um processo de monitoramento que coleta dados por meio de um formulário eletrônico preenchido pelas Secretarias e Conselhos de Assistência Social dos Estados e Municípios. Ele coleta informações sobre órgãos gestores, Conselhos Municipais e Estaduais e entidades privadas de Assistência Social. Seu instrumento de coleta de dados são questionários construídos previamente pelos gestores da assistência social dos três níveis de governo, na Comissão Intergestores Tripartite e no Encontro Nacional de Monitoramento do Sistema Único de Assistência Social, organizado anualmente pelo Ministério do Desenvolvimento Social. Os questionários são organizados em blocos temáticos, cujos conteúdos buscam conhecer características da gestão e do controle social, da estrutura física, dos serviços ofertados, dos públicos atendidos e dos recursos humanos.

O censo é realizado anualmente desde 2007, por meio de uma ação integrada entre a Secretaria Nacional de Assistência Social e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Ele tem por objetivos produzir dados sobre a implementação da política de assistência social no país; aperfeiçoar a gestão do SUAS e a qualidade dos serviços socioassistenciais prestados à população; identificar avanços, limitações e desafios da institucionalização do SUAS; e fornecer informações que permitam ao poder público dar transparência e prestar contas de suas ações à sociedade (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2015).

#### 4.2.7. Anuários Brasileiros de Segurança Pública

Os Anuários Brasileiros de Segurança Pública são publicações anuais organizadas pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com o Ministério da Justiça desde 2007. São considerados uma das principais ferramentas de disseminação de dados e estatísticas sobre a área de segurança pública no Brasil. Foi concebido com o objetivo de suprir a falta de conhecimento consolidado, sistematizado e confiável no campo da segurança pública. Ele compila e analisa dados de registros policiais sobre criminalidade, informações sobre o sistema

prisonal e gastos com segurança pública, entre outros recortes introduzidos a cada edição. Desde sua inauguração, a Secretaria Nacional de Segurança Pública disponibiliza os dados do Sistema Nacional de Estatísticas em Segurança Pública e Justiça Criminal para subsidiar a produção destes anuários. O anuário busca sempre obter dados confiáveis em âmbito nacional, uma vez que se trata de instrumento essencial tanto ao trabalho de gestores e profissionais diretamente voltados para as atividades de segurança quanto à sociedade em geral. Ao longo dos anos, a publicação reuniu, a partir de diversas fontes, estatísticas sobre ocorrências criminais, instituições policiais, sistema prisional, juventude, municípios e investimentos (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2015).

#### 4.2.8 Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal

O Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal (sistema SINESPJC), desenvolvido e alimentado pelo Ministério da Justiça e Segurança Pública, tem como objetivo padronizar e organizar o fluxo dos dados criminais junto as polícias, a partir dos procedimentos de registro das ocorrências criminais. Os dados oriundos de boletins de ocorrência são tratados e analisados para todos os municípios brasileiros por mês, município e ano. Logo, o sistema contabiliza o número de ocorrências registradas em cada município brasileiro, para cada tipo de crime, mês e ano considerado. Possui dados disponíveis a partir do ano de 2004 (PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS, 2019).

### 4.3 MÉTODOS ESTATÍSTICOS

Excetuando o primeiro estudo, todos os demais utilizaram métodos estatísticos. Para o segundo estudo foi utilizada a análise de regressão multinível de Poisson. No seguinte utilizou-se a análise de regressão linear múltipla para dados em painel, no quarto usou-se a análise de desigualdade por indicadores complexos, no quinto uma análise descritiva com comparação de médias e no último foi realizado uma análise de regressão linear múltipla.

#### 4.3.1 Análise Multinível

O desenho multinível é adotado para a compreensão de um determinado fenômeno quando acredita-se na existência de elementos explicativos provenientes de diferentes níveis

(individuais, grupais, contextuais). Ele é uma alternativa para a regressão múltipla, considerando que esta técnica é um tipo de análise de regressão que contempla simultaneamente múltiplos níveis de agregação das variáveis, tornando corretos os erros-padrão, os intervalos de confiança e os testes de hipóteses. Assim, fornece uma adequada compreensão do efeito diferenciado de variáveis relativas aos diferentes níveis de agregação.

Embora a análise multinível apresente semelhanças com a regressão tradicional, destacamos algumas diferenças: a) o número de parâmetros a serem estimados pela análise multinível é muito maior; b) o modelo multinível frequentemente contém efeitos de interação “entre níveis”, os quais são inexistentes nos outros tipos de regressão; e c) este tipo de análise permite a identificação do efeito das variáveis preditoras ou explicativas sobre a proporção da variância modelada da variável critério, nos diferentes níveis em que ela ocorre. Assim, considerando que na análise multinível a variância total da variável critério está dividida entre indivíduos (variância *within*) e entre grupos (variância *between*), ela permite identificar se o efeito principal da entrada de uma nova variável no conjunto explicativo é sobre a variância residual dentro ou entre grupos. Em outras palavras, com o uso de regressão multinível existem variâncias residuais distintas, e os resultados da realização da equação matemática não oferecem um número único que possa ser interpretado como sendo a quantidade de variância explicada uma vez que existe mais do que uma variância a ser modelada. Além disto, a análise multinível também permite investigar diferenças nos coeficientes de inclinação (*slopes* ou relação entre X e Y) e interceptos (valor médio de Y quando o valor de X é igual a zero) dos grupos. Isto significa que através deste tipo de análise pode-se verificar se o comportamento de uma variável, ou as relações entre as variáveis do modelo, são sistemáticas ou diferem de um grupo para outro (PUENTE-PALACIOS, LAROS, 2009).

É importante lembrar que na análise multinível vários modelos podem se ajustar aos dados empíricos. Logo, deve-se ter, preliminarmente, uma teoria multinível que especificasse os efeitos diretos esperados das variáveis preditoras sobre outras variáveis do mesmo nível, assim como os efeitos de interação esperados entre variáveis localizadas em níveis diferentes. Outrossim, este tipo de modelo é parcimonioso, ou seja, é aquele modelo que explica a maior quantidade de variância a partir do menor número de variáveis independentes. Logo, deve-se utilizar o menor número de variáveis independentes possíveis (PUENTE-PALACIOS, LAROS, 2009).

#### 4.3.2 Análise de Regressão Linear Múltipla para dados em Painel

Também conhecida como análise de dados em painel, este tipo de análise utiliza dados de estudos ecológicos mistos, combinando múltiplos grupos com múltiplos tempos. Ela produz estimativas mais eficientes que os clássicos estudos transversais e de séries temporais pois permite o uso de um grande número de dados aumentando os graus de liberdade e variabilidade e por outro lado, reduzindo a colinearidade entre as variáveis. Logo, este tipo de análise proporciona informações mais fidedignas sobre a dinâmica de mudança do desfecho analisado ao longo do tempo, permitindo estudar arranjos mais complexos (HSIAO, 2003; PARK, 2011).

Outra vantagem desta análise é que além do termo de perturbação ou erro, os modelos em painel incluem um segundo termo para controle de características não observadas tidas como invariáveis no tempo, como características geográficas, históricas ou socioculturais de cada contexto. Neste caso, para a modelagem dos efeitos não observados existem duas possibilidades: os efeitos fixos e os efeitos aleatórios. No modelo de efeitos fixos considera-se que o intercepto específico de cada grupo pode estar correlacionado com um ou mais regressores. Quanto ao modelo de efeitos aleatórios, pressupõe-se que o intercepto (aleatório) de uma unidade individual não estão correlacionados com as variáveis explicativas (WOOLDRIDGE, 2002). Ao considerar que as variáveis não são correlacionadas, o método de efeitos aleatórios é o mais apropriado. Por outro lado, se os efeitos não observados estão correlacionados com alguma variável explicativa, a estimação por efeitos fixos seria a mais apropriada. Por isso, para a seleção do método, utiliza-se o teste de Hausman, entre os testes de efeitos fixos e aleatórios, além de outros testes para a validação da escolha do melhor modelo (LM test, F-test).

#### 4.3.3 Análise de Desigualdade

A análise de desigualdade é como são popularmente conhecidos no Brasil o *Slope Index of Inequality* (SII ou CAD - Coeficiente Angular de Desigualdade, em português) e o *Relative Index of Inequality* (RII ou IRD - Índice Relativo de Desigualdade, em português). Estes são os dois principais índices utilizados em estudos epidemiológicos para a mensuração das desigualdades socioeconômicas em saúde. Eles são utilizados para comparações, e quantificam o gradiente socioeconômico em termos relativos e absolutos, respectivamente, fornecendo informações complementares. O objetivo deste tipo de análise é fornecer medidas resumidas da

associação linear entre *status* socioeconômico e saúde, de modo a permitir comparações válidas entre populações.

Neste tipo de análise, as unidades são classificadas de acordo seu nível socioeconômico. A seguir, a medida de exposição é analisada dentro de cada posição socioeconômica, observando aquela que é adversa. A classificação socioeconômica é uma medida da posição socioeconômica relativa do indivíduo na população, possibilitando assim comparações válidas entre populações definidas, por exemplo, por localização geográfica, período de tempo ou coorte de nascimento. De forma mais ampla, esses índices facilitam as comparações por meio da produção de uma única medida abrangente.

O Coeficiente Angular de Desigualdade calcula o declínio ou diferença do índice (estimado em  $-\beta_1$ ). Ele representa uma regressão linear ponderada para expressar a diferença absoluta no desfecho entre os grupos com valores mais baixos e os mais altos do indicador socioeconômico. Enquanto o Índice Relativo de Desigualdade é interpretado como a razão de taxa global entre os grupos inferior e superior na hierarquia socioeconômica (MORENO-BETANCUR et al, 2015).

#### 4.3.4 Análise de Regressão Linear Múltipla.

A regressão linear múltipla é aquela que envolve mais de um estimador para o evento em análise. A finalidade das variáveis independentes adicionais é melhorar a capacidade de predição. Isto é, reduzir o coeficiente do intercepto, o qual, em regressão, significa a parte da variável dependente explicada por outras variáveis, que não a considerada no modelo. Mesmo quando estamos interessados no efeito de apenas uma das variáveis, é aconselhável incluir as outras capazes de afetar o desfecho, efetuando uma análise de regressão múltipla, pelas seguintes razões: a) Para reduzir os resíduos estocásticos. Reduzindo-se a variância residual (erro padrão da estimativa), aumenta a força dos testes de significância; e b) Para eliminar a tendenciosidade que poderia resultar se simplesmente ignorássemos uma variável que afeta Y substancialmente. O ideal é obter o mais alto relacionamento explanatório com o mínimo de variáveis independentes, sobretudo em virtude do custo na obtenção de dados para muitas variáveis e também pela necessidade de observações adicionais para compensar a perda de graus de liberdade decorrente da introdução de mais variáveis independentes (LUIZ, COSTA, NADANOVSKY, 2008).

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Para todos os estudos ecológicos os dados foram inicialmente organizados em um banco pela técnica de *linkage* determinístico, considerando que as variáveis eram oriundas de bancos de dados distintos. Em seguida foi realizada a análise de dados perdidos e atípicos (*outliers* univariados e multivariados), seguida de análise descritiva dos dados. Posteriormente, aplicou-se o método estatístico específico de cada estudo. Em todas as análises usou-se o software Stata versão 14 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA) e para alguns o SPSS 17.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Esta seção é composta por seis capítulos organizados na forma de artigo. Inauguramos a seção com um artigo na forma de ensaio teórico sobre a violência sexual no Brasil com o intuito de estimular algumas reflexões sobre a ocorrência da violência sexual no país contemplando assim o objetivo específico de número 1. O segundo capítulo contempla os objetivos específicos 2 e 3, através da análise de associação da violência sexual no país com fatores individuais e contextuais relacionadas aos municípios brasileiros. Enquanto o terceiro artigo investiga as notificações de violência sexual e sua associação com fatores contextuais nas unidades federativas ao longo dos anos de 2010 a 2014, abrangendo os objetivos específicos 3, 4 e 5. O quarto capítulo explora a tendência da violência sexual nos municípios brasileiros pela ótica das desigualdades sociais, considerando assim os objetivos específicos 5 e 6. O quinto capítulo analisa as discrepâncias entre distintos sistemas de informações sobre a violência sexual e os sub-registros, contemplando os objetivos específicos 7 e 8. Por fim, o último capítulo, aborda a relação dos sub-registros de violência sexual e sua relação com fatores socioeconômicos, dando validade aos objetivos específicos 8 e 9 desta tese. O segundo capítulo está publicado em revista científica da área da saúde; o quarto capítulo já foi aceito para publicação também em revista referenciada para a Saúde Coletiva. Os demais capítulos foram submetidos à avaliação de revistas distintas sinalizadas no início de cada capítulo.

## 5.1 CAPÍTULO 1

Artigo submetido a revista *Cadernos Pagu* conforme normas disponíveis em:  
<http://www.scielo.br/revistas/cpa/pinstruc.htm>

### **VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL: VELHAS E NOVAS REFLEXÕES** **SEXUAL VIOLENCE IN BRAZIL: OLD AND NEW REFLECTIONS**

*Janmille Valdivino da Silva*

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia  
 janmillevs@yahoo.com.br  
 Rua Lúcia Viveiros, 615, Neópolis, Natal – RN  
 59086-005

*Angelo Giuseppe Roncalli*

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
 Departamento de Odontologia

#### **RESUMO**

A violência sexual é um fenômeno complexo, com variação de sua representação social ao longo do tempo e da evolução das culturas. Assim, este ensaio tem por intenção suscitar algumas reflexões sobre a violência sexual no Brasil com base na tríade dominação-poder-violência. Para tanto, analisamos o tema a luz de pensadores importantes como Arendt, Bourdieu, Weber, Giddens, dentre outros. Esta análise permitiu perceber a diferenciação entre dominação e poder, perpassada pela concepção de legitimação, encerrando com o possível e eminente potencial de violência sexual dos homens. Este potencial é moldado pela construção de um tecido social através de uma visão androcêntrica, hierarquizada pelo sexo e com hegemonia masculina; embasado por um contexto social brasileiro de iniquidades econômicas e sociais, caracterizando um contexto de violência simbólica e invisível. Assim, considerou-se que para enfrentamento desta realidade é necessário o fortalecimento das relações dialéticas entre os indivíduos, dominantes e dominados, na busca de relações humanas mais igualitárias. E coadjuvadamente, e não menos importante, são necessárias estruturas sociais garantidas pelo Estado para lastrear as mudanças individuais na sociedade com vistas a formulação de um novo modelo social para enfrentamento e combate à violência sexual no país.

**Palavras-chaves:** Violência sexual; poder; dominação; iniquidades; Brasil.

## ABSTRACT

Sexual violence is a complex phenomenon, with variation of its social representation over time and the evolution of cultures. Thus, this essay intends to elicit some reflections on sexual violence in Brazil based on the domination-power-violence triad. To do so, we analyze the theme in the light of important thinkers such as Arendt, Bourdieu, Weber, Giddens, among others. This analysis allowed us to perceive the differentiation between domination and power, permeated by the conception of legitimation, closing with the possible and eminent potential of sexual violence of the men. This potential is shaped by the construction of a social fabric through an androcentric vision, hierarchized by sex and with male hegemony; based on a Brazilian social context of economic and social inequities, characterizing a context of symbolic and invisible violence. Thus, it was considered that in order to face up to this reality, it is necessary to strengthen the dialectical relations between dominant and dominated individuals in the search for more egalitarian human relations. It is also necessary, not least, that social structures guaranteed by the State are needed to balance individual changes in society, with a view to formulating a new social model to combat and combat sexual violence in the country.

**Keywords:** Sexual violence; power; domination; inequities; Brazil.

## INTRODUÇÃO

A violência sexual, uma das inúmeras manifestações de violência, é um fenômeno complexo, com variação de sua representação social ao longo do tempo e da evolução das culturas (Minayo, 2006). Aproximando a questão para o Brasil, Dias e Gambini (1999) levantam a proposição de que o Brasil teria nascido de um estupro. Os homens aqui chegados, nas caravelas de Cabral, buscavam as indígenas – povo estranho, primitivo e sem alma – apenas para satisfação de seus prazeres sexuais. Posteriormente, mas de mesmo modo, as escravas eram “usadas” para deleite sexual de senhores e seus filhos. E na história mais recente do país, Minayo (2006) relata que não era incomum, durante a ditadura militar, o uso de ameaças sexuais, introdução de insetos em órgãos sexuais e estupros como forma de tortura aos militantes de movimentos políticos. Parker (1991) em seus estudos sobre a sexualidade no Brasil, aponta que os próprios brasileiros consideram-se como seres sensuais não apenas em termos de individualidade, mas em nível social e cultural. Internacionalmente o país ficou conhecido por muitos anos pelo frenético rebolar das mulatas. Portanto, o desejo sexual marcou de maneira única a formação do povo brasileiro. Assim, podemos denotar que a história do

Brasil, desde seu início até os dias atuais, vem sendo permeada pela sexualização da vida e atos de violência sexual.

Violência sexual é compreendida como todo ato sexual ou tentativa, comentários ou insinuações sexuais não desejadas, ações para comercializar ou utilizar de qualquer outro modo a sexualidade de uma pessoa mediante coerção por outra pessoa, independentemente da relação desta com a vítima, em qualquer lugar, desde a casa até o trabalho. Portanto, a violência sexual é um fenômeno multifacetado. Mais que isso, ela transpassa distintas classes sociais, ciclos de vida e lugares de ocorrência, acometendo desde locais privados a espaços coletivos, e com consequências individuais e sociais para as populações. Pessoas violentadas sexualmente podem sofrer sequelas tanto na saúde física quanto na saúde mental. Elas têm risco maior de desenvolver problemas na sua saúde sexual e reprodutiva, cujas consequências podem ser vivenciadas a longo prazo. Não é incomum tentativas de suicídio após a agressão sexual e transtornos psicológicos, bem como infecções por HIV ou gravidez indesejada em mulheres. Além disso, vítimas de violência sexual podem usualmente serem estigmatizadas e isoladas por suas famílias e outras pessoas por este motivo (OPAS, 2003). Assim, as vítimas de agressões sexuais, requerem um aparato social que incluem desde serviços de saúde, serviços sociais a serviços judiciais, onerando desta forma os custos do Estado e o tornando um problema da agenda de prioridades dos países.

Organizações internacionais têm apontado algumas situações como fatores de risco para se tornar vítima de violência sexual como ser jovem; consumir álcool e outras drogas; ter sido violentado sexualmente anteriormente; ter múltiplos parceiros sexuais; ser profissional do sexo; ter maior nível de escolaridade e independência econômica; e ser pobre (OPAS, 2003). Mas será que a violência sexual, com suas diferentes faces, está apenas relacionada a estes fatores? Fatores individuais seriam tão mais importantes que outros fatores como o contexto social em que estas pessoas vivem? Será que a realidade social do Brasil, com suas matizes de profundas desigualdades sociais e de gênero não influenciaria nas estatísticas nacionais deste tipo de violência? Em um país que internacionalmente é conhecido pelo carnaval com suas mulheres seminuas, a violência sexual não teria outras raízes? A estrutura hierárquica de dominação patriarcal construída paralelamente com a construção do país não teria cristalizado na sociedade a violência sexual? Logo deduzimos que explicar a violência sexual não é tarefa fácil pela multiplicidade de formas que adota e pelas diferentes circunstâncias em que ocorre. Assim, neste artigo, buscamos suscitar algumas reflexões sobre a violência sexual no Brasil, seu combate e prevenção. Contudo, não é nossa intenção esgotar a temática.

## **DOMINAÇÃO, PODER E VIOLÊNCIA – REFERENCIAL TEÓRICO**

Ao falarmos em violência não podemos deixar de citar a palavra “poder”. Todo ato de violência está ligado a relações de poder. Contudo, é importante entendermos um pouco mais sobre os conceitos de dominação e poder para elucidarmos a questão da violência.

Alves et al. (2012) apontam que a relação entre o ser humano e a violência apresentam explicações associadas à sua socialização, centrada em um modelo hegemônico de masculinidade estabelecida de comportamentos e de posições sociais desiguais entre gêneros. Nesta questão estariam envolvidas as crenças de soberania masculina, valentia, honra, dominação, invulnerabilidade e força. Portanto, este modelo torna natural a questão da violência masculina, sendo vista como um atributo intrínseco dos homens e servindo de instrumento de afirmação do “ser homem” e conduzindo-os a práticas autoritárias.

Arendt (2008) afirma que todos os seres humanos são seres políticos, o que implica em serem inteligíveis entre si e livres de ser comandados ou comandar alguém. Apesar deste pressuposto, segundo Durkheim (1999), os indivíduos tendem a formar coletividades por questões de solidariedade ou coesão social. Neste contexto, a socialização do homem assenta-se no modelo dominador e de dominação, havendo uma ruptura da condição de igualdade entre os indivíduos e de sua liberdade. Weber (1991), didaticamente, define três formas clássicas de dominação existentes na sociedade: a dominação legal ou burocrática, a tradicional ou patriarcal e a carismática. Resumidamente, a primeira tem como base regras, normas e leis socialmente definidas; a segunda está baseada nas noções de fidelidade; e por fim, a terceira se baseia na crença dos atributos pessoais do líder. Contudo, nas três formas de dominação para que não seja necessária o uso da força/violência é preciso que haja o processo de “legitimação do poder”, ou seja, que haja aceitação dos indivíduos aos quais se dirige esta dominação.

Complementarmente, Arendt (2001) afirma que da ação política, espaço de visibilidade entre as pessoas onde se revelam as singularidades, emerge o poder. O poder seria a habilidade humana de agir em concreto. O poder resulta da capacidade humana de agir em conjunto, portanto, necessita do consenso do outro quanto ao curso comum de ação. O poder é propriedade de um coletivo e a sua existência só permanece na medida que este grupo mantem-se unido. No momento em que as ideias comuns do grupo no qual o poder foi originado desaparece, seu poder também esvanece. Logo, dominação sem legitimação e poder, apesar de serem conceitos relacionados, não seriam sinônimos, mas oposições. A dominação ilegítima, marcador da condição masculina imposta socialmente, aproxima o homem da violência, na medida em que objetiva aniquilar a fonte de poder legítimo. Neste sentido, poder e violência

seriam substantivos contrários: onde existe poder não há violência e vice-versa. É a ausência do poder que possibilita a violência, pois quando não há consenso entre as pessoas usa-se os meios violentos para fazer valer o comando ou opinião de algum ou alguns poucos. Portanto, a violência surge da degradação ou instrumentalização da ação política e significa agir sem argumentar, sem discurso ou sem contar com as consequências.

Na perspectiva de Arendt e Weber, pensamos a violência sexual. Acreditamos que na relação entre parceiros íntimos, o decréscimo do poder, ou a ilegitimidade da dominação, pela ausência de interesses comuns seria um convite à violência sexual. Quando um dos parceiros, que detinha o poder da relação, sente-o escarpa-se de suas mãos, este é impulsionado a substituir o poder que possuía e que agora está desaparecendo pela violência. Assim, também podemos pensar nos atos de agressão sexual por desconhecidos. Não estando o agressor no comando da situação para conquista de sua vítima quanto ao consentimento de uma relação sexual, ele utiliza-se de sua força física ou oportunidade, para deleitar dos prazeres sexuais de uma relação forçada.

De acordo com Bourdieu (2012), o mundo social constrói o corpo, privilegiando o masculino como ser superior, conseqüentemente, construiu-se uma divisão entre os sexos que é falsamente legitimada pelas diferenças biológicas. Portanto, na condição atual da sociedade há a soberania masculina e subjugação do outro. Este tipo de socialização reforça as relações desiguais. Ele ainda chama a atenção para o fato que incorporamos, homens e mulheres, sob a forma de esquemas inconscientes de percepção e de apreciação, as estruturas históricas da ordem masculina, tornando, assim, nossos modos de pensamento frutos da própria dominação masculina; e que esta ordem estabelecida perpetua-se, apesar de tudo, tão facilmente, fazendo com que condições de existência das mais intoleráveis possam ser vistas como aceitáveis ou naturais. Nesta conjuntura, é fácil compreender porque muitas pessoas violentas sexualmente por homens acreditam ser culpadas pela agressão sofrida e na grande maioria dos casos não denunciam a violência sofrida.

Ainda segundo Bourdieu (2012), há uma ligação íntima entre sexualidade e poder. O autor explica que o erotismo masculino associa a busca do gozo ao exercício brutal do poder sobre os corpos reduzindo-os ao estado de objetos. Assim, o próprio ato sexual é relação de dominação, pois possuir sexualmente seria dominar no sentido de submeter a seu poder. Enquanto a vagina seria um objeto socialmente sagrado, o pênis seria uma espécie de instrumento para ser empunhado como uma arma, intimamente ligado tanto a violência quanto à violação (Parker, 1991). Nesta perspectiva, a agressão sexual seria a forma mais primitiva de expressão de dominação e tentativa de poder. Neste contexto, não poderíamos deixar de citar a

questão da virilidade. Bourdieu (2012) afirma que a virilidade seria compreendida como a capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também entendida como aptidão ao combate e exercício da violência. Logo, as manifestações – legítimas ou não – de virilidade se situam na lógica da honra e precisa ser validada por outros homens. Neste ínterim, lembro aqui dos rituais de estupros coletivos de adolescentes brasileiros, em festas e faculdades.

As estatísticas nacionais nos revelam que os agressores sexuais, em sua maioria, são pessoas do sexo masculino (Brasil, 2009). Esta informação, tem levado ao inconsciente coletivo a ideia de que os homens sejam mais violentos que as mulheres. Contudo, tal proposição é apenas o resultado de uma naturalização da violência construída socioculturalmente (Carrington et al., 2010; Parker, 1991). Ambos, homens e mulheres, são potencialmente violentos, pois a violência, como elucidamos anteriormente, é produto da dominação própria das relações desiguais. Contudo, o homem, por seu privilégio social e biológico, usa mais da força para cometer atos violentos que a mulher. Neste sentido, a capacidade de dominação e disponibilidade de recursos para exercê-la são os elementos que regem e diferenciam os modos de agir com violência (Alves et al., 2012).

Para Bourdieu (2012), as mulheres, vítimas principais da relação de dominação masculina, precisam encarar estas relações desiguais não apenas nos lugares mais visíveis de seu exercício, como a casa, mas em instâncias como a Escola e o Estado, lugares de construção de imposição de princípios de dominação masculina que detêm o poder de perpetuar as relações desiguais.

## **VIOLÊNCIA SEXUAL: GRUPOS VULNERÁVEIS**

Relações desiguais de domínio, geralmente arraigadas por construções de gênero, propiciam um contexto de violência por se configurarem como “relações de força expressas enquanto relações de dominação” (Rosa et al., 2008; Bourdieu, 2012). Nesta perspectiva, a violência é regulada pela forma como se constroem as relações sociais e pela atribuição de papéis sociais de cada indivíduo. Estes dois fatores definiriam o tipo de violência perpetrada, seu local de ocorrência, a vítima, o agressor e os instrumentos utilizados. Somando-se à esta reflexão, a teoria Arendtiana de socialização do homem explica que o “ser macho” é o principal requisito para afirmação do “ser homem”. Assim, tudo que simboliza dominação e proporciona a sensação de valentia, invulnerabilidade, coragem, aumento de força, e portanto, soberania dá aos homens a impressão de serem “mais homens”. Logo, esta teoria elucidada porque crianças,

adolescentes e mulheres são as maiores vítimas da violência sexual no Brasil. Como afirma Bourdieu (2012), a mulher continua sendo um capital simbólico dos homens!

Jouvenel (2006) afirma que “um homem sente-se mais homem quando se impõe e faz dos outros instrumentos de sua vontade”. Nada mais vívido que esta afirmação para explicitar as questões de violência sexual em um país patriarcal como o Brasil, onde crianças, jovens, mulheres e gays devem ser submissos às vontades sexuais dos homens.

Contudo, cabe lembrar que apesar de certos tipos de violência serem predominantes de um grupo de gênero, nenhum é exclusivo de homens ou de mulheres. Por questões de construção de uma masculinidade socialmente dominante associada as ideias da necessidade sexual instintiva do homem, a violência sexual é praticada predominantemente pelos homens.

No modelo social vigente, de hegemonia masculina e visão androcêntrica, o ambiente público, conseqüentemente a vida política e o poder seriam dos homens, enquanto para as mulheres restaria o ambiente privado, a casa (Bourdieu, 2012; Parker, 1991). Essa construção desigual de gênero favorece a violência sexual e permite compreender a permanência da mulher nesta posição. Por restar à mulher o ambiente privado, esta tem acesso limitado a garantias sociais, como educação e trabalho. Neste encadeamento de ideias, pensamos em Giddens (2009) o qual define que para se exercer a dominação são necessários recursos, podendo estes serem recursos de autoridade – controle do universo social – e recursos de alocação – controle do mundo dos objetos, propriedades. Logo, os homens teriam um ambiente altamente favorável em nossa sociedade para exercer sua dominação legítima sobre as mulheres. Assim, Gomes et al. (2012) apontam que as mulheres sexualmente violentadas em sua maioria, possuem baixa escolaridade, dependem financeiramente de seus parceiros e quando exercem atividade remunerada ocupam principalmente funções de cunho doméstico.

No Brasil, segundo o IBGE (2013), as mulheres representam mais da metade da população brasileira. Elas ocupam mais da metade das vagas do ensino superior no país. No entanto, esta proporção não se reflete no mercado de trabalho. Possuímos mais homens no mercado formal de trabalho, em cargos de representação política, ocupando chefias e em muitos outros espaços sociais importantes, como a ciência e tecnologia. Segundo o Fórum Econômico Mundial (2015), o Brasil está em 85º lugar no *ranking* de equidade de gênero, num total de 145 países pesquisados, especialmente devido à discrepância de remunerações das mulheres brasileiras em relação aos homens. Assim, pensamos que a desigualdade de gênero, uma forma de violência simbólica, no país constitui um problema estrutural que solidifica as questões de violência sexual.

Gomes et al. (2012) também assinalam que mulheres que romperam com a hegemonia social masculina, sendo economicamente independentes e com maior escolaridade não são imunes à violência sexual. Mas, elas tendem a admitir a violência sexual por menos tempo. Nesta perspectiva, as estatísticas do Sistema Nacional de Vigilância da Violência têm mostrado que as notificações de violência sexual são predominantemente de mulheres socioeconomicamente privilegiadas.

Por outro lado, Nascimento et al. (2009) relatam que o movimento de empoderamento feminino, assumindo alguns espaços sociais de controle, tem levado ao sofrimento e insegurança dos homens devido, provavelmente, a sua perda de soberania. Neste contexto, o decréscimo de sua autoridade impulsionaria a atos violentos, dentre eles a violência sexual, como forma de resgatarem sua posição de dominador. Em associação, Alves et al. (2012) relata que nas relações de empoderamento financeiro feminino e a impossibilidade de exercer o papel de provedor pode levar os homens a cometerem atos de violência sexual, como forma de demonstrar quem é o “macho”, o dominador da relação.

Complementarmente às questões de gênero, ainda devemos pensar na violência sexual vivenciada por crianças e adolescentes brasileiros. A OPAS, no Relatório Mundial da Violência e Saúde (2003), tem apontado que crianças e adolescentes violentados sexualmente serão potenciais agressores sexuais do futuro, constituindo um ciclo de violência sexual. Nesta linha Arendt interroga:

Quem já duvidou de que aqueles que sofrem violência sonham com a violência, que os oprimidos sonham pelo menos uma vez por dia em colocar-se a si mesmos no lugar dos opressores[...]? (Arendt, 2001, pag 24).

Veena Das (2011), aponta que a violência, seja ela qual for, apesar de muitas vezes silenciar as vítimas, faz com estas pessoas a manifeste nas suas relações sociais, transformando as relações do cotidiano. Logo, a violência sofrida sobrevive em versões diversas dentro da memória social dos diferentes grupos sociais, causando assim, danos ao tecido social. Infelizmente, não podemos dissipar esta memória e suas consequências tão facilmente, pois as violações ficam inscritas no corpo – literal e figurativamente. É preciso lembrar que as vidas individuais são definidas pelo contexto, mas também são geradoras de novos contextos. Por isso, também precisamos pensar nas crianças e adolescentes agredidas sexualmente, em sua maioria, em seu seio familiar, local onde por definição deveria ser de proteção. Precisamos agir urgentemente na proteção de crianças e jovens brasileiros quebrando este ciclo vicioso para que os atos de violência sexual não sejam multiplicados exponencialmente em nossa sociedade.

Neste sentido, o país carece de política efetiva de incentivo à denúncia de violência sexual intrafamiliar, especialmente infantil. Ainda são poucos os casos que aparecem nas estatísticas nacionais oficiais (Brasil, 2017), mas sabemos que ocorrem veladamente em inúmeras casas brasileiras.

No contexto brasileiro ainda há subnotificações da violência sexual. Numa sociedade de padrão hegemônico masculino, romper com este paradigma não é tarefa fácil, mas é preciso. É preciso romper com o inconsciente coletivo de que mulheres e crianças devam ser submissas e aceitar a agressividade masculina; que homens não podem controlar seus impulsos sexuais; que mulheres são responsáveis por provocar desejos sexuais ao usar uma vestimenta “inapropriada para mulheres direitas”; que homossexuais são seres inferiores e pervertidos sexualmente que podem ser livremente vitimados por agressões sexuais. Também é necessário superar a vergonha. A vergonha de denunciar seus parceiros íntimos. A vergonha de denunciar os agressores de seus filhos, seus familiares e, por vezes, sua escolha amorosa. A denúncia é o primeiro passo, pois o isolamento das vítimas de violência sexual reforça a dinâmica social de dominação masculina. Assim como afirma Arendt (2008), o isolamento impede a ação política deste grupo e é só na vida pública que o indivíduo pode romper com a dinâmica social vigente. Neste sentido, deve-se considerar a importância de espaços socialmente garantidos pelo Estado para discussões sobre a temática, na perspectiva dos grupos sexualmente violentados. Mas, acima de tudo, é essencial agirmos no caminho da ruptura de estereótipos sociais, ideais ou excludentes, criados pelo modelo de sociedade massificada para assim irmos em direção a suplantação da questão de violência sexual brasileira.

## **VIOLÊNCIA SEXUAL E INIQUIDADES SOCIAIS NO BRASIL**

A organização social moderna instituiu o poder econômico como seu denominador comum, ao invés da política, e como fator definidor da posição social ocupada pelo indivíduo – se ser dominante ou dominado. Essa nova organização, torna-se um espaço ideal para a violência assumir como mediadora das tensões humanas. Neste contexto de dominação absoluta ideal há uma desvalorização da vida humana, o que produz um ambiente favorável ao estabelecimento de interações humanas orientadas pela negação do reconhecimento da posição de igualdade entre as pessoas (Alves et al., 2012).

Almeida e Coelho (2007) comentam que a exclusão social dos indivíduos é uma das piores manifestações de violência contra a sociedade por causar a falta de perspectivas ao ser,

o que leva a uma privação de poder de ação e representação. Marx e Engels (1989) nos lembram que “o homem desenvolverá sua verdadeira natureza no seio da sociedade e somente ali; razão pela qual devemos medir o poder de sua natureza não pelo poder do indivíduo concreto, mas pelo poder da sociedade”. Minayo e Souza (1998) complementam mostrando que o ser humano, enquanto unidade dialética, sintetiza em seus componentes psíquicos e emocionais as representações que elabora do mundo, das relações estabelecidas e de si mesmo, enquanto ser corpóreo e social. Com base em tudo isso denotamos a importância do contexto social na construção de seres agressores e vítimas de violência sexual. Corroborando, Misse (2016) escreve:

“...uma extensão do conceito de violência baseia-se, fundamentalmente, no argumento de que há um vínculo entre poder (dominação), violência e estrutura social. Abstrair desse vínculo a violência[...]intencional, interpessoal ou coletiva terá o efeito de ocultá-la e, por conseguinte, de produzir na análise um viés ideológico, cujo efeito poderia ser interpretado como uma forma de violência”. (Misse, 2016, p.58-59)

Nesta perspectiva, podemos compreender que a violência estrutural no Brasil é que dá base para a consolidações de todas as outras naturezas da violência, inclusive sexual. A violação de direitos básicos, como acesso à educação, emprego e segurança são fortes aliados da perpetração da violência sexual. Os elevadíssimos níveis de desigualdades sociais empurram garotas e garotos para o abismo da exploração sexual infantil e juvenil. Portanto, o sistema econômico-político do país tem reduzido o fenômeno da violência sexual à esfera do individual, não considerado o seu papel frente ao coletivo.

No Brasil a violência sexual segue um padrão geográfico e social, com alta prevalência nas regiões Norte e Nordeste, as economicamente menos privilegiadas e onde a cultura patriarcal ainda é muito forte e configurada pela desigualdades de gênero. Gomes et al. (2012) apontam que as principais vítimas de violência sexual são crianças e mulheres negras e pobres. Tal fato, segundo os autores, estaria ligado as disparidades de gênero associada a desigualdades entre os estratos socioeconômicos. Graham e Kelly (2004) corroboram com esta ideia afirmando que sexualidade, idade e gênero são elementos sociais, além da estrutura de classes sociais, que levam a diferenciação social. E que estes elementos de diferenciação produzem oportunidades de curso de vida distintos. Assim, num contexto de iniquidades sociais, tais fatores poderiam influenciar positiva ou negativamente o acesso a recursos sociais, como educação e trabalho. Esta teoria casa com o exposto anteriormente sobre a violência sexual: em

contextos sociais desprivilegiados, crianças, mulheres e gays estariam mais vulneráveis a agressões sexuais.

Nesta perspectiva, notamos que para compreender os atos sexuais violentos não se deve observar estritamente a simples condição de desvio do agressor individual, mas deve-se olhar também pelo sentido que este agressor construiu de si mesmo e de sua relação com os outros, dentro de uma estrutura social e econômica historicamente construída.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No Brasil, o fim da ditadura militar, os movimentos de redemocratização e a pressão de ONG's e órgãos internacionais, impulsionaram na década de 1980 a entrada da temática da violência na agenda da cidadania. Contudo, a questão do combate à violência sexual tem ganhado notoriedade e força no cenário nacional apenas no início do século 21. Desde então tem se tentando prevenir e mitigar tal fenômeno em nossa sociedade (Minayo, 2006), mas os esforços parecem ainda serem insuficientes.

Para enfrentamento desta realidade são necessárias transformações nas relações sociais e das construções de gênero hoje existentes, a quebra do sistema de classificação sexual que estabelece uma hierarquia de valores, na dualidade de atividade passividade, dominação e submissão, violência e inferioridade (Parker, 1991). É necessária a construção social do respeito as singularidades e pluralidades dos indivíduos. É necessário o fortalecimento das relações dialéticas entre os indivíduos, dominantes e dominados, na busca de relações humanas mais igualitárias. Para além disso, mas concomitantemente, são necessárias estruturas sociais garantidas pelo Estado para lastrear as mudanças individuais na sociedade, tornando assim, os sujeitos livres, autônomos e iguais entre si, capazes, portanto, de definirem um novo modelo social. São necessárias ações políticas de combate às iniquidades sociais, sendo a educação um meio para conquista de outros direitos.

A violência sexual é um processo social complexo, cuja compreensão ainda carece de estudos. Contudo, concluímos que esta problemática seria bem diferente sem a enorme desigualdade social brasileira e sua cultura fortemente patriarcal, com definição desigual de papéis entre gêneros.

*Silva foi responsável pela concepção, delineamento, análise e redação do presente ensaio, enquanto Roncalli participou na concepção e revisão crítica do estudo. Ambos são responsáveis pela aprovação da versão a ser publicada.*

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. K. D.; COELHO, M. T. A. D. A Violência estrutural. *SEPA-Seminário Estudantil de Produção Acadêmica*, v.11, n.1, p.1-11, 2007.
- ALVES, R. A.; PINTO, L. M. N.; OLIVEIRA, G. L.; MELO, E. M. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. *Interface*. v.16, n.13, 871-883. 2012
- ARENDT, H. *A Condição Humana*. Tradução Roberto Raposo. 10. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- ARENDT, H. *Sobre a Violência*. Tradução André Duarte. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré, 2001.
- BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Tradução Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BRASIL. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. *VIVA: Vigilância de Violência e Acidentes 2013 e 2014*. Brasília: Ministério da saúde, 2017.
- CARRINGTON, K. et al. Globalization, frontier masculinities and violence: booze, bloques and brawls. *Br. J. Criminolo.*, v.50, n.3, p.393-413, 2010.
- DAS, V. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.14, n.40, p.31-42, 1999.
- DURKHEIM, E. *Da Divisão do Trabalho Social*. Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- GIDDENS, A. *A Constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fonte, 2009.
- GOMES, N. P.; DINIZ, N. M. F.; CAMARGO, C. L.; SILVA, M. P. Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: características socioeconômicas. *Revista Gaúcha Enferm.*, v.33, n.2, p.109-116, 2012.
- GRAHAM, H., KELLY, M. *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London: NHS, 2004.
- IBGE. *Projeções da população: Brasil e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

- JOUVENEL, B. *Du Pouvoir*. França: Hachette Litteratures, 2006.
- MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo de interdisciplinar de ação coletiva. *História, Ciências e Saúde*, v. IV, n.3, p.513-531, 1998.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
- MISSE, M. Violência e teoria social. *Dilemas*, v.9, n.1, p.45-63, 2016.
- NACIMENTO, E. F.; et al. Violência é coisa de homem? A naturalização da “violência” nas falas de homens jovens. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14. n.4, p.1151-7, 2009.
- OPAS (Organización Panamericana de la Salud). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPAS, 2003.
- PARKER, R. G. *Corpos, Prazeres e Paixões*. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.
- ROSA, A. G.; et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor de violência. *Saude Soc.*, v.85, n.5, p.433-7, 2008.
- WEBER, M. *Sobre a Teoria das Ciências Sociais*. São Paulo: Moraes, 1991.
- WORLD ECONOMIC FORUM. *The Global Gender Gap Report 2015*. Genova: World Economic Forum, 2015.

## 5.2 CAPÍTULO 2

Artigo publicado no *International Journal of Public Health* <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1136-0>

### **Prevalence of sexual violence in Brazil: associated individual and contextual factors**

**Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Natal, Brasil

janmillevs@yahoo.com.br

55 (84) 991213410/ 55 (84) 996411464

**Angelo Giuseppe Roncalli**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Natal, Brasil

#### **Abstract**

**Objective:** Assessing the prevalence of sexual violence in Brazil and its association with individual and contextual factors. **Method:** A multilevel analysis performed with cross-sectional data from 2010. The adjusted Prevalence Ratio was estimated through Poisson multilevel modelling. Cross-level interactions were evaluated by the inclusion of interaction terms between socioeconomic variables from the two levels. **Results:** Sexual violence is more prevalent in municipalities that presented lower years of schooling expectancy at 18 years old (PR 1.27; CI95% 1.09-1.48), lower per capita income (PR 1.23; CI95% 1.05-1.43), lower HDI (PR 1.17; CI95% 1.01-1.37), higher proportion of poverty vulnerability (PR 1.18; CI95% 1.02-1.38), higher proportion of unemployment (PR 1.68; CI95% 1.45-1.96) and higher proportion of people who neither work nor study (PR 1.26; CI95% 1.08-1.46). Higher prevalence of sexual violence was associated with lower GINI index and greater coverage of primary health services. In analysing the tendency demonstrated a strong contextual effect between the municipalities units in relation to sexual violence. **Conclusions:** The strategy to reduce sexual violence in Brazil must be integrated with other social policies, considering both individual risk factors and macrosocial determinants.

**Key-words:** sexual violence, social determinants, multilevel, public health policy

## Introduction

Sexual violence is defined as sexual intercourse or the attempt to consummate it under coercion by someone else (irrespective of the relationship to the victim). The concept also includes undesired sexual insinuation, actions to sell any form of sexuality in any place, including the household and/or the workplace (Pan-American Health Organization, 2003). This kind of violence is one of the cruellest forms of gender-based violence, and has been persistent throughout history. It affects women, adolescents and children in all social places, especially at home, and can be expressed as a symbolic and moral violence, producing vulnerabilities and promoting a constant feeling of insecurity, contributing to the perpetuation of a violent and patriarchal culture (Brasil, 2012).

According to World Health Organization (WHO, 2002), sexual violence has an effect on the physical and mental health of the victims, with consequences that are seen both immediately and many years after the action. As well as injuries, it is associated with increased risk of a range of sexual and reproductive health problems and mental health consequences. Mortality associated with sexual violence may occur through suicide, HIV infection, and murder, either during the attack or subsequently in ‘honour killings’. So it has become a public health problem recognized by WHO since 1993 (WHO, 2014).

In Brazil, the largest country in Latin America and with the highest Gross Domestic Product (GDP) in South America, studies indicate that despite the institution of government policies to combat sexual violence the problem still affects a considerable portion of the population. Lima et al. (2017) observed that 5.7% to 22% of women in some Brazilian cities are victims of this type of violence and that 37.8% of female sex workers suffer sexual violence. As for Brazilian children and adolescents, it is verified that sexual abuse is the most prevalent form of violence in this age group (Silva et al, 2017), since it affected 2.9% boys and 11.7 % girls in 2015 (Martins, Alencastro, 2015). On the other hand, the prevalence (15.9%) of men who suffered of sexual violence with other men is much higher (Sabidó et al, 2015), whereas the prevalence of pregnant woman suffered by sexual violence is very low (2.8%) (Ribeiro et al, 2017).

Violence is a result of the reciprocal action of individual, relational, social, cultural and environmental factors, and none of these factors alone can explain why violence is more prevalent in a given population (WHO, 2014). Thus, to understand how these factors are related to sexual violence is an important step that needs to be taken in terms of public policies in order to contain and prevent violence. Some studies (PAHO, 2003; WHO, 2010) demonstrate that

individual factors, such as age, schooling, income, lifestyle (consumption of alcohol and other drugs, multiple sexual partners, marital status and sexual orientation) can partly explain a predisposition to sexual violence. However, there are several social factors that could create situations favourable to increase sexual violence, as such neighbourhood characteristics, poverty, unemployment, inequality, social support, public services offered and social policies (WHO, 2002; WHO, 2014; Castaños-Cervantes, Sánchez-Sosa, 2016; Antonio, Fontes, 2012, Schraiber, 2014).

Moreover, according to Whitehead and Dalgren's (1991) theory of social determination, such factors overlap in layers ranging from the most proximal level to individuals to a more distal level related to the context in which they live. In this sense, it is important to understand how these factors, in their different levels, can positively or negatively influence each other in the determination of sexual violence. Despite that, only few Brazilian studies about sexual violence consider multiple factors at different levels. In this perspective, the present study assessed the effect of both individual and contextual factors on sexual violence in Brazil.

## **Methods**

### **Participants and databases**

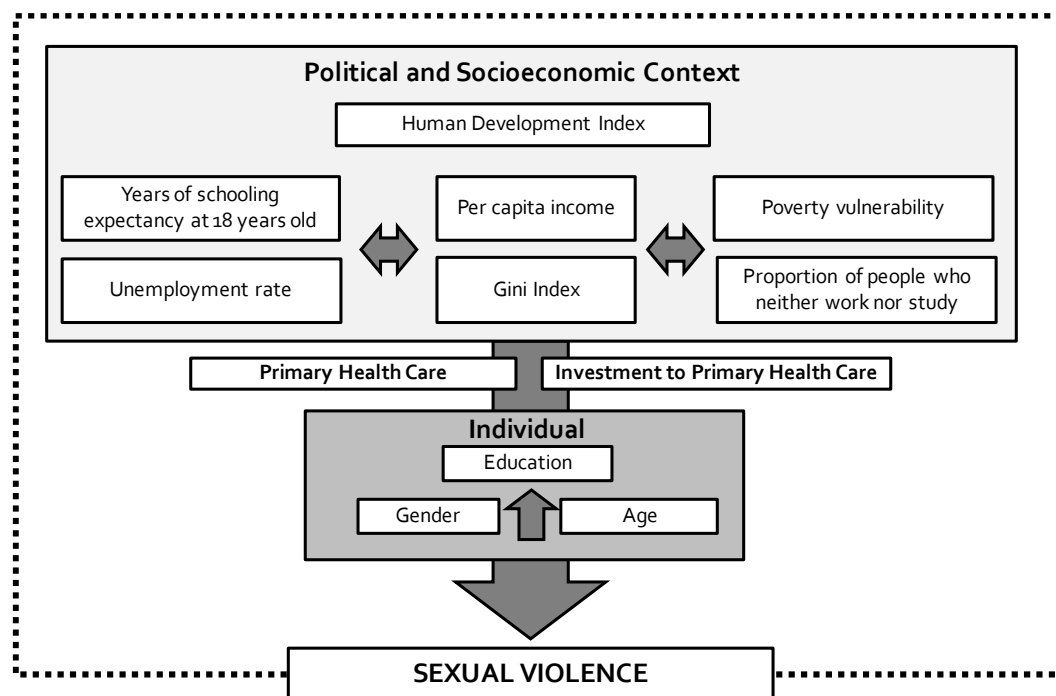
This study included 59,381 participants in the analysis. It used three databases from 2010: (1) the “Violence and Accidents Surveillance System” (VIVA, from the Portuguese acronym); (2) the Brazilian National Census, organized by the Brazilian section of the United Nations Development Program (UNDP); and (3) the National Registry of Health Facilities (CNES, from Portuguese acronym). The VIVA dataset is a register of violence cases, which includes the different types of violence such as physical, psychological, torture, sexual violence, human trafficking, financial violence, neglect, child labour, legal intervention, among others. Thus, we only worked with cases of sexual violence to perform this study, meaning that our outcome is the proportion of sexual violence in relation to all other types of violence registered in Brazil in 2010. It was implemented in 2006, and its information is continuously collected from a specific notification form, established by the Act 10.778/2003 (Brasil, 2003), which regulates the compulsory notification of all cases of violence in all health facilities all over the country. The CNES dataset was instituted since 2010 in Brazil. It has a registry of all health resources in the country and provides information on the existing health care facilities in all Brazilian federal units and municipalities in the country. It provides data on installed physical

capacity, available services, professionals working at health facilities, financial information, and other information. The United Nations Development Program (UNDP) is an organ of the United Nations (UN) and works mainly for the combat to poverty and Human Development. It is present in 166 countries around the world, among them Brazil since the 1960s. UNDP provides technical support to its partners through a variety of methodologies, providing expertise, especially in the area of socioeconomic information of the countries. Thus, all the data used has been gathered from consolidated information systems in the country for more than a decade, with an adequate methodology to obtain reliable data.

### Measures

We developed a theoretical framework (Figure 1) to guide our study based on the social determination model from Dahlgren and Whitehead (1991), where different layers represent specific levels of determination. Thus, at the proximal level there are the individual characteristics, and at the distal level are socioeconomic, cultural and environmental factors of the context where people are living. In this sense, the variables chosen in our theoretical model were those that presented association with sexual violence from the literature findings, and also had available data for the Brazilian municipalities in the national databases.

Figure 1. Study Framework.



As individual characteristics gender, age and education level were included. As contextual characteristics *per capita* income average, Gini index, years of schooling expectancy at 18 years old, unemployment rate, proportion of people who neither work nor study, Human Development Index (HDI), population coverage of primary health care and population rate of investments in primary care were included. The *per capita* income average is a typical socioeconomic variable and Gini index is a variable to measure income inequality. Variable years of schooling expectancy at 18 years old was included to represent the context educational level and we used the unemployment rate to express employment conditions. In relation to vulnerability, the variables poverty vulnerability and the proportion of people who neither work nor study were included. We additionally included the Human Development Index (HDI), which is an aggregated measure, widely used in studies of social conditions that briefly evaluates the quality of life and the economic development of a population. Finally, considering that is also important to assess the contextual effect of public health policies (Montesanti, Thurston, 2015), we included the population coverage of primary health care, which means the possibility of accessing this kind of health service by the population. To complete this approach, we used the population rate of investments in primary care, which may express the prioritization of the authorities for this level of care. More details of the variables' description can be found in Table 1.

Table 1. Individual and contextual variables. General description and adaptation strategies of the analysis model.

	Variable	Source	Description	Original Categories (New Categories)
Dependent	Sexual violence	Brazilian Violence and Accidents Surveillance System of Brazil (VIVA, from the Portuguese acronym)	Report of having suffered sexual violence in the interview	Original variable
	Gender	Brazilian Violence and Accidents Surveillance System of Brazil (VIVA, from the Portuguese acronym)	Gender of interviewee.	Male and Female, no modification
Independent (Individual)	Age	Brazilian Violence and Accidents Surveillance System of Brazil (VIVA, from the Portuguese acronym)	Age, in years, at the moment of interview.	Years, from 0 to 99, categorized to: 60 years and older 35-59 years old 20-34 years old 12-19 years old 0-11 years old
	Education	Brazilian Violence and Accidents Surveillance System of Brazil (VIVA, from the Portuguese acronym)	Formal education level	Education level categorized to: University High school Elementary school Functionally illiterate

Variable	Source	Description	Original Categories (New Categories)
Years of schooling expectancy at 18 years old	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	Average of years of schooling that a child should complete before 18 years old.	Numeric value, categorized from tercis in: 9.92 years and more 9.04-9.91 years Up to 9.03 years
Gini Index	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	An index to measure the inequality in the distribution of per capita income. Ranging from 0, where there is no inequality, to 1 when all income is concentrated in one single individual.	Numeric value, categorized from tertiles in: Up to 0.47 0.48 to 0.52 0.53 and more
Poverty Vulnerability	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	An index to measure the number of individuals at risk of poverty in a population. Proportion of individuals with per capita household income equal to or less than BR R\$ 255.00 per month.	Numeric value, categorized from tertiles in: Up to 24.60% 24.61% to 55.74% 55.75% and more
Unemployment Rate	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	An index to measure the difficulty of employment. Percentage of economically active population who was unemployed, but had sought work during the month prior to the survey.	Numeric value, categorized from tertiles in: Up to 5.39% 5.40% to 8.19% 8.20% and more
Per capita income	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	The sum of the income of all household members, divided by the number of residents.	Numeric value, categorized from tertiles in: BR R\$640.60 and more BR R\$ 364.39 to 650.59 Up to BR R\$364.38
Proportion of people who neither work nor study	National Census, performed by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, from the Portuguese acronym)	Proportion of individuals aged 15 to 29 who did not study or work.	Numeric value, categorized from tertiles in: Up to 7.98% 7.99% to 18.02% 18.03% and more
Human Development Index (HDI)	Brazilian agency of the United Nations Development Program (UNDP)	Geometric average of three other indices related to education, income and longevity, with equal weights.	Numeric value, categorized from tertiles in: 0.718 and more 0.635 to 0.717 Up to 0.634
Health Primary Care coverage	National Health Facilities Register (CNES from the Portuguese acronym)	Population teams divided by number of primary health care the in the same year.	Numeric value, categorized from tertiles in: 2.798 and more 1.371 to 2.797 Up to 1.370
Investment in Health Primary Care	National Health Facilities Register (CNES from the Portuguese acronym)	Financial resources (in reais - Brazilian currency) invested in primary health care divided by the number of people.	Numeric value, categorized from tertiles in: BR R\$ 52.18 and more BR R\$ 35.77 to R\$ 52.17 Up to BR R\$ 35.76

Independent (Context)

### **Analysis strategy**

Since the data was not from a cross-sectional study, it was not weighted. First, all variables were analysed in order to verify missing data and outliers. There were no outliers. There were approximately 10% of the missing data sample that were removed from the analyses. Second, a descriptive analysis was done aiming to guide the variable categorization (Table 1). After this procedure, Chi-square test for analysis of association was performed between the outcome variable (sexual violence) and all other independent variables, selecting those with a p-value below 0.2 to be included in multilevel modelling (Table 2). The Prevalence Ratio (PR) with its respective 95% confidence interval was also estimated.

As the PR is the most appropriate measure for sectional data, we decided to use the Poisson multilevel modelling with mixed effects, which is able to estimate both the unadjusted and adjusted PR for each independent variable (Espelt et al., 2017). A multilevel model was carried out in order to assess the effect of both individual and contextual factors. Generally speaking, the different levels in a multilevel analysis can be considered as social clusters, which would have a significant effect on the behaviour of their members. Therefore, in population studies individuals can be the first level, while the context (neighbourhood, cities or states) would be the second level (Puente-Palacios, Laros, 2009). In this study, the characteristics of the individuals were used for the first level of analysis and the contextual characteristics of the Brazilian municipalities were used for the second level of the multilevel analysis. For all analyses we used Stata software version 14.

A null model was initially performed aiming to verify the isolated effect of the context and to decide on the feasibility of the multilevel approach. Next, variables were included according to levels: model 1 with only individual variables, and model 2 with contextual variables, analysing the changes in variance for examining the model fit. The method used for estimating the parameters was maximum likelihood, because it is recommended for large samples, it is applicable to most models and different types of data, and produces the most accurate estimates. Random effect was used to modelling. As the final step, we created interaction terms between socioeconomic variables from the two levels to verify the cross-level interaction.

## Results

### Preliminary analysis

Descriptive analysis showed that 65.5% (46,857) of the valid data were female subjects, most of them young adults aging from 20 to 34 years old (31.4%; 22,192) with college education (38.8%; 20,786). The prevalence of sexual violence in general was 20.4%.

Bivariate analysis (Table 2) at the individual level showed that the prevalence of sexual violence in Brazilian women is twice as high as in men (PR=2.35, CI95% 2.23-2.47). A decreasing gradient in the sexual violence prevalence according to age was observed. Children suffer sexual violence seven times more than older people (PR=7.41, CI95% 6.10-9.01) and adolescents suffer sexual violence six times more (PR=6.40, CI95% 5.26-7.78) The educational level has a similar pattern, i.e. the higher the educational level, the lower the prevalence of sexual violence. Functionally illiterates have a prevalence of sexual violence almost double (PR=1.98, CI95% 1.85-2.12) than people with higher education.

Regarding the context, it was observed that sexual violence is more prevalent in those federative units that presented lower years of schooling expectancy at 18 years old, lower per capita income, lower HDI, higher proportion of poverty vulnerability, higher proportion of unemployment and higher proportion of people who neither work nor study. Among the contextual variables that had the greatest effect was the unemployment rate. Brazilian federative units with unemployment above 8.2% had a prevalence of sexual violence almost twice as high as those with a unemployment rate below 5.3% (PR=1.68, CI95% 1.45-1.96). In relation to Health Services, higher prevalence of sexual violence was associated to a lower investment in primary health care and to higher primary health care coverage. People living in places with higher coverage of primary services had almost twice the prevalence of sexual violence (PR=1.71, CI95% 1.47-2.00).

Table 2. Bivariate associations between outcome and the independent variables according to the levels. Brazil, 2010.

	Sexual Violence				p	PR (95% CI)
	No		Yes			
<b>1<sup>st</sup> level (individual)</b>	n	%	n	%		
<b>Gender</b>						
Male	18245	<b>91.1</b>	1786	<b>8.9</b>		1
Female	28932	<b>73.6</b>	10353	<b>26.4</b>	<0.001	2.35 (2.23-2.47)
<b>Age</b>						

60 years and older	2847	<b>96.4</b>	105	<b>3.6</b>		1
35 to 59 years old	11071	<b>93.4</b>	776	<b>6.6</b>	<0.001	1.88 (1.53-2.31)
20 to 34 years old	16637	<b>91.0</b>	1637	<b>9.0</b>	<0.001	2.45 (2.01-2.99)
12 to 19 years old	9082	<b>69.1</b>	4054	<b>30.9</b>	<0.001	6.40 (5.26-7.78)
0 to 11 years old	7602	<b>57.7</b>	5569	<b>42.3</b>	<0.001	7.41 (6.10-9.01)
<b>Education</b>						
Higher education	14660	<b>89.1</b>	1791	<b>10.9</b>		1
High school	4675	<b>87.2</b>	689	<b>12.8</b>	<0.001	1.29 (1.17-1.41)
Elementary school	12638	<b>79.1</b>	3334	<b>20.9</b>	<0.001	1.76 (1.65-1.88)
Functionally illiterate	5787	<b>70.9</b>	2378	<b>29.1</b>	<0.001	1.98 (1.85-2.12)
<b>2<sup>nd</sup> level (State)</b>						
<b>Years of Schooling Expectancy at 18 years old</b>						
9.92 years and more	25731	<b>84.6</b>	4679	<b>15.4</b>		1
9.04 to 9.91 years	16911	<b>73.3</b>	6146	<b>26.7</b>	<0.001	1.31 (1.14-1.51)
Up to 9.03 years	4577	<b>77.8</b>	1309	<b>22.2</b>	0.002	1.27 (1.09-1.48)
<b>Poverty vulnerability (%)</b>						
Up to 24.60	29725	<b>81.1</b>	6918	<b>18.9</b>		1
24.61 to 55.74	14937	<b>76.8</b>	4502	<b>23.2</b>	0.133	1.11 (0.97-1.28)
55.75 and more	2557	<b>78.2</b>	714	<b>21.8</b>	0.031	1.18 (1.02-1.38)
<b>Per capita income</b>						
BR R\$650.60 and more	35758	<b>79.6</b>	9166	<b>20.4</b>		1
BR R\$364.39 to 650.59	9275	<b>80.1</b>	2303	<b>19.9</b>	0.164	1.10 (0.96-1.27)
Up to BR R\$ 364.38	2186	<b>76.7</b>	665	<b>23.3</b>	0.009	1.23 (1.05-1.43)
<b>Unemployment rate (%)</b>						
Up to 5.30	8663	<b>88.2</b>	1155	<b>11.8</b>		1
5.40 to 8.19	19333	<b>80.8</b>	4595	<b>19.2</b>	<0.001	1.46 (1.26-1.70)
8.20 and more	19223	<b>75.1</b>	6384	<b>24.9</b>	<0.001	1.68 (1.45-1.96)
<b>Proportion of people who neither work nor study (%)</b>						
Up to 7.98	28656	<b>81.4</b>	6569	<b>18.6</b>		1
7.99 to 18.02	15751	<b>76.8</b>	4767	<b>23.2</b>	0.013	1.19 (1.04-1.37)
18.03 and more	2812	<b>77.9</b>	798	<b>22.1</b>	0.003	1.26 (1.08-1.46)
<b>Human Development Index (HDI)</b>						
0.718 and more	35836	<b>79.2</b>	9424	<b>20.8</b>		1
0.635 to 0.717	9093	<b>81.6</b>	2051	<b>18.4</b>	0.998	1.00 (0.87-1.15)
Up to 0.634	2290	<b>77.7</b>	659	<b>22.3</b>	0.039	1.17 (1.01-1.37)
<b>Gini Index</b>						
Up to 0.47	10989	<b>80.9</b>	2591	<b>19.1</b>		1
0.48 to 0.52	11802	<b>81.4</b>	2699	<b>18.6</b>	0.121	1.12 (0.97-1.30)
0.53 and more	24428	<b>78.1</b>	6844	<b>21.9</b>	0.213	1.10 (0.95-1.27)
<b>Investment in Primary Health Care</b>						
BR R\$52.18 and more	2478	<b>83.9</b>	474	<b>16.1</b>		1
BR R\$35.77 to 52.17	8272	<b>82.7</b>	1726	<b>17.3</b>	0.460	1.07 (0.90-1.26)
BR R\$ up to 35.76	36465	<b>78.6</b>	9934	<b>21.4</b>	<0.001	1.42 (1.21-1.66)
<b>Primary Health Care coverage</b>						
2.798 and more	3536	<b>86.1</b>	573	<b>13.9</b>		1
1.371 to 2.797	11653	<b>87.0</b>	1744	<b>13.0</b>	0.169	1.12 (0.95-1.32)
Up to 1.370	32020	<b>76.5</b>	9815	<b>23.5</b>	<0.001	1.71 (1.47-2.00)

CI = Confidence Interval; PR = Prevalence Ratio

### Multilevel Analysis

In the multilevel modelling, it was observed from the analysis of the null model that there is a strong contextual effect in the prevalence of sexual violence, considering the municipalities units as clusters. This result can be verified through the analysis of variance, which is non-zero (0.98; CI95% 0.87-1.09) and also confirmed by the significance of the Likelihood Ratio (LR) test ( $<0.001$ ), as we can see in Table 3. Model 1 was built with only individual variables and all of them remained significant, observing a slight adjustment in relation to bivariate analysis. The greatest adjustment was observed in the gender, where the prevalence of sexual violence in women increased after adjusting for age and education (PR= 3.20, CI95% 2.97-3.43).

When we added the contextual variables, the individual variables presented slight adjustments in their prevalence ratio but remained significantly associated with sexual violence. The prevalence ratio decreases slightly for gender (PR= 3.17, CI95% 2.95-3.41) and age (PR=7.59, CI95% 6.05-9.53) while education presented a small increase in its prevalence ratio (PR=1.44, CI95% 1.34-1.55). The contextual variables poverty vulnerability (PR= 0.67, CI95% 0.40-1.10), proportion of people who neither work nor study (PR=1.12, CI95% 0.81-1.55), HDI (PR=1.02, CI95% 0.82-1.25) and investments in primary health care (PR=1.18, CI95% 0.96-1.44) lost their significance, probably due to collinearity. These variables presented high correlation with all contextual variables, and hence were removed. The Gini index remained statistically insignificant (PR=0.86, CI95% 0.74-1.01) as in the bivariate analysis.

The final model included all individual variables and the contextual variables that presented in the model 1 significance in some category, such as years of schooling expectancy at 18 years old (PR=1.19, CI95% 1.04-1.36), unemployment rate (PR=1.38, CI95% 1.18-1.63), per capita income (PR=1.69, CI95% 1.03-2.77) and primary health care coverage (PR=1.35, CI95% 1.14-1.59). Despite the statistical insignificance of the Gini index in the model 2, we decided to keep it in modeling for theoretical reasons. We believe in the importance of income inequalities in determining health problems. All of them remained significant in the final model. The LR test showed that the contextual effect remained significant as well. In analysing the tendency of variance from the null to the final model, a decrease of 54.1% was observed in the variance, which demonstrates a strong contextual effect between the Brazilian municipalities units in relation to sexual violence.

Table 3. Poisson multilevel regression analysis for sexual violence according to individual and contextual variables. Brazil, 2010.

Variables	Null Model (n=59,381)	Model 1 (n=45,941)		Model 2 (45,910)		Final Model (n=45,912)	
		PR (95%CI)	P	PR (95%CI)	P	PR (95%CI)	p
<b>1<sup>st</sup> Level (individual)</b>							
<b>Gender</b>							
Male		1		1		1	
Female		3.20 (2.97-3.43)	<0.001	3.17 (2.95-3.41)	<0.001	3.17 (2.95-3.41)	<0.001
<b>Age</b>							
60 years and older		1		1		1	
35 to 59 years old		1.58 (1.25-2.00)	<0.001	1.58 (1.25-2.00)	<0.001	1.58 (1.25-2.00)	<0.001
20 to 34 years old		1.97 (1.57-2.48)	<0.001	1.96 (1.55-2.46)	<0.001	1.95 (1.55-2.46)	<0.001
12 to 19 years old		5.47 (4.36-6.85)	<0.001	5.36 (4.28-6.73)	<0.001	5.37 (4.28-6.73)	<0.001
0 to 11 years old		7.74 (6.16-9.71)	<0.001	7.59 (6.05-9.53)	<0.001	7.60 (6.05-9.54)	<0.001
<b>Education</b>							
University		1		1		1	
High school		1.50 (1.36-1.65)	<0.001	1.53 (1.39-1.68)	<0.001	1.53 (1.39-1.68)	<0.001
Elementary school		1.35 (1.27-1.45)	<0.001	1.38 (1.29-1.47)	<0.001	1.38 (1.29-1.47)	<0.001
Functionally illiterate		1.42 (1.32-1.53)	<0.001	1.44 (1.34-1.55)	<0.001	1.44 (1.34-1.55)	<0.001
<b>2<sup>nd</sup> level (State)</b>							
<b>Years of Schooling Expectancy at 18 years old</b>							
9.92 years and more				1		1	
9.94 to 9.91 years				1.19 (1.04-1.36)	0.009	1.19 (1.04-1.36)	0.009
Up to 9.03 years				1.10 (0.91-1.32)	0.314	1.10 (0.92-1.30)	0.287
<b>Gini Index</b>							
Up to 0.47				1		1	
0.48 to 0.52				0.98 (0.85-1.13)	0.795	0.97 (0.84-1.11)	0.657
0.53 and more				0.86 (0.74-1.01)	0.056	0.83 (0.72-0.96)	0.010
<b>Poverty Vulnerability (%)</b>							
Up to 24.60%				1		1	
24.61% to 55.74%				0.93 (0.73-1.18)	0.550		
55.75% and more				0.67 (0.40-1.10)	0.116		
<b>Unemployment Rate</b>							
Up to 5.39%				1		1	
5.40% to 8.19%				1.27 (1.10-1.47)	0.002	1.29 (1.11-1.49)	0.001
8.20% and more				1.38 (1.18-1.63)	<0.001	1.41 (1.22-1.64)	<0.001
<b>Per capita income</b>							
BR R\$ 650.60 and more				1		1	
BR R\$ 364.39 to BR R\$650.59				1.13 (0.92-1.40)	0.243	1.08 (0.94-1.24)	0.263
Up to R\$ 364.38				1.69 (1.03-2.77)	0.038	1.27 (1.06-1.52)	0.011
<b>Proportion of people who neither work nor study</b>							
Up to 7.98%				1		1	
7.99% to 18.02%				1.07 (0.86-1.32)	0.560		
18.03% and more				1.12 (0.81-1.55)	0.508		
<b>Human Development Index (HDI)</b>							
0.718 and more				1		1	
0.635 to 0.717				1.02 (0.82-1.25)	0.888		
Up to 0.634				1.09 (0.73-1.69)	0.655		
<b>Primary Health Care coverage</b>							
2.798 and more				1		1	
1.371 to 2.797				0.98 (0.83-1.15)	0.790	1.01 (0.86-1.19)	0.862
Up to 1.370				1.35 (1.14-1.59)	<0.001	1.44 (1.24-1.68)	<0.001
<b>Investment in Health Primary Care</b>							
BR R\$ 52.18 and more				1		1	

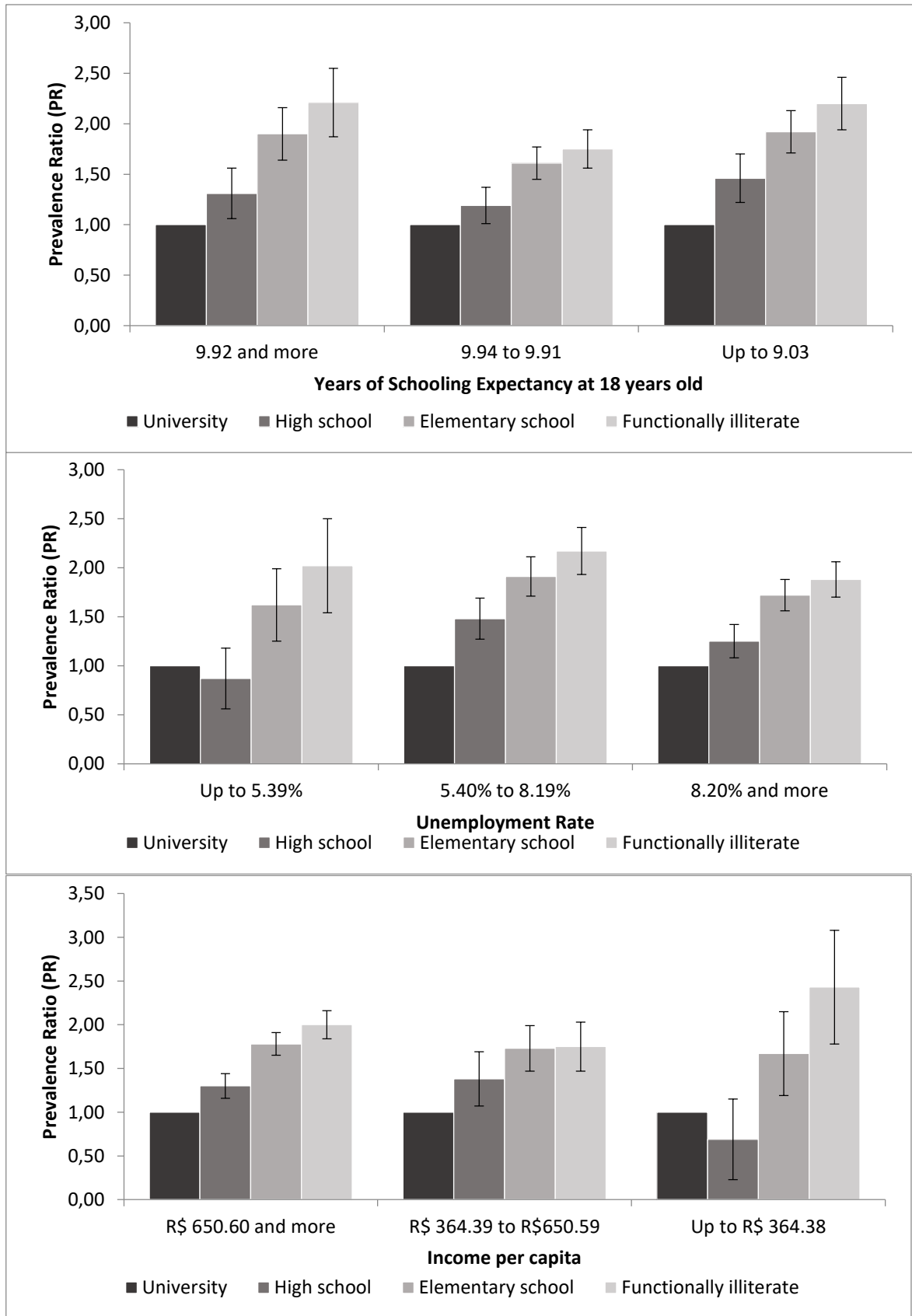
Variables	Null Model (n=59,381)	Model 1 (n=45,941)		Model 2 (45,910)		Final Model (n=45,912)	
		PR (95%CI)	<i>P</i>	PR (95%CI)	<i>P</i>	PR (95%CI)	<i>p</i>
BR R\$ 35.77 to BR R\$ 52.17				1.05 (0.88-1.26)	0.597		
Up to BR R\$ 35.76				1.18 (0.96-1.44)	0.121		
<b>Fixed Effects</b>							
Intercept (95% CI)	0.16 (0.15- 0.17)	0.015 (0.012-0.019)		0.008 (0.006-0.011)		0.009 (0.007-0.012)	
<b>Random effects</b>							
Variance (95%CI)	0.98 (0.87- 1.09)	0.50 (0.44-0.58)		0.45 (0.39-0.53)		0.45 (0.39-0.53)	
LR test $\chi^2$ ( <i>p</i> -value)	9205.22 (<0.001)	2777.13 (<0.001)		2136.96 (<0.001)		2155.43 (<0.001)	

CI = Confidence Interval; PR = Prevalence Ratio; LR = Likelihood Ratio

### Interaction effects

We performed an interaction analysis in the modelling including the interaction terms created from an individual variable (formal education) with three different combinations of contextual variables (schooling expectation, per capita income and unemployment rate). The inclusion of these interaction terms did not significantly alter the variance in the final model. Confirming this result, stratified analyses were carried out by calculating the Prevalence Ratios for formal education and sexual violence in different strata of years of schooling expectancy at 18 years old, per capita income and unemployment rate. As we can see in Figure 2, there are no significant differences in the PR values, indicating an absence of cross-level interaction.

Figure 2. Stratified analysis of the prevalence ratio of sexual violence according to contextual variables in the adjusted final model. Bars indicate a 95% confidence interval. Brazil, 2010.



\*Note: University is a reference category.

\*\*R\$: Brazilian current (BRL value)

**Discussion**

Multilevel modelling allowed us to identify that both individual and contextual factors are associated to sexual violence in Brazil, just as the World Health Organization (WHO) has pointed out for the whole world (WHO, 2002). Therefore, in order to tackle the problem of sexual violence and to promote a culture of peace in Brazil, it will be necessary integrated work between different sectors of the society, especially those related to public social policies. Thus, as stated by Montesani and Thurston (2015), to focus only on individual or proximal determinants associated to violent actions would ignore the role of the larger structural systems, which are formed by economic, legal and politic factors.

An inverse social gradient of the sexual violence among Brazilian municipalities units was observed, i.e. worse contextual socioeconomic conditions are strongly related to a higher prevalence of sexual violence. This situation of social inequality is associated to macro social determinants such as employment, education and income. According to Montesanti and Thurston (2015), low quality of life conditions are also invisible manifestations of structural violence, which are embedded into the social fabric, creating and keeping inequalities within and between different social groups. In this perspective, our findings point to a strong association of sexual violence with years of schooling expectancy, unemployment rate and income per capita.

Thus, in agreement with our findings, Guimarães and Villela (2011) also observed a high proportion of sexual violence victims in low SES communities. Gomes et al (2006) showed a higher prevalence of this for people living with household income below one Brazilian minimum wage in their study, while Carvalho (2007) highlights that work means independence and social status, therefore unemployment increases social problems such as violence.

In our study, a controversial finding was the relationship with income inequality, measured by the Gini index. We found that people living in states with a high income concentration presented lower prevalence of sexual violence, contrasting with several other studies. According to Barros, Foguel and Ulyssea (2007), despite showing better indicators in the South and Southeast regions, income inequality is still uniform throughout the whole country, probably due to the fact that inequality is more affected by national economic policies and less by state-level interventions. As Wilkinson and Pickett (2006) stated, a better association between income inequality and health usually occurs when it is studied using large units of analysis, such as countries. As they have the same economic policy for the whole territory, variations in income distribution between federative units and even between municipalities are

usually rare, but when different countries with different economic models are compared, the relationship between income inequality and health is usually more frequent.

Regarding health services offered and access to primary health care, a higher prevalence of sexual violence in people living in places with higher coverage rates for this kind of service was observed. At first glance, this seems to be a paradox; however, it is not, because if we analyse the guidelines for the National Health Policy in Brazil, it has equity in the distribution of health resources as one of its core principles (Brasil, 1990). In other words, the Brazilian health policy advocates greater health services offered deployed to places with the worst health conditions. Thus, having a greater coverage of health services in states with higher prevalence of sexual violence is an important and necessary factor to prevent such an event on a long-term basis.

At the individual level, prevalence of sexual violence is threefold higher in women than in men. We believe that this fact is due to three main reasons. First, the sexualisation of the female body is culturally accepted in Brazil, which originates from a male chauvinism culture still very present, despite government actions being favourable to guaranteeing both women's rights and gender equality. Second, not only in Brazil but also in several other countries men do not report sexual abuse very often due to shame, guilt and the fear that the authorities disbelieve their accusations (PAHO, 2003). In addition, we used sexual violence notifications from the Brazilian health services for this study, and some studies have shown that men usually have lower access to health services when compared to women (Dias-da-Costa et al, 2008; Gomez 2002). Consequently, sexual violence notifications from men would be less frequent due to this fact.

Age as well as socioeconomic conditions presented a strong gradient in the distribution of sexual violence, showing that young people are more likely to suffer it. Thus, it is important to highlight the very high prevalence of sexual violence in adolescence when compared with other periods of life, probably due to the greater vulnerability of this age group related to smaller autonomy of their bodies. This finding reveals the ineffectiveness of some Brazilian regulations, considering that Brazil approved the Child and Adolescent Statute in 1990, a specific law assuring the rights of Brazilian children and adolescents and their protection (Brasil, 1990). However, it is noteworthy that this fact does not only occur in Brazil. A study conducted in Swaziland, a Southern African country, with girls and women from 13 to 24 years old, found that 33.2% of them related at least one episode of sexual violence before reaching 18 years old (Reza, 2009).

In general, people with low educational level presented higher prevalence of sexual violence compared to those with more years of schooling. Moreira et al (2015) also found a higher prevalence of sexual violence in women with low level of formal education in their study, as well as Hohendorff et al (2014) who also revealed high prevalence in boys with the same condition. Another study conducted by Facuri (2012) found higher prevalence in the group with less than 8 years of schooling; however, a higher prevalence was observed in the tertile corresponding to high school. Therefore, these findings do not mean an association between higher formal education and sexual violence; in fact, they reveal that these people have a better understanding about the importance of looking for assistance and reporting the cases of violence inflicted upon them.

We do believe that the findings of this study are both valid and important, and will probably contribute to increasing knowledge about sexual violence in developing countries, considering the severity of this public health problem in them (WHO, 2014). However, it is important to notice that this study has been conducted with information gathered from the Violence and Accidents Surveillance System (VIVA), which works with notifications that occurred in Brazilian health care services, which can generate a measurement error. Hence, we are aware that these rates are underestimated, as many individuals who are victims of violence do not look for help in public services in fear of being attacked again as retaliation from their aggressors (Batista, 2008) or even due to a lack of access to these services (Kind et al, 2013). In addition, as with many other public health problems, sexual violence has other associated factors which were not included in our framework due to an absence of available data. Nevertheless, in a global context, modifying the variance in the adjusted final model means that considering the sexual violence in Brazil, the theoretical model of this study is suitable and could explain a major part of the determination of this harm. Thus, our findings point to the need to strengthen national social policies to improve the economic conditions of the population, reduce income inequalities, and expand and qualify health services.

Finally, we can conclude that whatever may be the strategy to reduce sexual violence in Brazil, and even in other developing countries, it must be integrated with other social policies. Especially in Brazil, despite the existence of policies to combat and prevent sexual violence, these are still very fragmented. On the one hand, there are social policies for specific groups, such as women and children, while on the other side programs of the judiciary and dissociated health services. In addition to the co-ordination of existing strategies with networking, it is necessary for the government to place social issues in the foreground in the country, such as

improving the level of schooling and expanding work and income in the country. It therefore must also take into account both individual risk factors and the macrosocial determinants. This approach will tackle sexual violence in both ways: reducing its prevalence and its unequal distribution within the Brazilian population.

## REFERENCES

Antonio EMR, Fontes TMR (2012) Bioethics and epidemiological aspects of victims of sexual violence in maternity hospital [Original title: Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade]. *Revista bioética (Impr.)* 20 (2): 280-287

Barros RPO, Foguel MNO, Ulyseia GO (2007) Income inequality in Brazil: an analysis of the recent decline [Original title: Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente]. Vol 2. Ipea, Brasília

Batista AP (2008). Intrafamilial child sexual abuse: underreporting and health care services. Dissertação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Brasil (1990) ABC of SUS: doctrines and principles [Original title: ABC do SUS: doutrinas e princípios]. Ministério da Saúde, Brasília

Brasil.. Law nº 8.069, 13 July 1990. Statute of the Child and Adolescent [Original title: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente]. *Diário Oficial da União*. 1990 jul 16; Seção 1. p. 13563

Brasil. Law 10778, 24 Dec 24, 2003. Establishes the compulsory notification in the national territory of the case of violence against women who is treated in public or private health services [Original title: Lei 10778, de 24 de dezembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados]. *Diário Oficial da União*. 2003 nov 25; Seção 1. p. 11

Brasil (2012) Prevention and treatment of injuries resulting from sexual violence against women and adolescents [Original title: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes]. Ministério da Saúde, Brasília

Carvalho QCM (2007) Sexual violence in childhood - perspective under maternal understanding [Original title: Violência sexual na infância – perspectiva sob a compreensão materna]. Dissertação, Universidade Federal do Ceará

- Castaños-Cervantes S, Sánchez-Sosa J J (2016) Towards a psychosocial and cultural definition of Mexican homeless girls: a qualitative approach. *Anales de Psicología* 32 (2): 516-527
- Dahlgren G, Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm
- Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Horta BL, Barros FC, Victora CG (2008) Pattern of health services utilization by adults of the Pelotas birth cohort from 1982 to 2004-5, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública* 42(Supl. 2): 1-8
- Espelt A, Dell'Olmo MM, Penelo E, Bosque-Prous M (2017) Applied Prevalence Ratio estimation with different Regression models: an example from a cross-national study on substance use research. *Adicciones* 29(2):105-12
- Facuri CO (2012) *Sociodemographic characteristics and psychic symptoms of women victims of sexual violence*. Dissertação, Universidade Estadual de Campinas
- Gomes MLM, Neto GHF, Viana CH, Silva MA (2006) Epidemiologic clinical profile of female children and adolescents victims of violence assisted in a Women's Support Service, Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 6 (Supl 1): S27-S34
- Gomez EG (2002) Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Publica* 11(5/6): 327-334
- Guimarães JATL, Villela WV (2011) Characteristics of physical and sexual violence against children and adolescents examined at the Forensic Medicine Institute in Maceió, Alagoas State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 27(8):1647-1653
- Hohendorff JV, Costa LS, Habigzang LF, Koller SH (2014). Sexual Violence Against Boys in Porto Alegre. *Paidéia* 24(58), 187-195
- Kind L, Orsini MLP, Napomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF (2013). Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. *Cadernos de Saúde Pública* 29(9):1805-1815
- Lima FSS, Merchán-Haman E, Undaneta M, Damacena GN, Szwarcwald CL (2017) Factores associated with violence against female sex workers in ten Brazilian cities. *Cadernos de Saúde Pública* 33(2):e00157815

- Martins CBG, Alencastro LCS (2015) Characteristics of violence suffered by high school adolescents in a Brazilian state capital. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 17(3):1–10
- Montesanti SR, Thurston WE (2015) Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Women's Health* 15(100):1-13
- Moreira GAR, Soares PS, Farias FNR, Vieira LJES (2015) Reporting of sexual violence against women in Brazil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 28(3): 327-336
- PAHO (Pan American Health Organization 2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. PAHO, Washington
- Puente-Palacios KE, Laros JÁ (2009) Multilevel analysis: contributions to studies investigating the effects of social context on individual behavior. *Estudios de Psicología* 26(3): 349-361
- Reza A, Breiding MJ, Gulaid J, Mercy JA, Blanton C, Mthethwa Z, et al (2009) Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. *Lancet* 373(9679): 1966-72
- Ribeiro MRC, Silva AAM, Alves MTSSB, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, Bettiol H, Barbieri MA (2017) Effects of socioeconomic status and social support on violence against pregnant women: a structural equation modeling analysis. *PLOS ONE* 20:1–16
- Sabidó M, Kerr LRFS, Mota RS, Benzaken AS, Pinho AA, Guimaraes MDC, Dourado I, Merchan-Hamman E, Kendall C (2015) Sexual violence against men who have sex with men in Brazil: a respondent-driven sampling survey. *AIDS Behav* 19(9):1630–4
- Schraiber L B (2014) Violence issue of interface between health and society [Original title: Violência questão de interface entre a saúde e a sociedade]. *Saúde e Sociedade* 23(3): 727-732
- Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Ximenes AS, Ribeiro JP (2017) Violence against children and adolescents: characteristics of notified cases in a southern reference center of Brazil. *Enfermaria Glob* 46:419–431
- WHO (World Health Organization 2002) World report on violence and health. WHO, Geneva
- WHO (2010) Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. WHO, Geneva
- WHO (2014) Global Status Report on Violence Prevention. WHO, Geneva

Wilkinson RG, Pickett KE (2006) Income inequality and population health, a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 62: 1768– 1784

### 5.3 CAPÍTULO 3

Artigo submetido a revista *Cadernos de Saúde Pública* de acordo com as normas de publicação em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

## **SEXUAL VIOLENCE REPORTS AND ASSOCIATED CONTEXTUAL FACTORS IN BRAZIL: PANEL DATA ANALYSIS FROM 2010 AND 2014**

**Janmille Valdivino da Silva, Ms**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil  
Rua Lúcia Viveiros, 615, Neópolis, Natal, RN-Brasil  
CEP 59086-005  
janmillevs@yahoo.com.br  
55 84 99121-3410

**Angelo Giuseppe Roncalli, Post-doc**

Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

### **Abstract**

**Objective:** To assess the trends in sexual violence reports in Brazil from 2010 to 2014 and to find an association between sexual violence and related contextual factors. **Methods:** An ecological study. Data were collected from Accidents and Violence Surveillance System, Brazilian National Census, National Public Security Yearbooks and Census of the National Social Assistance System. A descriptive analysis was performed, followed by a statistical significance analysis of the association using panel data regression analysis with fixed effects. **Findings:** There was variation in the variable values over time and between federative units. Sexual violence notifications increased. Socioeconomic factors generally improved and there was an increase in the public policy indicators. Bivariate analysis pointed out a significant positive correlation between sexual violence and schooling expectancy, *per capita* income, HDI and investments in public security policies, and a significant negative correlation with Gini, unemployment rate and inhabitant per public social service. Final model included *per capita* income and Gini index. **Conclusion:** The increase in sexual violence reports has a significant correlation with contextual state-level factors, especially factors related to the financial power of the Brazilian population.

**Keywords:** Sexual violence, contextual factors, panel data, Brazil.

## INTRODUCTION

It is known that non-fatal violence is more common than homicide and the number of people who have been suffering the consequences and injuries from this violence is quite high (WHO, 2014). Sexual violence is noteworthy among the violence causing great consequences to both society and the health sector. The Pan American Health Organization (PAHO, 2003) draws attention to the effects of both physical and mental health of the victims of this kind of violence. These effects are usually related to sexual and reproductive health, suicide and suicidal ideation, sexually transmitted infections, social stigma, and family abandonment, among other issues (DAS, 2011).

Sexual violence is any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed against a person's sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting including but not limited to home and work (WHO, 2010).

The PAHO stressed that the estimates of sexual violence prevalence have a great variety among countries and cities, mainly due to the difficulty to quantify sexual violence. A WHO Multi-country study about violence against women in 10 low and middle-income countries revealed that between 1 and 21% of those interviewed reported experiencing child sexual abuse under the age of 15 years; sexual violence by a partner at some point in life up to 49 years of age was reported by 6–59% of interviewees; and sexual violence by a non-partner any time after 15 and up to 49 years of age was reported by 0.3–11.5% of interviewees. The study also found that reported levels of sexual violence by non-partners from the age of 15 years varied from under 1% in Ethiopia and Bangladesh, to 10–12% in Peru, Samoa and urban Tanzania (WHO, 2010). Globally, 7% of women have been sexually assaulted by someone other than a partner (WHO, 2013).

Many different theoretical models attempt to describe the risk and protective factors for sexual violence, including those based on biological, psychological, cultural and gender equality concepts. However, the WHO has highlighted the use of an ecological model because it enables including risk and protective factors from multiple domains of influence such as societal, community, relationship and individual (WHO, 2010). In addition, the WHO's Global Status Report on Violence Prevention (WHO, 2014) stresses the association between sexual violence and social determinants such as: weak governance; poor rule of law; cultural, social and gender norms; unemployment; income and gender inequality; rapid social change; and limited educational opportunities. Most of the available literature reveals an association of

sexual violence with education level and economic factors (PINO-DOMINGUE, LILIA, MERCEDES, 2018; LEITE et al., 2017; ÖZCAN, GÜNAYDIN, ÇITIL, 2016; SEMAHEGN, MENGISTIE, 2015; THOMSON et al., 2015, JEANNE et al., 2015). Nevertheless, other contextual factors are poorly explored in studies, especially those conducted in underdeveloped countries.

In this scenario, we highlight Brazil, the most extensive and economically important underdeveloped country in Latin America. According to Parker (1991), Brazil is the country where "bodies are seen as objects of desire and source of pleasure" and where "sexual desire marked in a unique way the formation of its people". On the other hand, for more than a decade the Brazilian government has been trying to combat sexual violence in the country with the implementation of innumerable strategies, among which the National Policy for the Reduction of Morbidity and Mortality due to Violence and Accidents (2001); data collection on various types of violence - VIVA (2006) and more specifically the determination of the obligation to report cases of sexual violence in all health services in the country.

Therefore, this paper aim to assess the trends in sexual violence reports in Brazil from 2010 to 2014, and tried to find an association between sexual violence notifications and contextual factors related to socioeconomic characteristics and social policies.

## **METHODS**

This is an ecological study combining the 27 Brazilian federative units (26 states and a federal district) in the period from 2010 to 2014. Data were collected from several information sources: (1) the Accidents and Violence Surveillance System (VIVA) from the Brazilian Ministry of Health; (2) the Brazilian National Census, whose data were processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP), in order to create socioeconomic indices related to the 27 Brazilian federative units; (3) the National Public Security Yearbooks, sponsored by the National Forum on Public Security; and (4) the Census of the National Social Assistance System.

The outcome for this study were cases reported as sexual violence. The explanatory variables were chosen considering the Dahlgren and Whitehead (1991) social determination model. This theoretical model shows that there are determinants of health problems at different levels, from those closer to the individual (individual determinants) to those closer to societies (social determinants or macrodeterminants). In this case, the macrodeterminants are represented by the socioeconomic, cultural and environmental conditions where individuals live. In this

perspective, we selected explanatory variables to compose this study related to the socioeconomic conditions of the aggregate where the individuals live and which represents different perspectives such as education, income, employment and social policies. Thus, the following variables were included: *per capita* income as a typical economic variable; the Gini Index representing income inequality; the years of schooling expectancy at 18 years old for the contextual educational level; and the unemployment rate to represent the labour market. The Human Development Index (HDI) was also included, which is a combined measure of the three dimensions (income, education and longevity), and the investments in Public Security and the inhabitant per Public Social Service were included as variables related to social policies. Box 1 contains the details for all of these variables.

Box 1. General description of dependent and contextual variables.

	Variable	Source	Description
Dependent	Sexual violence	Brazilian Violence and Accidents Surveillance System of Brazil (VIVA, from the Portuguese acronym)	Number of suspected or confirmed cases of sexual violence of people seeking health facilities. Sexual violence is defined as any action in which a person, using his position of power and making use of physical force, coercion, intimidation or psychological influence, with or without use of arms or drugs, compels another person of any sex and age to have, witness or participate in any manner of sexual interactions, or otherwise use their sexuality for profit, revenge, or other intent. Sexual assault, forced sex in marriage, sexual games and erotic practices not consensual, imposed, child pornography, pedophilia, voyeurism are included as sexual violence in situations of rape, incestuous abuse, sexual harassment; handling, oral, anal or genital penetration, with penises or objects, forcibly. It also includes coercive/embarrassing exposure to libidinous acts, exhibitionism, masturbation, erotic language, sexual interactions of any kind and pornographic material. Likewise, sexual violence characterizes acts that, through coercion, blackmail, bribery or grooming, prevent the use of any contraceptive method or force marriage, pregnancy, abortion, prostitution; or that limit or annul in any person the autonomy and the exercise of their sexual and reproductive rights.
Independent (Context)	Years of schooling expectancy at 18 years old	Brazilian National Census, with data processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP)	Average of years of schooling that a child should complete before 18 years old.
	Per capita income	Brazilian National Census, with data processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP)	The sum of the income of all household members, divided by the number of residents.

Variable	Source	Description
Gini Index	Brazilian National Census, with data processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP)	An index to measure the inequality in the distribution of per capita income. Ranging from 0, where there is no inequality, to 1 when all income is concentrated in one single individual.
Unemployment Rate	Brazilian National Census, with data processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP)	An index to measure the difficulty of employment. Percentage of economically active population who was unemployed, but had sought work during the month prior to the survey.
Human Development Index (HDI)	Brazilian National Census, with data processed by the Brazilian branch of the United Nations Development Program (UNDP)	Geometric average of three other indices related to education, income and longevity, with equal weights.
Investment in Public Security	National Public Security Yearbooks, sponsored by the National Forum on Public Security	Financial resources (in reais - Brazilian currency) invested in public security divided by the population.
Inhabitant per Public Social Service	Census of the National Social Assistance System	Number of inhabitants for each public social service facility.

A statistical significance analysis of the association using panel data regression analysis was initially performed. This kind of approach produces more robust estimates, and allows for using a large amount of data, thereby increasing the degrees of freedom as well as the variance. On the other hand, it reduces the collinearity between variables (HSIAO, 2003; PARK, 2011).

In the first step, we carried out panel data modelling in order to obtain a balanced panel, i.e. a number of observational groups proportional to the number of variables and without missing data at any time unit. The Hausman test was performed to decide on fixed or random effects. The fixed-effects model was chosen since the p-value was 0.027. Bivariate analysis was subsequently performed between each independent variable and the outcome. Only variables with p-value greater than or equal to 0.2 were included in the panel data multiple analysis using the stepwise method. Stata 13.0 software was used for data analysis.

## RESULTS

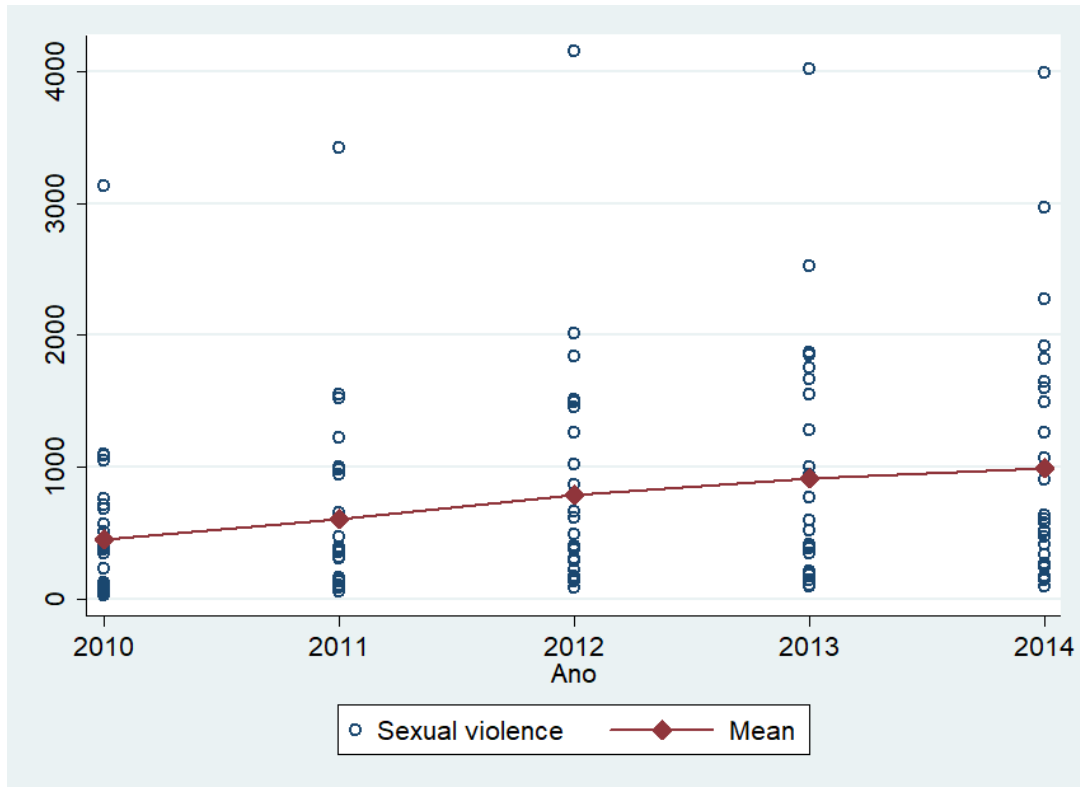
A descriptive analysis allowed us to observe that there was important variation in the variable values over time and between federative units. Table 1 depicts the averages and their respective 95% confidence intervals for the dependent and independent variables in the first and last year of analysis (2010 and 2014). Sexual violence notifications rose markedly from an average of 454.7 to 994.7 (Table 1). In Figure 1 can be observed that the variation increases in

this period. On the other hand, socioeconomic factors generally improved, with an increase in positive indices such as schooling expectancy, *per capita* income and HDI. Indices where the higher value is a more negative situation (namely the Gini index and unemployment rate) decreased. Regarding the indicators related to public policies, an improve in both in public security and public social services was observed. The amount of funds allocated to public security raised from R\$225 per capita/year to R\$306 per capita/year, and the number of inhabitants per social service facility reduced from 31,333 to 27,631, indicating an increase in coverage.

Table 1. Means and 95% confidence intervals of the dependent and independent variables for the first and last year of study and the percentage of change.

Variable	Mean 2010 (95% CI)	Mean 2014 (95% CI)	Percentage of change
Sexual Violence	454.70 (202.33-707.08)	994.74 (6.15.05-1,374.44)	118.77
Years of Schooling Expectancy at 18 years old	9.39 (9.19-9.60)	9.80 (9.61-9.99)	4.4
Per capita income	697 (587-807)	779 (659-899)	11.8
Gini Index	0.59 (0.56-0.61)	0.58 (0.56-0.59)	-1.7
Unemployment rate (%)	8.33 (7.53-9.12)	5.75 (4.93-6.57)	-31.0
Human Development Index (HDI)	0.704 (0.686-0.723)	0.756 (0.740-0.771)	7.4
Per capita investment in Public Security	225 (190-256)	306 (257-356)	36.3
Inhabitant per Public Social Service	31,333 (23,287-39,379)	27,631 (20,801-34,461)	-11.8

Figure 1. Trend in sexual violence between 2010 and 2014 in Brazilian federative units. Circles indicate data for each case and the line indicates the average in each year.



\*The outlier in all years is São Paulo (unit federative Brazilian).

Bivariate analysis pointed out a significant positive correlation between sexual violence notifications and schooling expectancy, *per capita* income, HDI and investments in public security policies, and a significant negative correlation with the Gini index, unemployment rate and inhabitant per public social service (Table 2). Therefore, increased schooling expectancy, *per capita* income, HDI and investments in public security policies over the years 2010 to 2012 have been associated with increased in sexual violence reports. On the other hand, the reduction of the Gini index, the unemployment rate and the inhabitants per public social service (increased coverage) over the years studied were associated with the increase in sexual violence reports.

Table 2. Bivariate analyses using panel data regression analysis for the association between sexual violence and socioeconomic variables in the Brazilian Federative Units, 2010-2014.

---

**Sexual Violence**

---

Variables	<i>Coefficient</i>	<b>95% CI</b>	<i>p-value</i>
Schooling Expectancy at 18 years old	603.15	362.42; 843.89	<0.001
<i>Per capita</i> income	6.20	5.03; 7.37	<0.001
Gini Index	-31108.33	-37332.37; - 24884.30	<0.001
Unemployment rate (%)	-219.46	-254.17;-184.74	<0.001
Human Development Index (HDI)	9688.20	7620.38; 11756.02	<0.001
Investment in Public Security Policies	2.17	1.33; 3.01	<0.001
Inhabitant per Public Social Service	-0.05	-0.07; -0.03	<0.001
Number of observations		135	
Number of groups (federative units)		27	

Thus, the panel data analysis initially included those variables because they showed a significant correlation in the bivariate analysis (Table 3, Model 1). As some variables lost statistical significance in Model 1, only those with statistical significance were considered for the final model. The Final Model included the *per capita* income and Gini index. In the Final Model the variable per capita income was positively associated with outcome while Gini index was negatively associated (Final Model, Table 3). The overall  $R^2$  was 0.165, which means that 16.5% of the variation of the sexual violence notification is explained by the final model. Intraclass correlation was 0.98, which means that 98% of the variance is due to the difference between years. Generally speaking, the Final Model showed that for a given state, as *per capita* income varies over time by one unit, sexual violence notifications increase by 3.84 mean points. Similarly, sexual violence notifications decrease 1,516 mean points for each 0.1 on the Gini index.

Table 3. Panel data fixed effects regression models for sexual violence and the independent variables. Brazilian federative units, 2010 to 2014.

	Model 1	Final Model
--	---------	-------------

Variable	$\beta$	(95% CI)	P	$\beta$	(95% CI)	p
Schooling Expectancy at 18 years old	373.67	-173.85;921.20	0.179	-	-	-
Gini Index	-19702.1	-30278.6;-9125.58	<0.001	-15163.5	-24940.59;-5385.95	0.003
Per capita income	-1.74	-5.37; 1.90	0.346	3.84	1.95; 5.74	<0.001
Unemployment rate	-333.24	-483.52;-182.97	<0.001	-	-	-
Human Development Index (HDI)	-13826.62	-25786.34;-1866.91	0.024	-	-	-
Investment in Public Security Policies	0.84	0.12; 1.56	0.023	-	-	-
Inhabitant per Public Social Service	-0.02	-0.03;-0.01	0.268	-	-	-
Number of observations		135			135	
Number of groups		27			27	
R <sup>2</sup> (within)		0.667			0.548	
R <sup>2</sup> (between)		0.001			0.159	
R <sup>2</sup> (overall)		0.001			0.165	
Intraclass correlation (rho)		0.99			0.98	

## DISCUSSION

This study demonstrates that the sexual violence notifications in Brazil rose markedly from 2010 to 2014, and that this increase has a significant correlation with contextual state-level factors. According to Misse (2016), there has recently been an increase in the moral sensibility to violence, which could lead to a steady growth in the number of sexual violence notifications in Brazil. This fact occurs because nowadays there are more acts and attitudes being interpreted or morally rejected as violence compared to the past. In other words, as time passes, a greater consciousness about violence, especially sexual violence, rises.

In addition, it has been noticed that there has been a strong initiative from the Brazilian government regarding both combatting and preventing violence (ASSIS et al., 2012). In this regard, the Brazilian Ministry of Health launched the National Policy on Accident and Violence Reduction in 2001, and in 2004 they created a specific form to notify the authorities in case of suspicion or confirmation of violence (Ministerial Ordinance 2406/2004). From then on, the compulsory notification network in Brazil has been strengthened due to a better understanding from both the government and health professionals that the notification is, in fact, an instrument for guaranteeing the rights of social protection. Thus, this awareness by professionals responsible for the violence notifications, especially due to better professional qualification

training, have contributed to raising the official statistics of sexual violence (GABIN et al., 2015).

On the other hand, the present study showed an association between sexual violence notifications and socioeconomic conditions. Minayo and Souza (1998) and Das (1999) highlighted that violence must be analysed from the perspective of the society that produces it, as this phenomenon has political, economic and cultural aspects which have consequences to personal relationships. The WHO itself has pointed out the importance of the contextualization of the violence in its own territory, trying to understand how social conditions could mitigate or increase this phenomenon (WHO, 2014).

An important fact observed in this study was the association between sexual violence notifications and better socioeconomic conditions at the time of the bivariate analysis. The increase in education, employment, public policies and income and its better distribution over the years have been associated with an increase in reports of sexual violence. At first glance this might seem to be a paradox. However, it should be noted that the data used in this document is from records of the Brazilian national health system. As it is known, data from official administrative reports do not always correspond to the experiences (prevalence) of the health problems in the population (Gough, 1996). Therefore, it is important to realize that we are dealing with factors associated with reporting sexual violence and not with the prevalence of sexual violence.

Many studies have pointed out that prevalence of sexual violence is usually associated to worse living conditions, especially poverty, which disagrees with our findings about sexual violence notifications (PAHO, 2003; MINAYO, 2005; WHO, 2014). Veloso et al. (2013) stressed that violence must be investigated considering its perception built along the development process. Within a narrative model, the definition of what is violence depends on a specific context. Thus, we raise the following question: do people who are sexually assaulted in underprivileged social contexts have no voice or have no space (favorable context) for voice to denounce the transgressions suffered?

Parker (2011) states that Brazil was built on a model of patriarchal social order, where the concepts of masculinity and femininity ground the sexual meanings in the country. Passivity and submission are the hallmarks of femininity in Brazil. Therefore, this patriarchal formation of society often allows the use of force by men, naturalizing the phenomenon of sexual violence especially in relations between intimate partners, and sometimes also produces shame and fear of denunciation. Still, the author reveals that some modifications have occurred in the most privileged sectors of Brazilian society, but still male domination continues in many others.

Would not these privileged sectors be the ones who most denounce sexual violence in the country?

Bourdieu (2002) argues that male symbolic domination in a society is difficult to break, only with weapons of conscience and will, for it is the fruit of a historical relationship of differentiation. He reveals that there are factors that break male hegemony, among them the increase of schooling and access to work is one of the most important. According to the author, education and employment lead to financial independence and transformations of the social structure. So, would not it be easier in a favorable social context with social guarantees to denounce? Thus, it is plausible to think that the victims in low socioeconomic level communities are economically dependent on their aggressors, causing a fear in reporting the sexual violence, as this fact could interfere in their economic household situation. Beccheri-Cortez & Souza (2013) agree with this argument, as they found a strong influence of the financial dependence on the decision to report violent acts to the authorities in their study. In consequence, these people do not seek out notification services, leading us to a false interpretation that there is a low level of sexually violent acts.

In addition, it is widely known that there is a lack of access to health services in socially deprived populations in Brazil (TRAVASSOS, OLIVEIRA, VIACAVA, 2006; NOBRE et al., 2015). Thus, this low access to health services from these populations would hinder their notifications, causing an underreporting of sexual violence statistics. Thus, it is reasonable to assume that despite people from lower socioeconomic classes being more prone to suffer sexual violence, they attended health services in order to notify of such violence less often.

It is interesting to note that the final multi-variable explanatory model was composed only of economic variables, income and income distribution. It is important to note how the financial condition of the Brazilian population still has a strong role among all the other innumerable contextual variables for determining the reporting of sexual violence in the country. In this sense, our finding ratifies Bourdieu's (2002) thinking that economically independent individuals tend to break with the traditional mode of masculine domination.

The World Health Organization has encouraged countries to strengthen national database systems about sexual violence, which could reveal the real extension of the problem (WHO, 2014). In this perspective, the VIVA system (Accidents and Violence Surveillance System) was implemented in 2006 in Brazil. Its purpose is to provide statistics about violence in the country to subsidize governmental decision-making and to direct policies to combat and prevent violence. However, through this study it is perceived that despite more than 10 years

of implementation, this system still does not point to a reliable picture of the sexual violence in the Brazilian population, which may compromise public policies formulated exclusively on the basis of their data.

Sexual violence is a complex phenomenon involving individual, relational, community and social factors. Therefore, understanding the notification of a multifaceted phenomenon also becomes complex. In the analyzed analyzes, only a few social macrodeterminants were considered, which justifies that the final model of the study explained only part of the variance of the sexual violence reports in Brazil. Many variables would be required and at different levels to provide greater explanatory power. However, this statement does not invalidate our findings. We could observe that in underprivileged social contexts (high concentration of wealth and unemployment rate), the reports of sexual violence still fall short of the prevalence of the problem. Whereas in federative units with better human development indexes, official data seem more realistic, with less sexual violence reporting. From this fact we can conclude that there are inequities in the reports of sexual violence in Brazil. Thus, in order to improve the national records of sexual violence through the *VIVA* system, it is necessary to improve the social conditions of the Brazilian population, especially in the less privileged socioeconomic contexts. In this way, we can obtain statistics which are more realistic and able to base public policies of prevention and combat sexual violence.

## REFERENCES

Assis SG et al. (2012) Reports of domestic, sexual and other forms of violence against children in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 17(9):2305-2317

Beccheri-Cortez M, Souza L (2013) Middle class women, gender relations and domestic violence: na exploratory study. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 12 (24): 34-53

Bourdieu P (2002) *A dominação masculina*. Bertrand Brasil: São Paulo

Dahlgren G, Whitehead M (1991) *Polices and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm

Das V (2011) O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu* (37):9-41.

Gough D (1996) Defining the problem. *Child Abuse Negl* 20:993-1002

Hsiao C (2003) *Analysis of panel data*. Cambridge University Press, Cambridge

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2014) *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. IBGE, Rio de Janeiro

- Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP (2017) Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev. Saúde Pública* 51:33.
- Minayo MCS (1998) Violence and health care as na interdisciplinary field and na arena for colletive action. *História, Ciência, Saúde IV* (3): 513-531
- Minayo MCS (2005) Violence: a new old challenge for health care. *Revista Brasileira de Educação Médica* 29 (1)
- Misse M (2016) Violência e teoria social. Dilemas: *Revista de Estudos de Conflito e Controle Social* 9(1): 45-63
- Nobre ALCS et al (2015) Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. *Rev. bioét. (Impr.)* 23 (2): 373-86
- Özcan NK, Günaydın S, Çitil ET (2016). Domestic Violence Against Women In Turkey: A Systematic Review And Meta Analysis. *Archives of Psychiatric*, 30 (5): 620–629.
- PAHO (Pan American Health Organization) (2003) Informe mundial sobre la violencia y la salud. PAHO, Washington
- Park H M (2011) Practical Guides to Panel Data Modeling: A Step by Step Analysis Using Stata. International University of Japan, Niigata
- Parker RG (1991) *Corpos, prazeres e paixões*. Editora Best Seller: São Paulo
- Pino-Dominguez AL, Lilia C, Mercedes S (2018). Caracterización de los casos de violencia sexual atendidos en dos instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Palmira-Valle Del Cauca, Colombia. *Rev. Méd. Risaralda*, 23 (1): 10 – 13.
- Semahegn A, Mengistie B. (2015). Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. *Reproductive Health*, 12:78.
- Travassos C, Oliveira EXV, Viacava F (2006) Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 11(4):975-986
- Thomson DR, Bah AB, Rubanzana WG, Mutesa L. (2015). Correlates of intimate partner violence against women during a time of rapid social transition in Rwanda: analysis of the 2005 and 2010 demographic and health surveys. *BMC Women's Health*, 15:96.
- Veloso MMX et al (2013) Notification of violence as a strategy for health surveillance: profile of a metropolis in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva* 18(5):1263-1272
- WHO -World Health Organization (2014) *Global Status Report on Violence Prevention*. WHO, Geneva
- WHO – World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence*. Geneva: WHO.
- WHO –World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: WHO.
- Winzer L (2016) The relationship between the Municipal Human Development Index and rates of violent death in Brazilian Federal Units. *J Hum Growth Dev* 26(2): 211-217

## 5.4 CAPÍTULO 4

Artigo aceito para publicação na *Revista Brasileira de Epidemiologia* de acordo com as normas de publicação em <http://www.scielo.br/revistas/rbepid/pinstruc.htm>

### TENDÊNCIA DAS INIQUIDADES SOCIAIS NAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL ENTRE 2010 E 2014

### TREND OF SOCIAL INIQUITIES IN NOTIFICATIONS OF SEXUAL VIOLENCE IN BRAZIL BETWEEN 2010 AND 2014

### TENDÊNCIA INIQUIDADES SOCIAIS E VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

**Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Alameda das Mansões, 701, Candelária, CEP 59064-740, Natal, Brasil  
janmillevs@yahoo.com.br  
55 (84) 991213410/ 55 (84) 996411464

**Angelo Guiseppe Roncalli**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal, Brasil

## Resumo

**Introdução:** A violência sexual tem despontado no cenário da saúde com as mudanças nos perfis epidemiológicos das populações. **Metodologia:** Estudo ecológico com 5565 municípios brasileiros entre 2010 a 2014. Realizou-se análise descritiva das variáveis (taxa populacional de notificação de violência sexual, renda domiciliar *per capita* e IDH) e sua estratificações por quintil. Para explorar os fatores associados às mudanças nas desigualdades sociais na taxa de notificação de violência sexual foi adotado o Coeficiente Angular de Desigualdade e o Índice Relativo de Desigualdade. Construiu-se equiplot para o desfecho em cada variável independente. **Resultados:** A taxa média de notificações de violência sexual no Brasil foi de 4,38 notificações/100.000 habitantes para o período. Houve um incremento na taxa de violência e melhoria nas condições socioeconômicas. Houve maior taxa de notificações no quintil com melhores condições de vida. Observou aumento na desigualdade da taxa de notificações de violência sexual em função da renda domiciliar e do IDH. **Discussão:** Diversos fatores parecem influenciar o aumento das notificações de violência sexual no país, dentre estes destacam-se a melhoria nas condições de vida da população e maior sensibilidade moral a violência. Contudo, ainda há uma disparidade de notificações entre os municípios de acordo com sua condição

socioeconômica. **Conclusão:** A falta de políticas públicas de equidade social em saúde tem interferido nas notificações de violência sexual no país e tem ampliado as iniquidades em saúde.

**Palavras-chaves:** violência sexual, iniquidades sociais, tendência, Brasil.

## Abstract

**Introduction:** Sexual violence has emerged in the health scene with changes in the epidemiological profiles of populations. **Methodology:** Ecological study with 5565 Brazilian municipalities between 2010 and 2014. A descriptive analysis of the variables (Population rate of notification of sexual violence, household income *per capita* and HDI) and their stratification by quintile was carried out. In order to explore the factors associated with changes in social inequalities in the rate of reporting of sexual violence, the Slope Index Inequality and Relative Inequality Index were adopted. Equiplot was constructed for the outcome on each independent variable. **Results:** The mean rate of reports of sexual violence in Brazil was 4.38 notifications/100,000 inhabitants for the period. There was an increase in the rate of sexual violence and improvement in socioeconomic conditions. There was a higher rate of notifications in the quintile with better living conditions. It observed an increase in the inequality of the rate of sexual violence as a function of household income and the HDI. **Discussion:** Several factors seem to influence the increase of reports of sexual violence in the country, among them the improvement in the living conditions of the population and greater moral sensitivity to violence. However, there is still a disparity of notifications among municipalities according to their socioeconomic status. **Conclusion:** The lack of public policies on social equity in health has interfered with reports of sexual violence in the country and has widened health inequities.

**Keywords:** sexual violence, social inequities, trend, Brazil.

## INTRODUÇÃO

Com as recentes mudanças nos perfis epidemiológicos das populações mundiais uma nova questão tem despontado no cenário da saúde: a violência. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), já na década de 1990, haviam declarado a violência sexual como problema social e de saúde, buscando junto aos governantes criar uma agenda política que incluísse ações de combate e prevenção<sup>1,2</sup>.

Neste contexto, o Brasil, desde 1996, com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher reconhece a violência sexual como uma violação dos direitos humanos<sup>3</sup>. Assim, tem buscado ferramentas para o enfrentamento da violência sexual. Nesta perspectiva, foi implantado em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com a finalidade viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitaria conhecer a magnitude desses problemas<sup>4</sup>. Paralelamente a isto, o governo brasileiro promulgou uma série de legislações para combate à violência sexual<sup>5,6</sup>.

Contudo, estas medidas parecem ainda serem insuficientes para a solução do problema, a notar pelos elevados números de casos de violência sexual no país<sup>7</sup>. Minayo<sup>8</sup> revela que para o combate da violência é necessário perceber como ela se estrutura, incluindo a compreensão do seu contexto determinante. Logo, a condição social deve ser uma questão a ser considerada quando se busca compreender esta temática, pois apesar de ser um fenômeno mundial, a violência sexual atinge populações de distintos graus de desenvolvimento socioeconômico de maneira diferente<sup>3</sup>. Estudo multipaíses da OMS<sup>9</sup> providencia uma visão abrangente dos padrões de violência sexual em contextos de baixa e média renda. Ele aponta menores índices de violência sexual em países de média renda que aqueles de baixa renda. Complementarmente, outro estudo<sup>10</sup>, nos Estados Unidos, país de alta renda, revela taxas ainda menores.

Neste sentido, lembramos do modelo de determinação social da saúde de Dahlgren & Whitehead<sup>11</sup> que tem suscitado internacionalmente discussões a respeito dos macrodeterminantes sociais da saúde e sua relação com as iniquidades em saúde. A OMS<sup>1</sup> aponta uma multiplicidade de fatores de risco relacionado a violência sexual que possuem um efeito aditivo. Tais fatores apresentam-se em diversos níveis que vão desde o nível individual, como idade, escolaridade e uso de álcool e drogas, até o nível social, como legislações de combate à violência e nível de pobreza local<sup>12</sup>.

A Constituição Federal Brasileira<sup>13</sup>, ainda em 1988, declarou a importância da saúde como direito fundamental e reconhece sua determinação social, contudo este entendimento parece que não vem sendo refletido nas políticas que tratam da violência sexual no país. No cenário de um país em desenvolvimento, com um sistema de informação nacional de violência sexual implantado a mais de 10 anos, é fundamental compreender como as notificações deste agravo têm evoluído ao longo dos anos com o desenvolvimento social do país e qual sua relação com as desigualdades sociais.

Portanto, este trabalho tem como objetivo avaliar a tendência das notificações da violência sexual no Brasil de 2010 a 2014 e sua relação com as iniquidades sociais vivenciadas pelos municípios brasileiros.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico que analisa as desigualdades nas notificações de violência sexual no Brasil. O estudo tem como unidade de análise os 5565 municípios brasileiros nos anos de 2010 a 2014.

O desfecho analisado foi a taxa populacional de notificação de violência sexual nos municípios brasileiros. A taxa foi calculada através da razão entre o número de notificações de violência sexual do município e o número de habitantes do município multiplicado por 100 mil. Os dados foram extraídos de bancos de dados nacionais. As notificações de violência sexual foram obtidas do Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA), enquanto a contagem populacional foi obtida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As variáveis independentes incluídas são representativas das condições econômicas (renda domiciliar *per capita*) e de desenvolvimento social (índice de desenvolvimento humano) dos municípios brasileiros. Estes dados foram coletados do Atlas de Desenvolvimento Humano (PNUD/IPEA/FJP).

Como os censos populacionais brasileiros só são realizados a cada 10 anos, assim como a divulgação de dados do PNUD, para cálculo das variáveis independentes foi realizada a extrapolação linear dos dados de 2010 para obtenção de estimativas de 2011 a 2014. Em seguida, foi realizada uma análise exploratória para verificar a consistência dos dados. A avaliação de *outliers*, através da padronização de valores e da medida  $D^2$  de Mahalanobis, não detectou casos atípicos. Não foram detectados dados perdidos para os municípios, apenas os dados dos 05 municípios criados em 2013 não foram incluídos na análise.

Realizou-se análise descritiva das variáveis por ano. Em seguida, as variáveis socioeconômicas foram estratificadas por quintil, onde o primeiro quintil representa as piores condições de renda e IDH e conseqüentemente o último quintil as maiores rendas domiciliares e IDH. Nova análise descritiva do desfecho foi realizada baseada na média e desvio-padrão por quintil das variáveis independentes nos municípios. Construiu-se, com base em sintaxe do programa Stata, um equiplot para o desfecho em cada variável independente. Os gráficos do tipo equiplot foram concebidos pelo International Center for Equity in Health<sup>14</sup>, com o objetivo de analisar as desigualdades sociais ao longo dos anos.

Para explorar os fatores associados às mudanças nas desigualdades sociais na taxa de notificação de violência sexual foi adotado o Coeficiente Angular de Desigualdade (CAD), o qual calcula o declínio ou diferença do índice (estimado em  $-\beta_1$ ), e o Índice Relativo de Desigualdade (IRD), o qual pode ser interpretado como a razão de taxa global entre os grupos inferior e superior na hierarquia socioeconômica. O CAD representa uma regressão linear ponderada para expressar a diferença absoluta na taxa de notificação de violência sexual entre os municípios com valores mais baixos e os mais altos do indicador socioeconômico. Para tal tratamento estatístico, as variáveis independentes foram categorizadas em quintis e transformadas em escore Riddit, o qual se baseia na proporção da amostra em cada categoria. Nesta análise, a significância estatística da tendência foi comprovada pela variável de interação ao ajustar o ano às variáveis independentes. O software utilizado foi Stata versão 14 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA).

## RESULTADOS

Apenas os dados de cinco municípios brasileiros foram excluídos deste estudo, pois estes municípios só foram criados em 2013. Assim, a taxa de violência sexual de 5565 municípios, nos anos de 2010 a 2014, foram analisados, perfazendo o total de 27825 observações. Para o período a taxa média de notificações de violência sexual no Brasil foi de 4,38 notificações/100.000 habitantes. Entre os anos de 2010 a 2014 houve um incremento na taxa de notificações de violência sexual seguida por melhoria nas condições socioeconômicas (Tabela 1).

**Tabela 1. Análise descritiva da taxa populacional de violência sexual, renda *per capita* e IDH nos anos de 2010 a 2014.**

Table1. Descriptive analysis of the sexual violence population rate, *per capita* income and HDI in the years 2010 to 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
	Média (IC95%)	Média (IC95%)	Média (IC95%)	Média (IC95%)	Média (IC95%)
Taxa populacional de violência sexual	1,72 (1,54-1,90)	3,08 (2,81-3,35)	4,52 (4,20-4,85)	6,23 (5,82-6,64)	6,36 (5,92-6,80)
Renda <i>per capita</i> (em reais)	494 (487-500)	509 (502-516)	525 (518-532)	540 (522-547)	556 (548-563)
IDH	0,660 (0,657-0,661)	0,673 (0,671-0,674)	0,686 (0,684-0,688)	0,700 (0,698-0,701)	0,713 (0,712-0,715)

Através da análise da taxa de notificação de violência sexual por quintil socioeconômico, observou-se que há uma maior taxa de notificações no último quintil. Como descrito anteriormente, o quinto quintil é formado pelos municípios que apresentam as melhores condições: maior renda domiciliar *per capita* e maior IDH. Assim, quanto a renda *per capita* os quintis foram fracionados nos seguintes valores: **Q5** – R\$ 695,00 e mais; **Q4** – de R\$ 544,00 a 694,00; **Q3** – de R\$ 378,00 a 543,00; **Q2** - R\$ 262,00 a 377,00 e **Q1** – até R\$ 261,00. Já para o IDH foram utilizados as seguintes categorias: **Q5** – 0,728 e mais; **Q4** – 0,689 a 0,727; **Q3** – 0,639 a 0,688; **Q2** – 0,589 a 0,638 e **Q1** – até 0,588. Observou-se também uma evolução temporal em todos os quintis dos indicadores socioeconômicos demonstrado pelo aumento da taxa de notificação da violência sexual ao longo dos anos (Tabela 2).

**Tabela 2. Taxa populacional de violência sexual dos municípios brasileiros por quintil de renda *per capita* e IDH nos anos de 2010 a 2104.**

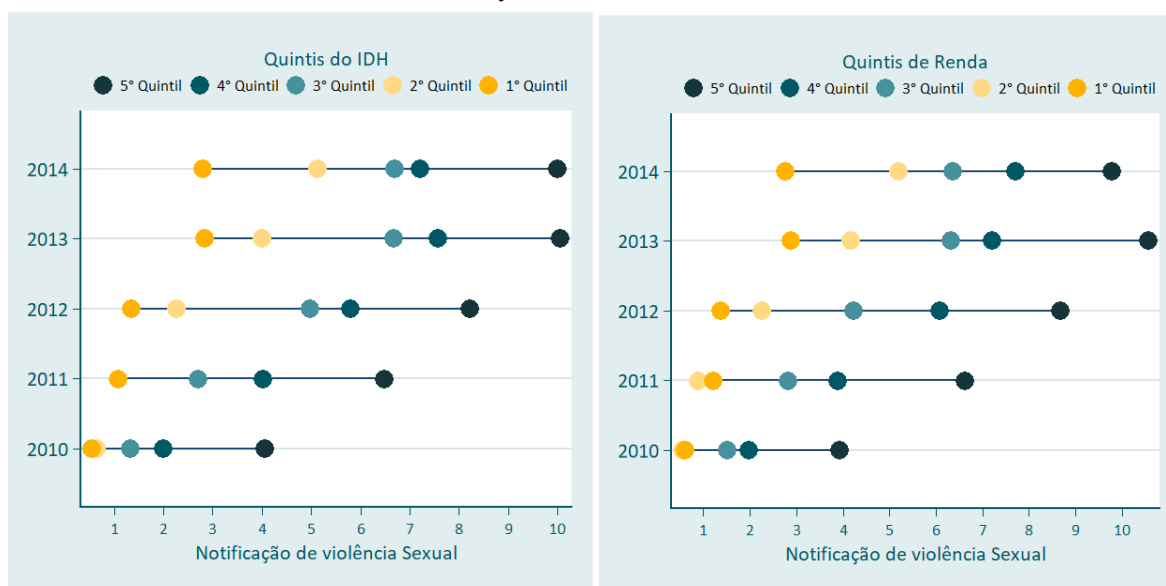
Table 2. Sexual violence population rate in Brazilian municipalities per quintile of income *per capita* and HDI in the years 2010 to 2104.

Variável	Quintil	2010		2011		2012		2013		2014	
		Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Renda <i>per capita</i> *	Q5	<b>3,92</b>	9,44	<b>6,63</b>	13,32	<b>8,67</b>	15,97	<b>10,56</b>	19,89	<b>9,79</b>	16,77
	Q4	<b>1,98</b>	6,53	<b>3,88</b>	11,49	<b>6,08</b>	14,59	<b>7,21</b>	15,96	<b>7,70</b>	14,72
	Q3	<b>1,51</b>	6,95	<b>2,81</b>	12,38	<b>4,23</b>	12,71	<b>6,32</b>	14,35	<b>6,36</b>	15,04
	Q2	<b>0,56</b>	4,32	<b>0,89</b>	3,46	<b>2,26</b>	9,29	<b>4,17</b>	14,86	<b>5,20</b>	24,19
	Q1	<b>0,60</b>	4,26	<b>1,21</b>	6,40	<b>1,38</b>	5,30	<b>2,89</b>	10,24	<b>2,76</b>	8,00
Índice de Desenvolvimento Humano**	Q5	<b>4,06</b>	9,52	<b>6,49</b>	13,15	<b>8,23</b>	15,68	<b>10,05</b>	18,62	<b>9,99</b>	17,39
	Q4	<b>2,00</b>	7,29	<b>4,03</b>	11,67	<b>5,79</b>	14,35	<b>7,58</b>	16,44	<b>7,21</b>	14,20
	Q3	<b>1,33</b>	5,94	<b>2,71</b>	12,11	<b>4,97</b>	13,55	<b>6,68</b>	15,90	<b>6,69</b>	14,91
	Q2	<b>0,64</b>	4,38	<b>1,09</b>	4,86	<b>2,27</b>	9,25	<b>4,00</b>	15,13	<b>5,13</b>	24,20
	Q1	<b>0,56</b>	4,31	<b>1,09</b>	6,12	<b>1,36</b>	5,21	<b>2,84</b>	9,22	<b>2,81</b>	7,84

Através da Figura 1 podemos observar um alargamento da distância entre os quintis das variáveis socioeconômicas relacionados a taxa de notificação da violência sexual. Tal comportamento entre os quintis socioeconômicos ao longo dos anos demonstra um aumento na desigualdade da taxa de notificações de violência sexual em função da renda domiciliar e do IDH.

**Figura 1. Equiplots da taxa populacional de violência sexual por quintil de IDH e renda *per capita* nos anos de 2010 a 2014.**

Figure 1. Equiplots of sexual violence population rate per quintile of HDI and income per capita in the years 2010 to 2014.



\*No ano de 2010 devido a taxa populacional de violência sexual no primeiro e segundo quintis de IDH e renda *per capita* serem muitos próximos, as bolas que representam estes quintis no equiplot ficaram superpostas.

A Tabela 3 mostra os valores das desigualdades absolutas (CAD) e relativas (IRD) anuais. O coeficiente angular mede a diferença absoluta na taxa de notificação de violência sexual entre a pior e a melhor condição de renda e IDH, e quanto maior este valor, maior a desigualdade. Observou-se que em 2010 houve uma diferença absoluta de 3,26 entre a taxa de notificação dos municípios de pior e melhor renda e que esta diferença foi ampliando ao longo dos anos. Assim, em 2014 a diferença absoluta foi de 8,46. O mesmo padrão de incremento ocorreu para a variável IDH, onde em 2010 a diferença absoluta foi de 3,32 passando a 8,36 no ano de 2014. Assim, verificamos que há uma desigualdade nas taxas de notificação de violência sexual entre os municípios de piores e melhores renda e IDH. Ressaltamos que os coeficientes angulares apresentaram valores negativos decorrente do tipo de correlação entre a taxa de notificação da violência sexual e as variáveis socioeconômicas. Como as maiores taxas foram observadas nos melhores contextos sociais, a reta da equação de regressão possui inclinação contrária, por isso os valores negativos. Resumindo, em decorrência da operação matemática, diferença de um número menor por outro maior, o valor foi negativo. Quanto aos valores do índice relativo de desigualdade, este expressa a razão da taxa de notificação de violência sexual entre os municípios de piores e melhores condições de renda e IDH. Verifica-se que em 2010 a taxa de notificação de violência sexual nos municípios com piores renda e IDH foi 0,07 vezes maior que nos municípios de melhores IDH. Isto significa que as taxas nos municípios de piores condições sociais sempre foram menores quando comparadas as de melhores condições de vida. Também observamos que ao longo dos anos a razão aumentou, ou seja, as desigualdades entre municípios de melhores e piores condições alargou-se.

**Tabela 3. Coeficiente Angular de Desigualdade (CAD) e Índice Relativo de Desigualdade (IRD) para a taxa populacional de violência sexual dos municípios brasileiros. O valor de "p" indica a significância estatística da tendência.**

Table 3. Slope Index Inequality (SII) and Relative Index Inequality (RII) for sexual violence population rate in Brazilian municipalities. The value of "p" indicates the statistical significance for the time trend.

Variáveis	Coeficiente Angular de Desigualdade (IC95%)					p
	2010	2011	2012	2013	2014	
Renda <i>per capita</i>	<b>-3,26</b> (-3,35; -3,16)	<b>-5,66</b> (-5,79; -5,53)	<b>-8,41</b> (-8,58; -8,25)	<b>-8,81</b> (-9,02; -8,60)	<b>-8,46</b> (-8,68; -8,23)	<0,001
Índice de Desenvolvimento Humano	<b>-3,32</b> (-3,42; -3,22)	<b>-5,76</b> (-5,89; -5,63)	<b>-8,27</b> (-8,44; -8,11)	<b>-8,84</b> (-9,06; -8,63)	<b>-8,36</b> (-8,59; -8,14)	<0,001
	Índice Relativo de Desigualdade (IC95%)					p
	2010	2011	2012	2013	2014	
Renda <i>per capita</i>	<b>0,07</b> (0,07; 0,08)	<b>0,08</b> (0,08; 0,09)	<b>0,11</b> (0,10; 0,12)	<b>0,21</b> (0,21; 0,22)	<b>0,26</b> (0,25; 0,27)	<0,001
Índice de Desenvolvimento Humano	<b>0,07</b> (0,06; 0,07)	<b>0,09</b> (0,08; 0,09)	<b>0,13</b> (0,12; 0,14)	<b>0,22</b> (0,21; 0,23)	<b>0,26</b> (0,25; 0,27)	<0,001

A tendência temporal foi de aumento significativo das taxas de notificações de violência sexual em relação às variáveis socioeconômicas, observado pelo aumento dos valores dos coeficientes ao longo dos anos. Isso significa que no período em estudo houve um aumento na taxa de notificação da violência sexual, a qual foi acompanhada por um aumento simultâneo da desigualdade de notificações, pois o quintil de melhor renda e IDH apresentou aumento de notificações proporcionalmente superior ao quintil de pior condição social.

## DISCUSSÃO

Os dados mundiais de violência sexual, em sua maioria, são originados de registros policiais, serviços de saúde, organizações não governamentais e pesquisas. Contudo, tais estatísticas de violência sexual são apenas a ponta do iceberg. A magnitude mundial do problema é bem maior do que apontam as informações oficiais, especialmente naqueles casos resultantes da vulnerabilidade socioeconômica<sup>1</sup>. Nos últimos anos, vários países têm avançado na melhoria da qualidade destas informações. No caso brasileiro, desde 2006, o governo tem obtido sistematicamente dados de violência dos serviços de atenção à saúde, servindo como ferramenta basilar para o enfrentamento da violência no país<sup>4</sup>.

De acordo com as informações oficiais sobre a violência, oriundos de serviços de saúde nacionais, houve um aumento progressivo das taxas de notificações de violência sexual no país

ao longo dos anos acompanhado pelo desenvolvimento das condições socioeconômicas. Outros estudos brasileiros tem apontando também para o fenômeno do aumento crescente de notificações de violência sexual no país ao longo dos anos<sup>15,16,17</sup>. Nesta perspectiva, se questiona se realmente houve um aumento da prevalência da violência sexual no país ou se outros fatores estão influenciando o crescimento das notificações.

Segundo Misse<sup>18</sup>, houve recentemente um aumento na sensibilidade moral à violência, o que poderia levar a um crescimento constante no número de notificações de violência sexual no Brasil. Além disso, o avanço nas condições gerais de vida neste período pode ter refletido na melhoria do acesso da população aos serviços de saúde e a informações em saúde<sup>19,20</sup>. A ampliação do acesso aos serviços de saúde associada a uma maior consciência quanto à importância das notificações de casos de abusos sexuais, tanto por parte da população como por parte dos profissionais de saúde, também podem ter impulsionado as estatísticas oficiais de violência sexual. Coadjuvadamente, o desenvolvimento de um aparato legal no país nos últimos anos também pode ter contribuído para o aumento progressivo das notificações de violência sexual no país nos últimos anos. Neste ínterim, destacam-se a Lei 10.778/2003<sup>5</sup> que torna obrigatória a notificação da violência sexual, o Decreto 4388/2002<sup>21</sup> que enquadra a violência sexual como crime contra a humanidade, as Leis 11.304/2006<sup>6</sup> e 12.015/2009<sup>22</sup> que criminalizam a violência sexual, dentre outras. E por fim, o próprio Ministério da Saúde brasileiro cita que a progressiva estruturação do registro de informações sobre violência sexual e coleta de vestígios na rede pública de saúde têm melhorado as informações sobre a violência sexual<sup>7</sup>.

As análises por categorias de condição econômica e social demonstraram que as maiores taxas de notificações de violência sexual ocorreram nos locais com melhores indicadores sociais e econômicos. A constatação parece ir na contramão da literatura corrente, que tem revelado uma maior prevalência de violência sexual em contexto socioeconomicamente menos favorecidos<sup>1,23</sup>. Ressaltamos mais uma vez que a estatística utilizada para este trabalho não é a prevalência populacional de violência sexual, mas o número de casos de pessoas que foram atendidas em serviços de saúde. Nesta perspectiva, Pelisoli et al.<sup>24</sup> destacam a predominância de notificações de violência sexual em áreas mais desenvolvidas que em áreas periféricas do país. Na contramão, Moreira et al.<sup>15</sup> observaram maior taxa de violência sexual na região Norte do país, enquanto Justino et al.<sup>16</sup> e Santos et al.<sup>25</sup> apontam maior prevalência de casos de violência sexual em áreas socioeconomicamente desprivilegiadas.

Outro achado importante deste estudo foi o crescente gradiente socioeconômico das notificações de violência sexual ao longo dos anos. Em todos os anos estudados houve uma progressão das taxas de violência sexual entre os quintis de renda e IDH, com concentração de notificações nos quintis mais ricos. Se por um lado os achados da literatura<sup>1,12,26</sup> identificam mais casos de violência sexual em contextos mais pobres, por outro lado, nosso estudo apontou maior notificação de violência em contexto mais favorecidos. Seguindo esta concepção, Assis et al.<sup>27</sup> afirmam que as unidades federativas brasileiras mais desenvolvidas economicamente possuem maior número de serviços de saúde notificantes de violência sexual. Complementarmente, Sousa et al.<sup>28</sup> relatam que ainda há dificuldade para preenchimento das fichas de notificação de violência sexual, especialmente em municípios com menores condições econômicas, onde os serviços são menos estruturados. Assim, este conjunto de estudos, associados aos nossos achados apontam para a existência de uma inversão nas notificações de violência sexual estruturada pela iniquidade social no Brasil, que faz com que o grupo socialmente privilegiado apareça mais nas estatísticas oficiais de violência sexual.

A abordagem do gradiente socioeconômico de saúde tem sido uma premissa da política internacional de saúde. Segundo a OMS<sup>29</sup> é direito humano fundamental de qualquer pessoa gozar o mais alto padrão atingível de saúde independente de condição econômica ou social. Logo, os padrões de saúde e, por consequência, de acesso a serviços de notificações desfrutados pelos mais ricos devem ser atingidos por todos. Assim, a mensuração das desigualdades em saúde é uma condição indispensável para se avançar na melhoria da situação de saúde dos agregados sociais, onde a análise de valores médios deixou de ser suficiente. Este tipo de análise é uma ferramenta fundamental para ações que buscam maior equidade em saúde<sup>30</sup>.

Com base na análise de desigualdade entre os quintis de renda e IDH, notou-se também que ao longo dos anos este gradiente tornou-se ainda maior com a ampliação da diferença e da razão entre as taxas de notificações de violência sexual entre os municípios de estratos hierárquicos extremos. Atualmente, com a melhoria das condições gerais de saúde da população, há uma tendência de polarização dos agravos em saúde em grupos desprivilegiados socialmente, caracterizando uma ampliação progressiva das iniquidades sociais em saúde<sup>31,32</sup>. Isso ocorre porque nas últimas décadas houve um incremento nas condições de vida das populações, melhorando os determinantes sociais da saúde, o que teve um reflexo direto nas condições gerais de saúde. Contudo a velocidade de melhoria das condições de saúde nas camadas mais pobres é bem mais lenta que nas camadas mais ricas. A saúde dos grupos socialmente privilegiados é bem mais sensível a melhorias nos determinantes sociais de saúde

que os grupos inferiores. Por isso, esta disparidade entre a saúde de ricos e pobres tem se alargado.

Graham & Kelly<sup>31</sup> apontam que existe uma diferença conceitual entre determinantes da saúde e determinantes de iniquidades em saúde. Este último trata das estruturas fundamentais da hierarquia social e da distribuição social das condições de vida. Políticas comprometidas com melhoria dos padrões de saúde e redução das iniquidades em saúde devem pensar nestes conceitos e concentrar-se tanto no progresso dos determinantes sociais da saúde quanto nos determinantes de iniquidades em saúde. Políticas focadas apenas na melhoria das determinantes sociais da saúde, sem fixar-se também na sua distribuição entre os estratos sociais, podem levar a uma polarização do agravo, ampliando as iniquidades em saúde. Roncalli et al.<sup>32</sup> lembram que para reduzir iniquidades em saúde é necessário tornar a taxa de melhoria de saúde dos mais pobres maior que aquela para os grupos mais ricos e assim progressivamente entre os estratos sociais.

Com base em tudo que foi apresentado, nota-se uma polarização das notificações de violência sexual em categorias socioeconomicamente privilegiadas que talvez não correspondam a realidade da prevalência populacional brasileira de violência sexual. Nesta perspectiva, para o enfrentamento da violência sexual no Brasil é premente e imprescindível mais políticas públicas sociais focadas na melhoria das condições sociais de vida das populações, mas também de políticas concentradas em melhorar as notificações de violência sexual em grupos socialmente menos favorecidos para uma redução da iniquidade das notificações e consequente melhoria na caracterização do problema no país. Enquanto possuímos baixos patamares de notificações nos contextos menos favorecidos socialmente não poderemos desenvolver políticas efetivas de combate e prevenção à violência sexual. Portanto, este é o grande desafio para os formuladores de políticas de combate e prevenção à violência sexual no Brasil: reduzir as iniquidades nas notificações para podermos ter estatísticas mais realísticas.

A violência sexual é um agravo complexo caracterizado por uma multicausalidade<sup>1,8,33</sup>. Assim, não pretendemos com este estudo esgotar as discussões acerca da violência sexual no Brasil. Buscamos apenas compreender as iniquidades sociais nas notificações da violência sexual baseados em apenas duas variáveis clássicas para estudos de determinação social da saúde: a renda e o IDH. Contudo, uma gama de outros elementos sociais, econômicos, políticos e culturais podem levar a diferenciações sociais das populações com interferência nas estatísticas de violência sexual as quais não foram consideradas neste estudo. Além disso,

diferente dos estudos tradicionais acerca da temática que utilizam dados oriundos de levantamentos epidemiológicos, nosso estudo foi baseado em estatísticas advindas de serviços de saúde o que talvez possa ter levado a uma inversão na interpretação dos dados. Contudo, consideramos que os achados deste trabalho, se considerados pelos formuladores de políticas, podem ajudar ao combate da violência sexual no Brasil.

## CONCLUSÃO

No Brasil, as notificações de violência sexual vem aumentando progressivamente ao longo dos anos. Neste período, os municípios com diferentes realidades sociais e econômicas têm demonstrando estatísticas diferenciadas quanto a notificação de violência sexual com concentração de registros nos grupos mais privilegiados socioeconomicamente. Notou-se que a disparidade de notificações entre os grupos sociais tem se ampliando, apontando para uma iniquidade em saúde e demonstrando a insuficiência das políticas públicas de equidade social no contexto da violência sexual. Nesta perspectiva, ainda são necessários estudos para ampliar a compreensão desta disparidade social de notificações e políticas focadas em melhorar as notificações de violência sexual nos grupos mais pobres, reduzindo o gradiente socioeconômico de notificações.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
2. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
3. Brasil. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. VIVA Vigilância de Violências e Acidentes 2006- 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

5. Brasil. Lei N° 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2003 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm)
6. Brasil. Lei N° 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2006 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm).
7. Brasil. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Justiça; 2015.
8. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
9. Garcia-Moreno C et al. WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2005.
10. Tjaden P, Thoennes N. Extent, nature, and consequences of rape victimization: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington DC: US Department of Justice; 2006. Disponível em: [www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/210346.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubs-sum/210346.htm)
11. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
12. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010.
13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal; 1998.

14. International Center for Equity in Health. Equiplot [internet]. [Acessado 10 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.equidade.org/equiplot>.
15. Moreira GAR, Soares OS, Faria FNR, Vieira LJES. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde* 2015; 28(3): 327-336.
16. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeiro AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(esp):239-46.
17. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(3):759-771.
18. Misse M. Violência e teoria social. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social* 2016; 9: 45-63.
19. Travassos C, Oliveira EXV, Viacava F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11: 975-986.
20. Nobre, ALCSD, Dias OV, Leite MTS, Freitas DM, Costa SM. Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. *Rev. Bioética* 2015; 23: 373-86.
21. Brasil. Decreto Nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional [internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2002 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/d4388.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4388.htm).
22. Brasil. Lei Nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores [internet]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.* 2009 [acesso em 2018 jan 10]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12015-7-agosto-2009-590268-exposicaodemotivos-149280-pl.html>.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013.* Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

24. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell’Aglío DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia* 2010; 18 (1):85-97.
25. Santos CA, Macedo MRA, Maia BSC, Silva RWD, Nascimento YKO. Análise Exploratória de Dados Espaciais para Vítimas de Atentado Violento ao Pudor Contra Crianças e Adolescentes no Município de Belém no ano de 2009. Curitiba: Anais XV Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto; 2011.p.3867
26. Aguilar A, Salcedo M. Caracterización de la violencia sexual en adolescentes de 10 a 19 años, 2001-2003, Cali. *Colombia Médica* 2008; 39(4). Disponível em: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/617/868>
27. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(9):2305-2317.
28. Sousa MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro MP, Faúndes A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol* 2015; 18(1): 94-107.
29. World Health Organization. World Health Declaration, Health-for-all policy for the twenty-first century. Copenhagen: WHO, 1998.
30. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Roca A. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(6):1-17.
31. Graham H, Kelly M. *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. England: NHS; 2004.
32. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Watt RG. Socially unequal improvements in dental caries levels in Brazilian adolescents between 2003 and 2010. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015; 43: 317–324.
33. World Health Organization. *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO; 2012.

## 5.5 CAPÍTULO 5

Artigo submetido a revista *Epidemiologia e Serviços de Saúde* de acordo com as normas de publicação em <http://www.scielo.br/revistas/ress/pinstruc.htm>

### **DISCREPÂNCIA NO REGISTRO DE VIOLÊNCIA SEXUAL ENTRE SISTEMAS DE INFORMAÇÕES BRASILEIROS**

DISCREPANCY IN THE REGISTER OF SEXUAL VIOLENCE BETWEEN BRAZILIAN INFORMATION SYSTEMS

DISCREPÂNCIA EN EL REGISTRO DE VIOLENCIA SEXUAL ENTRE SISTEMAS DE INFORMACIÓN BRASILEÑA

REGISTRO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BRASIL

**Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte,  
Coordenação de Atividades Estudantis, Nova Cruz-RN, Brasil  
ORCID ID 000-0003-0704-0614  
janmillevs@yahoo.com.br  
Rua Lúcia Viveiros, 615, Neópolis, Natal-RN, Brasil, CEP 59086-0005  
+55 84 99121-3410

**Angelo Guiseppe Roncalli**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
Departamento de Odontologia, Natal-RN, Brasil  
roncalli@terra.com.br

## **RESUMO**

**Objetivo:** avaliar a discrepância nos registros de violência sexual entre dois sistemas de informações brasileiros. **Método:** Estudo ecológico nos municípios brasileiros em 2016. As variáveis analisadas foram taxas de violência sexual no sistema policial e no sistema VIVA, taxa de sub-registro do VIVA e índice de dissonância entre os dois sistemas de informações. Foram realizadas comparações de médias entre regiões, unidades federativas brasileiras e municípios de diferentes portes populacionais. Utilizou-se *t student* para comparação estatística. **Resultados:** Observou-se diferenças estatísticas entre taxa de violência sexual do sistema policial e do sistema VIVA. Há sub-registro de violência sexual tanto no sistema VIVA

como no sistema policial. O sub-registro variou de acordo com a localidade geográfica e porte populacional. **Conclusões:** o VIVA isoladamente não reflete a realidade da violência sexual no país. Para definição de políticas de saúde eficazes é importante considerar todas as informações disponíveis sobre a violência sexual no país.

**Palavras-chaves:** Sistemas de informação, violência sexual, sub-registro, Brasil.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the discrepancy in the records of sexual violence between two Brazilian information systems. **Method:** Ecological study in Brazilian municipalities in 2016. The variables analyzed were rates of sexual violence in the police system and in the VIVA system, VIVA underreporting rate and index of dissonance between the two information systems. Comparisons of means between regions, Brazilian federal units and municipalities of different population sizes were carried out. Student's t test was used for statistical comparison. **Results:** Statistical differences were observed between the sexual violence rate of the police system and the VIVA system. There is underreporting of sexual violence in both the VIVA system and the police system. Under-registration varied according to geographic location and population size. **Conclusions:** VIVA alone does not reflect the reality of sexual violence in the country. To define effective health policies, it is important to consider all available information about sexual violence in the country.

**Key-words:** Information Systems, Sex Offenses, Underregistration, Brazil.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la discrepancia en los registros de violencia sexual entre dos sistemas de informaciones brasileños. **Método:** Estudio ecológico en los municipios brasileños en 2016. Las variables analizadas fueron tasas de violencia sexual en el sistema policial y en el sistema VIVA, tasa de sub-registro del VIVA e índice de disonancia entre los dos sistemas de

información. Se realizaron comparaciones de promedios entre regiones, unidades federativas brasileñas y municipios de diferentes portes poblacionales. Se utilizó t student para comparación estadística. **Resultados:** Se observaron diferencias estadísticas entre tasa de violencia sexual del sistema policial y del sistema VIVA. Hay sub-registro de violencia sexual tanto en el sistema VIVA como en el sistema policial. El sub-registro varía de acuerdo con la ubicación geográfica y el tamaño de la población. **Conclusiones:** el VIVA aisladamente no refleja la realidad de la violencia sexual en el país. Para definir políticas de salud eficaces es importante considerar toda la información disponible sobre la violencia sexual en el país.

**Palabras-claves:** Sistemas de Información, delitos sexuales, Omisiones de Registro, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre a Violência, uma em cada quatro mulheres podem ser vítima de violência sexual por parceiro íntimo e um terço dos adolescentes podem ter sua primeira relação sexual forçada<sup>1</sup>. Apesar de tamanha magnitude do problema, os casos de agressão sexual frequentemente são encobertos pelo silêncio, no qual a vítima se cala, a família oculta e a sociedade se omite<sup>2</sup>. Neste contexto, a notificação e/ou denúncia se configuram como recursos importantes capazes de romper com o ciclo de violência sexual e desencadear ações de proteção às vítimas<sup>3</sup>.

Ressalta-se que denúncia e notificação não designam ações iguais. Constituem conceitos e práticas sociais diferentes, não excludentes mas complementares e necessárias a depender de cada contexto. Enquanto a denúncia refere-se à responsabilização legal focada na figura do autor da violência e das instâncias policiais e jurídicas; a notificação está centrada na vítima da agressão e nas instituições e profissionais designados para sua proteção e cuidado. Portanto, a notificação está diretamente relacionada à ação de vigilância, que articula o registro,

mapeamento dos casos nos territórios, assim como as respostas que os sistemas públicos de proteção precisam dar diante dessas situações<sup>3</sup>.

No Brasil, o Setor Saúde foi o grande protagonista da criação de um sistema de registro sobre as situações de violência, o Sistema VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes), na perspectiva da proteção e cuidados das vítimas de violência. Neste sentido, a notificação da violência sexual tornou-se um dispositivo da linha de cuidado do sistema de saúde brasileiro, além de ser um subsídio para a organização dos serviços de saúde e formulação de políticas públicas de saúde<sup>4</sup>. Nesta perspectiva, as informações extraídas do Sistema VIVA, deveriam proporcionar a indicação dos riscos aos quais a população está sujeita, contribuindo para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica, permitindo assim a elaboração de estratégias de intervenção acerca da violência sexual relacionada com os diferentes segmentos populacionais<sup>5</sup>.

No entanto, os registros de violência sexual são bastante difíceis de captar pelas estatísticas oficiais, tanto em registros policiais, advindos de denúncia, quanto de registros de pessoas tratadas no serviço de saúde, através das notificações. Quanto ao registro policial, o medo do agressor e a desconfiança e o descrédito em relação às autoridades policiais é uma das maiores causas de sub-registros. Quanto aos serviços de saúde, boa parte das vítimas não procura o serviço de saúde no momento da agressão por esta não produzir lesões físicas imediatas ou, quando as produzem, são lesões leves<sup>1,6</sup>.

Assim, considerando que os sub-registros de violência sexual, especialmente as subnotificações, impedem o desenvolvimento de estratégias adequadas pelo poder público para prevenção da violência sexual, promoção e assistência à saúde, este estudo tem por objetivo avaliar a discrepância nos registros de violência sexual entre os boletins de ocorrência do sistema policial e as fichas de notificação do setor de saúde no Brasil.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, com desenho ecológico, onde as unidades de análise foram os municípios brasileiros no ano de 2016. A variável de desfecho foi a taxa de violência sexual por 100 mil habitantes. Esta foi calculada a partir dos casos de estupro registrados nos boletins de ocorrência do sistema policial brasileiro, sistema SINESPJC (Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal), e dos casos de violência sexual registrados pela ficha de notificação compulsória dos serviços de saúde, sistema VIVA.

O SINESPJC, implantado desde 2004, padroniza e organiza o fluxo dos dados criminais junto às polícias, a partir dos procedimentos de registro das ocorrências criminais. Neles, os dados oriundos de boletins de ocorrência são tratados e analisados para todos os municípios brasileiros por mês, município e ano<sup>7</sup>. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, atualmente capta dados de violência interpessoal/autoprovocada em serviços de saúde, públicos e privados, através de Ficha de Notificação compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada<sup>8</sup>.

Inicialmente foi realizado o *linkage* determinístico dos bancos de dados do VIVA e do sistema policial com o banco de dados populacional do IBGE para cálculo da taxa populacional. A seguir, procedeu-se à análise exploratória dos dados para eliminação de *missing data*. Foram incluídos para análise deste estudo apenas aqueles municípios que apresentaram dados de violência sexual em pelo menos um dos sistemas de informação no ano de 2016. Os demais municípios foram excluídos por se supor que não houve violência sexual nestes municípios, já que não havia registros em nenhum banco de dados. A partir de então, calculou-se para cada município uma nova variável chamada de “*taxa de dissonância VIVA/SINESPJC*” que seria a taxa de violência sexual registrada pelo sistema policial subtraída pela taxa de violência sexual do sistema VIVA. Foi realizada a subtração neste sentido pois no geral, o número de registros no sistema policial mostrou-se maior que aqueles do VIVA. Realizou-se a avaliação de *outliers*

multivariados através da medida  $D^2$  de *Mahalanobis* e, por fim, foi criado um “*índice de dissonância*”, com o intuito de reduzir as amplitudes dos valores entre as taxas de violência sexual. Este índice é expresso em valores entre 0 e 1, onde o valor zero seria ausência de dissonância entre as taxas de violência sexual e o valor 1 será a mais alta dissonância de taxas entre o conjunto de municípios. Para cálculo deste índice foi utilizada a seguinte fórmula matemática:

$$\text{Índice de dissonância} = \frac{\text{taxa de dissonância do município} - \text{menor taxa de dissonância do ano}}{\text{Maior taxa de dissonância} - \text{menor taxa de dissonância}}$$

Para análise de todas as variáveis foi aplicado o peso populacional dos municípios. Foi realizada análise descritiva das variáveis do estudo por unidade federativa, região administrativa e porte populacional dos municípios e aplicado o teste *t* de *Student*. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS 17.1.

## RESULTADOS

De um total de 5.570, 3.835 municípios brasileiros apresentaram registro de violência sexual em pelos menos um dos sistemas de informação pesquisados neste estudo no ano de 2016. Contudo, alguns dados dos municípios foram considerados *outliers* multivariados, sendo incluídos nas análises 3.764 municípios. Para o ano em estudo, houve diferença entre a taxa de violência sexual obtidas pelos dois sistemas de informação. Para o sistema policial, a taxa de violência sexual no país foi de 19,77 por 100 mil habitantes, enquanto para o sistema do serviço de saúde a taxa foi de 14,83 por 100 mil com diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Portanto, a taxa de dissonância *VIVA/SINESPJC* foi de 4,94 por 100 mil habitantes, enquanto índice de dissonância entre as taxas foi de 0,439. A análise por região administrativa apontou uma diferença na média das taxas de violência sexual no sistema policial entre as regiões assim

como também na taxa de violência sexual do VIVA. A região Sul apresentou a maior taxa de dissonância *VIVA/SINESPJC* e conseqüentemente o maior índice de dissonância entre os sistemas de informações para a violência sexual, como aponta a Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis por região administrativa no ano de 2016.

	Taxa violência sexual em boletins policiais			Taxa de violência sexual no VIVA			Taxa de dissonância <i>VIVA/SINESPJC</i>			Índice de dissonância		
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão
<i>Norte</i>	22,95	12,54	24,24	19,82	10,49	21,83	3,13	3,30	28,20	0,430	0,431	0,140
<i>Nordeste</i>	15,34	14,36	9,96	10,14	4,81	14,59	5,21	5,94	16,20	0,440	0,444	0,081
<i>Sudeste</i>	17,04	16,95	10,36	14,27	11,88	11,21	2,77	4,82	15,99	0,428	0,438	0,080
<i>Sul</i>	<b>30,14</b>	28,14	17,24	19,32	14,06	18,02	<b>10,82</b>	10,71	25,95	<b>0,468</b>	0,468	0,129
<i>Centro-oeste</i>	27,34	21,36	23,72	<b>20,24</b>	21,64	14,63	7,10	0,00	28,25	0,450	0,414	0,140
<b><i>Brasil</i></b>	<b>19,77</b>	16,99	15,30	<b>14,83</b>	11,88	14,96	<b>4,94</b>	5,79	20,24	<b>0,439</b>	0,443	0,101

Quando analisamos as variáveis por unidade federativa observamos que o estado de Rondônia (60,46) apresentou a maior taxa de violência sexual no sistema policial e o estado do Goiás (6,78) a menor taxa. Por outro lado, o estado do Acre (56,09) apresentou a maior taxa de violência sexual no VIVA, enquanto a Paraíba (4,88) apontou a menor taxa. Quanto à variação da taxa de dissonância *VIVA/SINESPJC*, a maior taxa foi apresentada pelo estado de Rondônia (44,14) e a menor taxa, dentre as positivas, foi apresentada pelo Pernambuco (1,69). Observamos que alguns estados, especialmente aqueles da região Norte e Centro-oeste, apresentaram uma taxa de dissonância *VIVA/SINESPJC* negativa, ou seja, os casos de violência sexual foram mais registradas no sistema VIVA que no sistema policial. Neste caso, destacamos o estado do Acre (-48,98) que apresentou a maior discrepância negativa na taxa de dissonância *VIVA/SINESPJC*. No tocante ao índice de dissonância, respectivamente os estados de Rondônia e Acre, apontaram a maior e menor dissonância entre os sistemas de informações de violência sexual (Tabela 2).

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis por unidade federativa brasileira no ano de 2016.

	Taxa de violência sexual no sistema policial			Taxa de violência sexual no VIVA			Taxa de dissonância VIVA/SINESPJC			Índice de dissonância		
	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão	Média	Mediana	Desvio-padrão
<i>Rondônia</i>	<b>60,46</b>	58,81	35,82	16,35	9,88	15,90	<b>44,12</b>	45,87	22,80	<b>0,634</b>	0,642	0,113
<i>Acre</i>	7,11	9,55	4,16	<b>56,09</b>	69,49	24,07	-48,98	-59,94	20,16	0,171	0,116	0,100
<i>Amazonas</i>	24,16	34,76	15,87	35,47	46,93	19,35	-11,31	-12,18	17,88	0,358	0,354	0,089
<i>Roraima</i>	8,59	9,50	3,57	44,04	58,21	23,26	-35,46	-48,71	22,63	0,238	0,172	0,113
<i>Pará</i>	9,57	9,40	4,92	7,63	1,01	14,16	1,94	4,43	13,58	0,424	0,436	0,068
<i>Amapá</i>	57,22	64,45	17,42	18,85	24,92	9,18	38,37	39,53	12,37	0,605	0,611	0,061
<i>Tocantins</i>	32,72	27,15	21,54	18,16	14,08	19,85	14,56	16,54	33,07	0,487	0,497	0,164
<i>Maranhão</i>	16,40	17,04	9,45	5,35	0,00	7,44	11,06	9,74	11,24	0,469	0,463	0,056
<i>Piauí</i>	<b>24,45</b>	26,67	12,50	<b>25,69</b>	14,26	25,78	-1,24	0,00	26,83	0,408	0,414	0,133
<i>Ceará</i>	19,51	16,55	10,42	7,50	4,04	8,41	12,01	8,57	13,22	0,474	0,457	0,066
<i>Rio G Norte</i>	9,62	13,70	6,37	7,57	6,95	4,52	2,06	7,41	9,52	0,425	0,451	0,047
<i>Paraíba</i>	16,08	11,35	10,76	4,88	1,87	7,98	11,20	9,48	12,39	0,470	0,462	0,062
<i>Pernambuco</i>	19,07	20,26	7,19	17,38	5,35	22,96	1,69	11,35	23,07	0,423	0,471	0,115
<i>Alagoas</i>	14,58	13,60	7,30	8,72	4,90	8,38	5,86	5,16	11,08	0,444	0,440	0,055
<i>Sergipe</i>	20,66	20,99	10,54	6,89	0,56	9,54	<b>13,78</b>	10,59	12,38	0,483	0,467	0,062
<i>Bahia</i>	7,44	5,89	4,88	7,96	6,81	7,11	-0,51	-1,02	8,55	0,412	0,409	0,043
<i>Minas Gerais</i>	8,21	7,73	6,36	<b>16,87</b>	15,37	12,58	-8,66	-9,22	13,92	0,371	0,369	0,069
<i>Espírito Santo</i>	10,96	5,21	14,17	11,36	7,09	11,01	-0,41	-1,88	20,63	0,412	0,405	0,103
<i>Rio de Janeiro</i>	19,26	15,85	6,90	12,63	15,06	9,13	<b>6,63</b>	4,82	12,18	0,447	0,438	0,061
<i>São Paulo</i>	<b>20,45</b>	17,70	10,06	14,00	11,88	11,11	6,46	5,82	15,28	0,446	0,443	0,076
<i>Paraná</i>	36,72	32,89	15,17	<b>21,55</b>	16,13	18,93	15,17	18,26	26,28	0,490	0,505	0,131
<i>Santa Catarina</i>	<b>42,06</b>	38,46	15,23	17,17	16,73	13,77	<b>24,89</b>	17,16	22,30	0,538	0,500	0,111
<i>Rio Grande Sul</i>	15,70	16,54	7,93	18,42	9,86	19,19	-2,72	3,05	20,96	0,401	0,430	0,104
<i>Mato G Sul</i>	<b>51,75</b>	59,14	17,92	16,92	21,64	12,17	<b>34,83</b>	37,50	22,53	0,588	0,601	0,112
<i>Mato Grosso</i>	50,95	53,55	20,69	16,36	10,32	16,83	34,59	34,51	21,77	0,586	0,586	0,108
<i>Goiás</i>	6,78	5,45	4,87	17,96	13,15	15,21	-11,18	-9,27	16,48	0,359	0,368	0,082
<i>Distrito Federal</i>	21,36	21,36	0,00	<b>31,64</b>	31,64	0,00	-10,28	-10,28	0,00	0,363	0,363	0,000

Ao categorizarmos os municípios brasileiros por suas taxas de dissonância observamos que a minoria dos municípios (5,3%) possui uma taxa de dissonância igual a zero, ou seja, as taxas de violência sexual no sistema policial e no sistema VIVA são iguais. No entanto, a maioria dos municípios (45%) se concentra na faixa de taxa de dissonância entre 0,01 a 24,99. Por outro lado, 20,6% dos municípios apresentou uma taxa de dissonância negativa como mostra a Figura 1. Ao analisarmos estas mesmas categorizações de taxa de dissonância por regiões administrativas, observamos um mesmo padrão de distribuição dos municípios, exceto na região Sudeste, onde o número de municípios com taxas de dissonância negativa é bem próximo ao número de municípios com taxas de 0,001 a 24,99 (Figura 2).

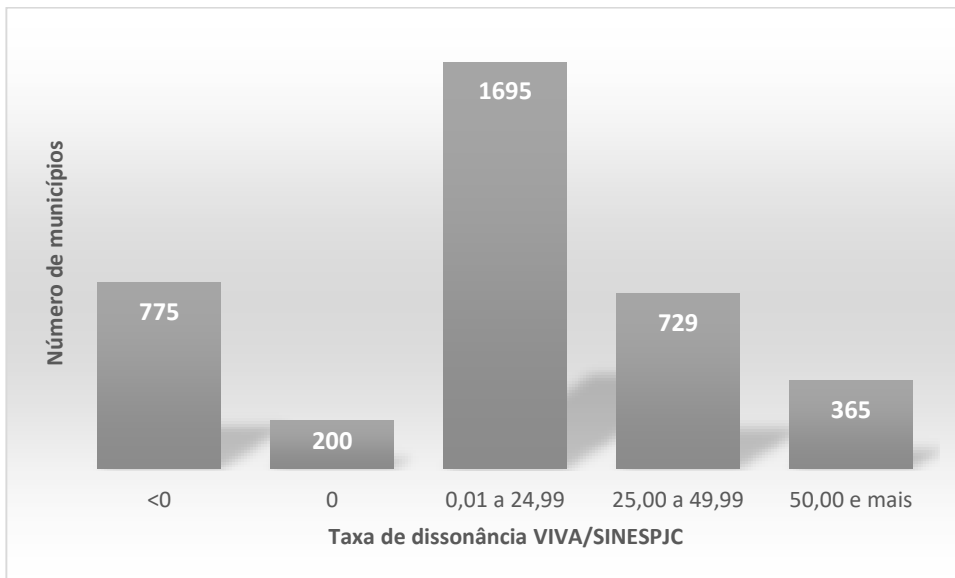


Figura 1. Número de municípios brasileiros categorizados por faixa de taxa de dissonância no ano de 2016.

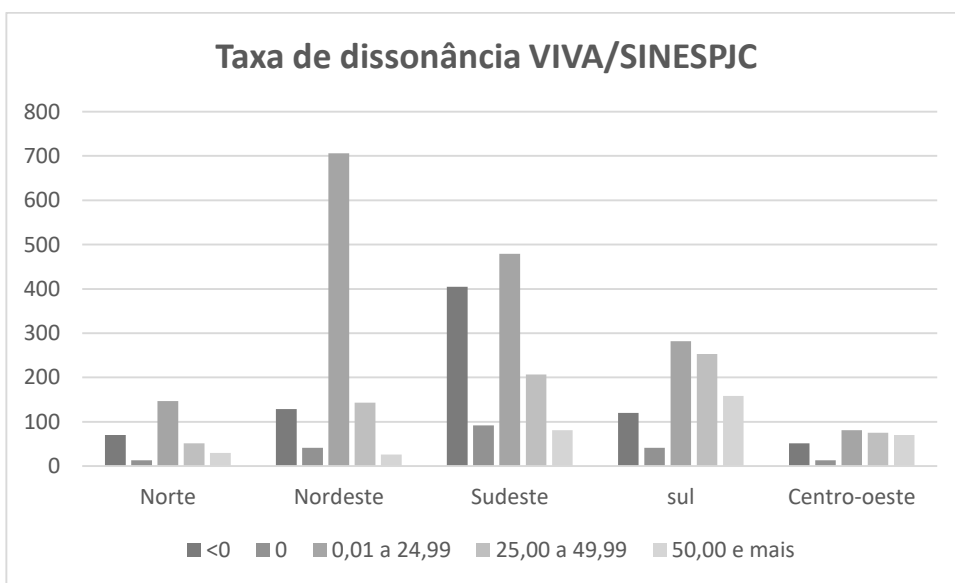


Figura 2. Número de municípios brasileiros categorizados por faixa de taxa de dissonância e região administrativa no ano de 2016.

Por fim, ao dividirmos os municípios por porte populacional – menores e maiores de 100 mil habitantes – observamos que existe uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) na média das

taxas de dissonância entre eles e que aos sub-registros são sempre maiores nos municípios de pequenos porte (<100 mil habitantes), enquanto nos municípios de grande porte elas são na maioria taxas negativas, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Taxa de dissonância VIVA/SINESJC por porte populacional dos municípios brasileiros e por região no ano de 2016.

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
<b>Norte</b>	3,13	28,20	-80,35	107,63
<i>Pequeno porte</i>	7,76	23,86	-80,35	107,63
<i>Grande Porte</i>	-1,65	31,37	-68,33	67,68
<b>Nordeste</b>	5,21	16,20	-75,30	101,74
<i>Pequeno porte</i>	11,56	13,57	-75,30	101,74
<i>Grande Porte</i>	-1,79	15,97	-48,27	30,08
<b>Sudeste</b>	2,77	15,99	-76,45	114,48
<i>Pequeno porte</i>	8,73	20,03	-76,45	114,48
<i>Grande Porte</i>	0,44	13,40	-48,88	52,76
<b>Sul</b>	10,82	25,95	-83,33	114,34
<i>Pequeno porte</i>	22,46	25,17	-83,33	114,34
<i>Grande Porte</i>	-0,25	21,46	-40,92	49,57
<b>Centro Oeste</b>	7,10	28,25	-57,00	117,79
<i>Pequeno porte</i>	23,37	29,72	-57,00	117,79
<i>Grande Porte</i>	-2,17	22,64	-30,93	47,59
<b>BRASIL</b>	<b>4,93</b>	20,24	-83,33	117,79
<i>Pequeno porte</i>	<b>13,09</b>	21,28	-83,33	117,79
<i>Grande porte</i>	<b>-0,44</b>	17,56	-68,33	67,68

\*Pequeno porte <100 mil habitantes

\*\*Grande porte > 100 mil habitantes

## DISCUSSÃO

No Brasil, o principal sistema de informações de violência sexual, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), apresenta subnotificações do agravo. O VIVA, implantado desde 2006 como diretriz da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), tornou-se a principal fonte de informações que subsidia o planejamento, monitoramento, avaliação e execução de políticas públicas brasileiras integradas e intersetoriais visando à redução da morbimortalidade decorrente das violências<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, a OMS tem alertado que, ao redor do mundo, as subnotificações de violência sexual por parte dos registros médicos tem tornado as políticas de saúde, baseadas nestas estatísticas, com evidências duvidosas quanto a sua eficiência<sup>9</sup>.

Como observou-se neste estudo, apesar da notificação de violência sexual ser um instrumento obrigatório para casos suspeitos e confirmado e com penalidade prevista para profissionais de saúde e responsáveis por estabelecimentos de saúde que deixem de comunicar os casos de seu conhecimento, as subnotificações ainda são frequentes<sup>4,10</sup>. Alguns estudos têm apontado como possíveis causas das subnotificações de violência sexual a falta ou o pouco apoio da gestão dos serviços de saúde para a realização da notificação; falta de experiência, formação ou capacitação dos profissionais para identificação das situações de violência ou quanto aos procedimentos de notificações; medo ou recusa dos profissionais em se envolverem com situações que julgam ser de difícil resolução ou por serem consideradas de esfera íntima; por considerar que não é assunto a ser tratado pela saúde e educação; hesitação em notificar casos suspeitos; descrença dos mecanismos sociais de proteção; medo de retaliação da família ou do autor da violência; receio de envolvimento em processos jurídicos e má compreensão do que sejam as orientações éticas profissionais quanto ao sigilo<sup>3,11,12,13</sup>.

No entanto, as subnotificações de violência sexual no Brasil não ocorrem apenas no VIVA. A depender da localidade, também há sub-registros no sistema policial, principal sistema de informações sobre crimes no país. Cabe lembrar que, segundo o Código Penal Brasileiro, a violência sexual é crime previsto em lei<sup>14</sup>. Caldeira<sup>15</sup> alega entre as razões para as pessoas não relatarem à polícia os crimes por elas sofrido o descrédito com a polícia e com a justiça: as pessoas não acreditam que a polícia/justiça seja capaz de resolver o problema ou temem serem hostilizados pelo atendimento policial. Além disso, alerta para o fato que, especialmente a população mais pobre, tem medo da polícia por serem vítimas frequentes de abuso das forças policiais.

Regionalmente, o Brasil também apresenta diferenças tanto nos registros de violência sexual pelo sistema de informação policial como no sistema de informação da saúde. Contudo, em todas as regiões o sistema policial captou mais dados de violência sexual que o sistema de saúde, apresentando maior taxa populacional de violência sexual. Como sabemos, a maioria dos casos de agressões sexuais não produzem lesões físicas imediatas ou quando as produzem são lesões leves. Logo, boa parte das vítimas não procuram o serviço de saúde no momento da agressão<sup>1</sup>. Portanto, nos parece, que as notificações de agressões sexuais são muito difíceis de serem captadas pelas estatísticas oficiais dos serviços de saúde, pois necessitaria de uma sensibilidade dos profissionais de saúde para diagnosticar outras lesões associadas à violência sexual previamente sofridas.

Neste estudo, a região Nordeste destacou-se entre as regiões pela menor taxa de violência sexual registrada tanto no VIVA quanto nos boletins de ocorrência. É importante notar que de acordo com dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais<sup>16</sup> o Nordeste é a região administrativa brasileira com a maior cobertura de equipes de saúde da família, instituição responsável pela capilaridade das notificações compulsórias. Ao mesmo tempo é a região que possui o menor percentual de municípios com Delegacias Especializadas no Atendimento da Mulher (DEAM), apenas 4,1% dos municípios possuem a DEAM, principal instituição de denúncia de violência sexual.

Por outro lado, a região Sul foi a que apresentou a maior discrepância de registros de violência sexual entre os sistemas de informações. Neste ínterim, lembramos que estes dois sistemas de informações utilizam-se de meios distintos para captação dos dados oficiais. Enquanto no VIVA os registros são feitos pelos profissionais de saúde, através da ficha de notificação compulsória, independente do desejo da vítima de expor a agressão e o agressor, no sistema policial os registros são feitos pela busca da vítima a uma delegacia para denúncia do seu agressor, utilizando como instrumento de registro o boletim de ocorrência<sup>3</sup>. Assim,

percebemos que, na região Sul, há uma menor tolerância social à violência sexual, com taxa de denúncia bem elevada. Nesta perspectiva, Bourdieu<sup>17</sup> aponta que a escolaridade é um importante fator na desconstrução da hegemonia masculina e conseqüentemente da impulsão da mulher, principal vítima de violência sexual, à denúncia de seu agressor. Neste sentido, o IBGE<sup>18</sup> aponta que a região Sul é aquela que apresenta a menor taxa de analfabetismo do país, a maior taxa de escolarização de crianças e uma das maiores média de anos de estudo.

Além das diferenças regionais, observamos também uma ampla variação nas taxas de violência sexual entre as unidades federativas. No geral, é importante notar a situação dos estados da Região Norte. Enquanto, Rondônia e Amapá apresentaram as maiores taxas de violência sexual no sistema policial, Acre e Roraima tiveram as maiores a taxas de violência sexual no VIVA. Nesta perspectiva, algumas instituições não governamentais tem alertado para a existência de uma grande rota de exploração sexual fluvial e rodoviária na região Norte do país<sup>19,20,21</sup>. Além disso, afirma-se que o fenômeno é antigo, tem raízes profundas e está relacionada ao mercado de trabalho e à formação da região amazônica, no contexto da ocupação colonial e capitalista da região. E que a desigualdade de poder local, onde fazendeiros, comerciantes, políticos e outras autoridades locais mantêm um sistema de clientelismo que gera uma dependência direta entre este grupo e a população pobre e, ao mesmo tempo, a sensação de um poder ilimitado a ser gozado por este grupo em relação a tudo que a população pobre da região tem: seu trabalho, seu voto e sua sexualidade<sup>21</sup>.

Outro desfecho interessante deste estudo foi a presença de taxas de dissonância negativas em algumas unidades federativas. Em resumo, um terço dos estados apresentaram mais notificações no VIVA do que denúncias policiais de violência sexual. As maiores taxas de dissonância negativas estiveram presentes nos estados do Norte e Centro-Oeste. Estas regiões são áreas mais rurais no país, ligadas a atividades econômicas primárias, onde as relações desiguais de poder – patrão-empregados – ainda são fortes no subconsciente da

população<sup>23</sup>. Esta relação desigual de poder poderia levar a uma menor possibilidade de denúncia formal deste tipo de crime às autoridades policiais. Em síntese, estes resultados revelam a importância do VIVA em contextos onde a população não se sente à vontade para a denúncia dos crimes sexuais ou considera não ser importante este tipo de denúncia.

Poucos municípios brasileiros apresentaram igualdade de registro nos dois sistemas de informações. Na grande maioria dos municípios brasileiros houve subnotificação do VIVA. Contudo, não podemos deixar de notar que em um quinto dos municípios a situação é inversa: há sub-registros no sistema policial. Assim, percebe-se que isoladamente os dois sistemas apresentam falhas na quantidade de seus registros quanto a realidade da incidência da violência sexual. No entanto, quando analisados conjuntamente, os dois sistemas nos permitem uma complementariedade de informações sobre a violência sexual no país. Neste sentido, acreditamos que apesar das notificações do VIVA ser a principal fonte de informações oficial para direcionar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência a violência sexual<sup>3</sup>, ele precisa ser complementado por outras fontes de informações, como o sistema de informações policiais, para desenhar uma estatística mais próxima da realidade brasileira e assim permitir um investimento mais assertivo dos serviços, programas e políticas.

Quanto à distribuição dos municípios por faixa de taxa de dissonância, as regiões administrativas apresentaram um padrão de distribuição semelhante, exceto as regiões Sudeste e Nordeste. No Sudeste a faixa de municípios com taxas negativas apresentou um quantitativo de municípios bem próximo àqueles da primeira faixa de taxas positivas. Portanto, nos parece, que há uma divisão mais equilibrada de municípios na região Sudeste entre maiores notificações de violência sexual no VIVA e maiores denúncias no sistema policial. Por outro lado, o Nordeste apresentou a grande maioria de seus municípios na faixa positiva de taxa de dissonância, revelando que na maioria de seus municípios há subnotificação da violência sexual pelo serviços de saúde. Um fato controverso, se observarmos que o Nordeste possui o maior

quantidade de Equipes de Saúde da Família implantadas e a maior cobertura de atenção básica<sup>16</sup>.

Por fim, ao analisarmos os municípios brasileiros por porte populacional, notou-se que nos municípios com mais de 100 mil habitantes há sub-registros de agressões sexuais no sistema policial e que nos municípios com menos de 100 mil habitantes os sub-registros ocorrem no sistema VIVA. O mesmo padrão foi observado entre as regiões administrativas, exceto na região Sudeste. Assim, compreendemos que os registros de violência sexual pelos serviços de saúde são mais eficientes em captar estas informações em cidades maiores. De acordo com este ponto de vista, o próprio Ministério da Saúde revela que a institucionalização e consolidação da notificação compulsória da violência sexual varia de acordo com a realidade local de cada contexto. Seu processo será marcado pela compreensão dos profissionais de saúde e gestores envolvidos acerca dessa problemática e de suas repercussões para a saúde pública, os recursos materiais e humanos disponíveis, a rede de atendimento e o investimento orçamentário voltados para essa ação<sup>24</sup>. Logo, percebemos que os serviços de saúde nos municípios maiores estão bem mais preparados para captar situações de violência sexual que aqueles localizados em lugares menores.

Caldeira<sup>15</sup> afirma que “estatísticas são construções e, dependendo de como elas são desenhadas e ao números agregados ou separados, podem originar diferentes imagens da realidade social”. Nesta perspectiva, concluímos que tanto o sistema de informação policial quanto o sistema VIVA apresentam sub-registros de violência sexual no país, a depender do contexto onde eles estão instalados no Brasil. Contudo, há uma complementariedade de informações nestes dois sistemas de informações. Neste sentido, apesar da notificação pelo VIVA ser um subsídio para a organização dos serviços de saúde e formulação de políticas públicas de saúde, ele precisa dialogar com outros sistemas de informação para que possa ter sucesso nas suas políticas. Portanto, os formuladores de políticas de combate e prevenção da

violência sexual no país devem trabalhar de forma interdisciplinar, compartilhando e somando informações acerca da violência sexual. Em uma outra perspectiva, conclui-se que para melhoria das informações de violência sexual no país é preciso investimentos focados nos serviços de saúde implantados em municípios de pequeno porte populacional, assim como também é preciso investimentos no combate criminal de violência sexual na região Norte do país.

### **Contribuições dos autores**

JVS foi responsável pela concepção, análise e interpretação dos dados, e redação do conteúdo. AGR foi responsável pela concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Ambos são responsáveis pela aprovação final da versão a ser publicada e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. WHO. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
2. Paixão ACW, Deslandes SF. Abuso sexual infanto juvenil: ações municipais da saúde na garantia no atendimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 15(10):4189-4198.
3. LIMA JS. Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes. Curitiba: Appris; 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação

- de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2001; n.206, Seção1:86.
6. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
  7. Portal Brasileiro de Dados Abertos. Ocorrências Criminais - Sistema Sinesp. Disponível em: < <http://dados.gov.br/dataset/sistema-nacional-de-estatisticas-de-seguranca-publica>> Acesso em: 10 abril 2019.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
  9. WHO. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva: WHO; 2014.
  10. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1975.
  11. Saliba O, et al. A responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Revista de Saúde Pública. 2007; 41(3):472-477.
  12. Rolim ACA et al. Subnotificação de maus tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. Saúde Debate. 2014; 38(103):794-804.
  13. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública.2005; 21(4):1124-1133.
  14. Brasil. Código Penal. Brasília: Senado Federal; 2017

15. Caldeira TPR. Cidade de Muros. Crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Edusp; 2000.
16. IBGE. Perfil dos estados e dos municípios brasileiros: 2014. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
17. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
18. IBGE. PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo. 21 dezembro 2017. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-apenas-o-ensino-fundamental-completo>> Acesso em: 16 abril 2019.
19. Programa Mão Certa. Mapear 2017/2018. Mapeamento dos Pontos Vulneráveis à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes nas Rodovias Federais Brasileiras. Disponível em: < [http://www.namaocerta.org.br/pdf/mapear2017\\_2018v01.pdf](http://www.namaocerta.org.br/pdf/mapear2017_2018v01.pdf)> Acesso em: 16 abril 2019.
20. Liberta. Onde a exploração sexual acontece com mais frequência no Brasil? Disponível em: < <http://liberta.org.br/onde-a-exploracao-sexual-acontece-com-mais-frequencia-no-brasil/>> Acesso em: 16 abril 2019.
21. Instituto Humanitas Unisinos. Tráfico sexual na Amazônia: Um pacto silencioso de reprovação moral e aceitação prática. Entrevista especial com Marcel Hazeu. 21 de julho de 2011. Disponível em: < <http://www.ihu.unisinos.br/159-noticias/entrevistas/45548-traffic-sexual-na-amazonia-um-pacto-silencioso-de-reprovacao-moral-e-aceitacao-pratica-entrevista-especial-com-marcel-hazeu>>. Acesso em: 16 abril 2019.
22. Instituto Humanistas Unisinos. Religiosas: histórias chocantes de tráfico e exploração sexual entre os indígenas da Amazônia. 23 abril 2018. Disponível em: <

<http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/578209-religiosas-historias-chocantes-de-trafico-e-exploracao-sexual-entre-os-indigenas-da-amazonia>>. Acesso em: 16 abril 2019.

23. Parker RG. *Corpos, prazeres e paixões. A cultura sexual no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.
24. Brasil. Ministério da Saúde. *Temático prevenção da violência e cultura de paz*. Brasília: OPAS, 2008.

## 5.6 CAPÍTULO 6

Artigo submetido à *Revista Brasileira de Epidemiologia* de acordo com as normas de publicação em <http://www.scielo.br/revistas/rbepid/pinstruc.htm>

**SUB-REGISTROS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS E SUA RELAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS**

SUB-RECORDS OF SEXUAL VIOLENCE IN BRAZILIAN MUNICIPALITIES AND ITS RELATIONSHIP WITH CONTEXTUAL CHARACTERISTICS

SUB-REGISTROS DE VIOLÊNCIA SEXUAL E CONTEXTO

**Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte,  
Nova Cruz-RN, Brasil  
janmillevs@yahoo.com.br  
+55 84 99121-3410

**Angelo Guiseppe Roncalli**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte,  
Departamento de Odontologia, Natal-RN, Brasil  
roncalli@terra.com.br

## RESUMO

**Introdução:** A violência sexual, devido a sua complexidade, é um agravo de difícil registro, tanto pelos serviços médicos quanto pelo sistema policial. **Método:** Estudo ecológico nos municípios brasileiros em 2016. Taxa de violência sexual no sistema VIVA e no sistema de registro policial e a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC foram os desfechos analisados. Renda *per capita*, Gini e expectativa de anos de estudo foram as variáveis independentes. Foi realizada análise descritiva, teste de Pearson, *t student*, ANOVA e análise de regressão linear múltipla. **Resultados:** As taxas de violência sexual no sistema policial e VIVA, assim como a taxa de dissonância variam de acordo com o porte populacional dos municípios ( $p < 0,001$ ) e sua

condição socioeconômica ( $p < 0,001$ ). Na regressão linear múltipla o Gini e a expectativa de anos de estudos explicou, respectivamente, a variação da dissonância nos municípios de grande e pequeno porte. **Discussão:** O uso de dados concretos é recomendado para tomar decisões pertinentes para a gestão de políticas públicas. Contudo, nem sempre as informações de bancos de dados nacionais correspondem à realidade do agravo. **Conclusão:** As estratégias de registro de violência sexual em nosso país ainda carecem de aprimoramentos. Atualmente, para delinear adequadamente políticas de combate e prevenção de violência sexual é necessária a junção de diferentes fontes de informações.

**Palavras-chaves:** violência sexual, sub-registro, condições sociais, sistemas de informação, Brasil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexual violence, due to its complexity, is an injury that is difficult to register, both by the medical services and by the police system. **Method:** Ecological study in the Brazilian municipalities in 2016. Rate of sexual violence in the VIVA system and in the police registry system and the VIVA / SINESPJC dissonance rate were the analyzed outcomes. Income per capita, Gini and expected years of study were the independent variables. Descriptive analysis, Pearson test, t student, ANOVA and multiple linear regression analysis were performed. **Results:** The rates of sexual violence in the police and VIVA systems, as well as the rate of dissonance, vary according to the population size of the municipalities ( $p < 0.001$ ) and their socioeconomic status ( $p < 0.001$ ). In the multiple linear regression the Gini and the expectation of years of studies explained, respectively, the variation of dissonance in large and small municipalities. **Discussion:** The use of concrete data is recommended to make decisions relevant to the management of public policies. However, national database information does

not always correspond to the reality of the problem. **Conclusion:** The strategies for registering sexual violence in our country still lack improvements. Currently, in order to properly design policies for combating and preventing sexual violence, it is necessary to combine different sources of information.

**Keywords:** sexual violence, underreporting, social conditions, information systems, Brazil.

## INTRODUÇÃO

A violência sexual, especialmente aquela sofrida por crianças e mulheres, tem sido pauta da agenda de políticas públicas de saúde desde os anos 1990, como consequência de consensos internacionais de sua magnitude como problema de saúde pública<sup>1</sup>. O grande impacto da morbidade e a redução de qualidade de vida da população decorrente da violência sexual tem causado o aumento dos custos sociais com cuidados em saúde<sup>2</sup>.

Reconhecendo que as violências, dentre elas a sexual, possuem um grande efeito social e econômico, em especial sobre o sistema de saúde, o governo brasileiro lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Como desdobramento desta política, em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Acidentes e Violência (VIVA) com o objetivo de obter informações que permitissem o planejamento das ações de prevenção a esses agravos e a atenção integral às vítimas de acidentes e violências em todo o território nacional<sup>2,3</sup>.

Apesar disto, a Organização Mundial da Saúde tem alertado para a dificuldade de registrar a violência sexual considerando ser um agravo complexo que envolve aspectos relativos à moral, ética e cultura. Muitas pessoas não denunciam a violência sexual a polícia por vergonha e/ou medo. Por outro lado, adverte que os dados de serviços de saúde, geralmente

refletem as agressões mais violentas que levam a consequências na saúde física imediata<sup>4</sup>. O próprio Ministério da Saúde brasileiro relata que ainda são grandes os desafios para lidar com questões complexas como a violência sexual, exigindo dos profissionais e dos gestores da saúde outras habilidades não adquiridas durante sua formação acadêmica<sup>2</sup>. Neste caso, os sub-registros de agressões sexuais seriam preocupantes pois teriam um impacto negativo na formulação de políticas de saúde efetivas e eficazes<sup>1</sup>.

Por outro lado, promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com seus padrões de desenvolvimento, suas relações com seu meio ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida. Portanto, além de conhecer os dados primários sobre um agravo, é necessário entender a relação do agravo com as condições sociais e econômicas da população para promover a saúde de fato<sup>5</sup>.

Assim, considerando a atual magnitude, capilaridade e importância do sistema VIVA para a prevenção de violência sexual no país e promoção da saúde, bem como a dimensão continental e diversidade socioeconômica do Brasil, este trabalho tem o intuito de analisar a dissonância dos registros de violência sexual entre o sistema VIVA e o sistema de registro policial nos municípios brasileiros e compará-los com as características contextuais destas localidades.

## **METODOLOGIA**

Trata de um estudo ecológico onde os municípios brasileiros são as unidade de análise. Foram incluídos neste estudo os municípios brasileiros que apresentaram algum caso de violência sexual registrado no ano de 2016 no boletim de ocorrência do sistema policial brasileiro ou na ficha de notificação compulsória de violência sexual dos serviços de saúde. Ambos os instrumentos fornecem informações sobre agressões sexuais, sendo o primeiro

instrumento para o Sistema Nacional de Estatísticas de Segurança Pública e Justiça Criminal (SINESPJC) e o segundo para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Foi realizado *linkage* determinístico dos bancos de dados do SINESPJC, VIVA, IBGE e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD). Do IBGE foram extraídas as informações de contagem populacional de cada município brasileiro, enquanto do PNUD foram extraídas as variáveis socioeconômicas renda *per capita*, índice *Gini* e expectativa de anos de estudos para os municípios brasileiros. As variáveis socioeconômicas, por não possuírem valores captados para o ano de 2016, foram utilizadas aquelas do ano de 2010, último ano de sua captação.

Calculou-se a taxa de violência sexual do sistema policial e a taxa de violência sexual do sistema VIVA utilizando a base de 100 mil habitantes. A seguir, criou-se a variável “taxa de dissonância de violência sexual VIVA/SINESPJC” que seria a subtração da taxa de violência sexual do sistema policial pela taxa de violência sexual do sistema VIVA. A subtração foi feita neste sentido, pois na maioria dos municípios brasileiros a taxa do sistema VIVA é inferior ao do sistema policial. Por fim, os municípios foram categorizados em municípios de pequeno porte (até 100 mil habitantes) e municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes) e as variáveis independentes foram categorizadas por tercís.

Iniciou-se a análise pela avaliação de *outliers* multivariados através da medida  $D^2$  de *Mahalanobis*. Foi realizada análise descritiva das variáveis do estudo por porte populacional dos municípios e aplicado o teste *t* de Student. Depois analisou-se a taxa de dissonância por tercil das variáveis socioeconômicas e porte populacional e foi aplicado o teste de análise de variância de um fator (One-way ANOVA). Para análise descritiva das variáveis foram utilizados os pesos populacionais. Foi realizada a correlação de *Pearson* entre as variáveis socioeconômicas e a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC e, por fim, realizou-se a análise de regressão linear múltipla com aquelas variáveis que apresentaram significância estatística na

correlação de no mínimo 0,20, levando em consideração que a ordem das variáveis independentes no modelo de regressão foi definida de acordo com a ordem crescente de significância da correlação com a variável dependente. As análises estatísticas foram realizadas no software Stata versão 12.

## RESULTADOS

Para o ano de estudo 3.835 municípios brasileiros apresentaram registro de violência sexual em pelos menos um dos sistemas de informação estudado. Deste total, 109 municípios foram considerados *outliers* multivariados e excluídos da análise. No ano de 2016 a taxa média de violência sexual no sistema policial foi de 20,01 por 100 mil habitantes, a taxa de violência sexual no sistema VIVA foi de 12,73, a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC foi de 7,28, a renda *per capita* média foi de R\$655,60 reais, o índice Gini foi de 0,516 e a expectativa de anos de estudo foi de 9,61 anos.

Ao categorizarmos os municípios por porte populacional observamos que 286 possuíam mais de 100 mil habitantes e 3.440 eram habitados por até 100 mil pessoas. Analisando as variáveis por porte populacional dos municípios observamos que houve uma diferença significativa entre os municípios brasileiros (Tabela 1). Apesar de a diferença estatística, a taxa de violência sexual no sistema policial foi bem próxima para os municípios de pequeno e grande porte. Já a taxa de violência sexual no VIVA apresentou uma grande discrepância entre os municípios com portes populacionais distintos, o que levou a uma alta taxa de dissonância em municípios de pequeno porte. Quanto às variáveis socioeconômicas, estas apresentaram melhores valores nos municípios de maior porte, exceto a concentração de riquezas.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis do estudo por porte populacional.

Table 1. Descriptive analysis of study variables by population size.

	Pequeno porte (n= 3.440)		Grande porte (n=286)		<i>p</i>
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Taxa de violência sexual no sistema policial	20,52	28,68	19,53	12,99	<0,001
Taxa de violência sexual no VIVA	7,36	11,27	17,70	14,60	<0,001
Taxa de dissonância VIVA/SINESPJC	13,16	21,35	1,82	17,29	<0,001
Renda <i>per capita</i>	508,65	232,73	791,86	233,84	<0,001
Gini	0,507	0,060	0,524	0,062	<0,001
Expectativa de anos de estudo	9,38	1,01	9,83	0,63	<0,001

Ao analisarmos a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC por tercil de indicadores socioeconômicos e porte populacional observou-se um gradiente crescente de divergência com o aumento da renda *per capita* nos municípios menores, enquanto nos municípios maiores este gradiente foi inverso. A mesma característica de distribuição da taxa de dissonância entre as categorias de expectativa de anos de estudo foi observada para os municípios de pequeno e grande porte. Quanto ao índice Gini, observamos um aumento de divergência com a redução da desigualdade nos municípios de pequeno porte. O mesmo gradiente foi observado nos municípios de maior porte populacional, com o detalhe que nos municípios de maior concentração de riqueza a taxa média de dissonância foi negativa (Tabela 2).

Tabela 2. Taxa de dissonância VIVA/SINESPJC de acordo com as categorias das variáveis contextuais e porte populacional dos municípios no ano de 2016.

Table 2. Dissonance rate VIVA/SINESPJC according to the categories of the contextual variables and population size of the municipalities in the year 2016

	Pequeno porte				Grande porte			
	Média	Desvio-padrão	<i>N</i>	<i>p</i>	Média	Desvio-padrão	<i>N</i>	<i>p</i>
<b>Renda per capita (reais)</b>								
614,04 e mais	15,86	21,97	1028	<0,001	0,64	17,77	191	<0,001
366,81 a 614,03	13,73	26,06	1166		4,42	15,56	78	
Até 366,80	10,08	15,72	1244		12,94	8,57	17	
<b>Gini</b>								
Até 0,470	17,30	22,80	1351	<0,001	6,72	13,55	86	<0,001
0,471 a 0,520	12,77	21,12	1044		3,42	15,86	92	
0,521 e mais	10,23	19,77	1043		-1,49	18,93	108	
<b>Expectativa de anos de estudo</b>								
10,00 e mais	19,52	11,54	1096	<0,001	2,62	15,46	116	<0,001
9,08 a 9,99	12,49	22,17	1145		0,03	18,59	121	
Até 9,07	9,01	18,23	1197		6,37	16,93	49	

Quanto à correlação das variáveis socioeconômicas com as taxas de dissonância VIVA/SINESPJC, nos municípios de pequeno porte todas apresentaram correlação significativa. Enquanto a renda *per capita* e a expectativa de anos de estudo apresentaram uma correlação positiva, o Gini apresentou uma correlação negativa. Por outro lado, nos municípios de grande porte apenas o Gini apresentou significância na correlação, sendo esta negativa (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC e as variáveis socioeconômicas por porte populacional.

Table 3. Correlation between the dissonance rate VIVA/SINESPJC and socioeconomic variables by population size.

	Pequeno porte		Grande porte	
	Coefficiente	<i>p</i>	Coefficiente	<i>p</i>
<b>Renda per capita (reais)</b>	0,118	<0,001	-0,081	0,170
<b>Gini</b>	-0,108	<0,001	-0,228	<0,001
<b>Expectativa de anos de estudo</b>	0,229	<0,001	0,063	0,290

O modelo de regressão final da taxa de dissonância VIVA/SINESPJC para os municípios de pequeno porte foi constituído apenas pela escolaridade e explicou 5% da variabilidade da taxa de dissonância. O modelo de regressão final da taxa de dissonância VIVA/SINESPJC para os municípios de grande porte foi estabelecido apenas pela concentração de riqueza e também explicou 5% da variabilidade da taxa de dissonância. Nos municípios de pequeno porte, a variação de 1 ano na expectativa de anos de estudo se relaciona à variação de 5,84 na taxa média de dissonância VIVA/SINESPJC. Nos municípios de grande porte, a variação em 0,1 na concentração de renda gera uma redução de 7,58 na taxa média de dissonância (Tabela 4).

Tabela 4. Modelo final de regressão linear para a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC para municípios brasileiros de pequeno e grande porte.  
Table 4. Final linear regression model for the dissonance rate VIVA/SINESPJC for small and large Brazilian municipalities.

Modelo final	Estimativa (IC95%)	p	R <sup>2</sup> ajustado
<b>Pequeno porte</b>			<b>0,052</b>
Constante	-38,71 (-46,63; -30,80)	<0,001	
Expectativa de anos de estudo	5,84 (5,01; 6,67)	<0,001	
<b>Grande porte</b>			<b>0,049</b>
Constante	43,12 (23,88; 62,36)	<0,001	
Gini	-75,85 (-113,64; -38,06)	<0,001	

## DISCUSSÃO

Atualmente, o uso de dados concretos é recomendado para analisar, planejar e tomar decisões pertinentes quanto às condições de saúde de uma determinada localidade. Para tanto, busca-se utilizar os sistemas de informações nacionais, os quais são vistos como ferramentas indispensáveis para a gestão de políticas públicas<sup>1,2,4</sup>. Contudo, nem sempre as informações contidas nestes sistemas refletem verdadeiramente a distribuição de um agravo na população. No caso da violência sexual, observou-se uma discrepância entre os dois principais sistemas de

informações do país que captam este agravo. No geral, o sistema policial brasileiro captou mais informações de agressões sexuais que o sistema dos serviços de saúde.

Há de lembrar que estes sistemas de informações captam os dados de formas diferentes. O sistema policial obtém as informações através do boletim de ocorrência, documento utilizado pelos órgãos da Polícia Civil para o registro da notícia de crime<sup>6</sup>. Neste caso, a vítima da agressão sexual procura livremente, ou seja, por sua vontade, a instituição policial para denúncia do agressor. Por sua vez, o sistema VIVA colhe informações através da ficha de notificação compulsória que está presente em todos os serviços de saúde do país<sup>2</sup>. Logo, independente do desejo da vítima, é obrigação dos profissionais de saúde notificar a informação da violência sexual aos órgãos competentes<sup>7</sup>. Assim, percebemos que os registros do sistema policial necessitam de uma motivação pessoal da vítima para ocorrer, enquanto do sistema VIVA precisa de perspicácia profissional para reconhecer a vítima, independente de seu relato espontâneo. Outra diferença é que, enquanto o sistema policial foca-se no agressor da violência<sup>6</sup>, no sistema VIVA a finalidade é desencadear ações de proteção e atenção às vítimas, bem como dimensionar o problema em um território para que possam ser desenvolvidas políticas de prevenção da violência sexual e promoção da saúde<sup>8</sup>.

O governo brasileiro tem destacado que as Equipes de Saúde da Atenção Básica possuem espaço privilegiado para a identificação dos casos de violência, pelo seu envolvimento com as ações desenvolvidas no território. Por estarem geograficamente muito próximos das famílias, os profissionais teriam maior possibilidade de identificar sinais e sintomas de violência sexual, notificar os casos e encaminhar para rede de cuidados e de proteção social<sup>3</sup>. Contudo, nossos achados apontam que este suposto espaço privilegiado não está sendo capaz de captar realisticamente os casos de violência sexual. Mesmo a notificação de violência sexual sendo compulsória no país<sup>9</sup> ainda há uma subnotificação do sistema VIVA quanto às agressões

sexuais. Portanto, observamos que a compulsoriedade da notificação não é garantia, por si só, de informações fidedignas.

O Brasil é um país de tamanho continental com grande diversidade social, econômica e cultural. Logo, é comum encontramos diferenças quanto à distribuição de agravos no território brasileiro<sup>10</sup>. No entanto, nos chamou a atenção o fato de que em municípios de pequeno e grande porte populacional a taxa de violência sexual no sistema policial foi bem próxima, mas a taxa de violência sexual registrada no VIVA foi bastante díspar. Por outro lado, a dissonância VIVA/SINESPJC, foi maior nos municípios de menor porte. Neste sentido, o Ministério da Saúde brasileiro relata, que desde 2009, o processo de implantação da notificação de violência sexual vem ocorrendo de forma gradual e por adesão de estados e municípios de acordo com a estruturação da área de Vigilância Epidemiológica de Doenças e Agravos Não Transmissíveis<sup>2</sup>. Assim, denota-se que nos municípios brasileiros de maior porte populacional, a rede de atenção básica está mais consolidada e preparada para a notificação de casos de violência sexual. Portanto, ainda há uma heterogeneidade estrutural entre os municípios brasileiros quanto aos serviços de saúde. Souza<sup>11</sup> corrobora conosco ao revelar que o processo de financiamento da saúde pública no início da implantação do Sistema Nacional de Saúde se deu de maneira distinta entre os regiões e municípios brasileiros, o que pode ter levado a esta diferenciação.

A despeito das subnotificações de violência no Brasil, Kind et al<sup>1</sup> afirmam que não é culpa dos profissionais de saúde. Os autores asseguram que os profissionais de saúde da atenção básica operam em seu cotidiano com elementos diversos que interferem na questão das notificações de violência. Dentre eles destacam a organização da atenção primária à saúde na localidade e a desarticulação entre equipamentos de saúde e serviços de outros setores. Esta perspectiva corrobora com nossos achados. Percebemos que nos municípios menores existe alguma circunstância interferindo nas notificações de violência sexual e que talvez seja a forma

como se organiza a atenção primária à saúde e como ela se relaciona com outros serviços dentro do território.

Nesta perspectiva, também observamos que as diferenças nas condições sociais de uma população se refletem não apenas nos perfis epidemiológicos mas também na forma como se captam os agravos a saúde. Nos municípios maiores que, por conseguinte ofertam melhores condições de rendimentos e educação para a sua população, a taxa de dissonância VIVA/SINESPJC foi menor que os dos municípios de piores condições sociais. Logo, percebemos que condições de vida, ambiente e condições de saúde formariam uma tríade indissociável de fatores com múltiplas interações<sup>12</sup>.

Importantes variações na distribuição dos agravos em populações têm sido atribuídas às formas históricas através das quais os homens distribuem as riquezas em sociedades concretas. Tais disparidades se expressam por meio de renda, educação e classe social, correspondendo neste caso a materialização das desigualdades<sup>13</sup>. Em nosso estudo, identificamos que, a depender do estrato socioeconômico em que os municípios se encontram as taxas médias de dissonância variam entre eles. E mais que isso, a depender de seu porte populacional e conseqüentemente de suas condições socioeconômicas, a renda e a educação estão associadas a gradientes de distribuição distintos de dissonância de registros de violência sexual. Enquanto nos municípios de melhores condições sociais, aqueles de grande porte populacional, o estrato de maior renda e de maior educação apresentou menores taxas de dissonância, naqueles com piores características socioeconômicas, existe uma relação inversa. Neste sentido, entendemos que nos municípios maiores, com serviços de saúde mais estruturados para a notificação de violência sexual, como comentado anteriormente, a elevação das condições sociais das pessoas fazem com que a população busque mais os serviços de saúde e/ou possam ter um acesso maior a estes serviços. Por outro lado, nos municípios menores, com serviços de saúde menos estruturados, a elevação das condições de renda e educação parece levar as pessoas a buscarem

mais pelos serviços de denúncia de agressores que os serviços de saúde, aumentando assim a disparidades entre registros de violência sexual no sistema policial e sistema da saúde.

Por outro lado, a concentração de riqueza apresentou um gradiente de distribuição de dissonância semelhante na segmentação dos municípios, independente de seu porte populacional e suas condições sociais. Municípios categorizados em estratos de menores desigualdades de distribuição de renda apresentaram maiores taxas de dissonância. Se olharmos pelo prisma de Bourdieu<sup>14</sup>, que considera a redução da desigualdade de distribuição de renda um fator de quebra da dominação masculina sobre as mulheres, principal vítima de violência sexual no país<sup>2</sup>, pensaremos que em contexto com menores desigualdades de distribuição de renda a população sinte-se mais à vontade para a denúncia de agressores. Logo, a desigualdade influenciaria na captação de dados pelo sistema policial, fazendo com que a dissonância VIVA/SINESPJC aumentasse.

Apesar de tudo isso, é interessante notar que estes mesmos determinantes sociais também se associam, isoladamente, de maneira diferente como a captação das informações de violência sexual a depender do porte populacional dos municípios e conseqüentemente das suas condições de vida. Enquanto isoladamente a renda, distribuição de renda e educação apresentaram-se associados a taxa de dissonância nos municípios de piores condições sociais (aqueles de pequeno porte); nos municípios de melhores condições sociais (aqueles de grande porte) apenas a distribuição de riqueza se associou a taxa de dissonância. Nesta perspectiva, Wilkinson e Pickett<sup>15</sup> apontam que o aumento da riqueza absoluta de uma população após certo patamar, não reflete necessariamente numa melhoria das condições de vida e saúde. Neste sentido a forma de distribuição de riqueza seria mais importante.

Em contrapartida, num contexto de múltiplos fatores, apenas a educação foi importante para explicar a variação da dissonância dos registros de violência sexual nos municípios de pequeno porte e menores condições socioeconômicas. Já nos municípios de maior porte e

melhores condições sociais, o Gini foi o responsável por explicar a variação da dissonância dos registros. Neste sentido, é relevante perceber a importância da educação sobre os registros da violência sexual em contextos socioeconômicos desprivilegiados. Bourdieu<sup>14</sup> traduz a educação como grande fonte de empoderamento das mulheres e quebra da hegemonia masculina, o que levaria ao aumento das denúncias de violência sexual ao sistema policial. A OMS<sup>16</sup>, por sua vez, relata existir uma relação complexa entre violência sexual, denúncia e educação, individual e coletiva. Neste sentido, em nosso estudo observou-se que o nível de escolarização nos municípios de menores condições estariam associado a um maior número dissonância entre os registros de violência sexual, ou seja, há uma redução dos registros do VIVA e/ou um aumento dos registros policial. No entanto, em municípios de melhores indicadores sociais a educação não teria tal influência, à qual seria dada apenas pela distribuição de riqueza.

Apesar de todo nosso esforço para compreender os registros de violência sexual no Brasil, entendemos que este trabalho é apenas um contato inicial com a temática da determinação social das subnotificações de violência sexual em nosso país. Sabemos que ambos os sistemas de informações possuem falhas na captação da informação de violência sexual<sup>4</sup>. Contudo, estas são as únicas fontes de dados nacionais que possuímos sobre o agravo, sendo o VIVA a principal fonte de planejamento de políticas públicas de saúde para a temática. Apresentamos também um modelo social reducionista. Fato este que observamos ao apontar um modelo final de determinação social capaz de prever apenas 5% da variação da dissonância. No entanto este fato não invalida nossos achados, pois explicar os registros de um fenômeno tão complexo não é tarefa fácil. Assim, a partir dos nossos achados outras pesquisas poderão partir com resultados complementares.

Destacamos que a notificação de violências sexual é fruto de uma luta contínua para que esta problemática saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos.

Mas, concluímos que as estratégias de registro de informações sobre a violência sexual em nosso país ainda carece de aprimoramentos e que este problema deve ser enfrentado investindo em diferentes setores além da saúde. Os argumentos da compulsoriedade e da produção de indicadores por meio do preenchimento da Ficha de Notificação são insuficientes para que a notificação da violência sexual ocorra de fato. Por fim, concluímos que as estatísticas do sistema VIVA, apesar de sua importância para dar visibilidade as questões de violência, da forma como se encontra atualmente, precisam ser complementadas com outras fontes de informações para delinear adequadamente políticas de combate e prevenção de violência sexual e promoção da saúde. Além disso, o registro de informações de violência sexual carece de esforços para melhoria especialmente nos municípios brasileiros de menor porte populacional e menores condições sociais. Finalmente, percebemos que estas melhorias da captação de informações perpassa também pela melhoria das condições de vida das populações.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Souza GA, Ferreira MFF. Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(9):1805-1815.
2. Brasil. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Brasil. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. WHO. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
5. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. Social inequalities and oral health in Brazilian Capitals. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(8):2539-2548.

6. Viso RGS. Boletim de Ocorrência é coisa séria! 2017. Disponível em:  
<<https://luchtenbergeguilherme.jusbrasil.com.br/artigos/481084769/boletim-de-ocorrencia-e-coisa-seria>>. Acesso em: 30 abril 2019.
7. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 31 outubro 1975.
8. Lima JS. Notificação da violência como fator de proteção social a crianças e adolescentes. Curitiba: Appris; 2018.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2014. 6p.
10. CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
11. Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8(2):449-460.
12. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Moken M. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
13. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública* 2009; 25(supl.2):S217-S226.
14. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
15. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine* 2006; 62:1768-1784.

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

## 6 CONCLUSÕES

Organismos internacionais, como a OMS, têm apontado que muito já tem sido feito para o combate à violência sexual. Contudo, ainda existem muitas lacunas sociais. Portanto, muito empenho ainda precisa ser feito pelos governantes para a redução deste tipo de violência. Nesta perspectiva, podemos destacar que a maioria da literatura relativa à violência sexual provém de países de alta renda. Logo, não fica claro se os fatores identificados nestes contextos também se aplicam a países de baixa e média renda devido a diferenças nas economias, ecologias, histórias, políticas e culturas. Assim, todo o esforço deste trabalho é justificável. O Brasil é o maior país da América Latina, tanto em extensão, quanto em população e economia. Contudo, ainda é um país em desenvolvimento, onde desigualdades sociais perfazem a vida cotidiana da sociedade. Ademais, a OMS relata que cada vez mais inúmeros fatores de risco têm sido identificados para a violência sexual, principalmente no nível individual e relacional/familiar. No entanto, há a escassez de pesquisas sobre fatores de risco relativos ao nível comunitário e social.

Para este estudo partimos da premissa de que a utilização do modelo ecológico para estudo de agravos ajuda-nos a compreender os vínculos e as interações entre os vários níveis e fatores que se associam à violência sexual. Além disso, compreendemos que o espaço não é apenas um ambiente inerte e passivo, ele é um espaço geográfico socialmente construído, tanto como um receptor de processos sociais quanto o próprio ativador destes processos. Portanto, o espaço torna-se relevante para compreensão dos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença por articular os elementos lugar-pessoas-tempo. Por consequência, este tipo de análise pode aguçar a percepção de como esses fatores se reúnem e influenciam padrões de distribuição do agravo, o que providencia *insights* dos pontos-chave em que as intervenções de combate e prevenção deveriam ser implementadas para quebrar o ciclo. Logo, acreditamos que com a metodologia utilizada caminhamos na direção correta que nos apontou para achados relevantes para abordagens abrangentes da violência sexual no Brasil, o que é de relevante importância considerando que estudos e conhecimento sobre a violência sexual em países subdesenvolvidos ainda são limitados.

Percebeu-se ao longo deste trabalho que a violência sexual não é incomum a algum grupo social. Contudo, sua presença e extensão tem variado ao longo do tempo e entre os lugares devido à uma variedade de fatores a ela associada. Isso resulta em diferenças substanciais na distribuição da violência sexual e de suas notificações entre os diversos agregados sociais e físicos. No entanto, sua distribuição não é aleatória, mas ocorre mais em

segmentos específicos. Nesta perspectiva, para a compreensão da ocorrência da violência sexual no Brasil, englobou-se a análise do indivíduo, assim como também a forma como ele está inserido dentro de um contexto sócio-econômico-cultural construído historicamente.

A violência sexual, como todas as outras naturezas da violência, está relacionada a construção das relações de poder de um grupo social ou sociedade. Neste trabalho, percebeu-se que o Brasil continua sendo um país patriarcal e machista, onde a dominação masculina nas relações sociais é hegemônica. Este modelo tem gerado e preservado posições sociais desiguais entre os gêneros e naturalizado o uso de práticas autoritárias masculinas. Adicionalmente à construção social desigual, soma-se o fato de que existe uma relação entre sexualidade e poder, sustentada por Bourdieu (2012), que revela que a agressão sexual é a forma mais primitiva de expressão de dominação e tentativa de poder sobre o outro ser. Assim, estes dois fatores juntos têm colaborado com a perpetuação da violência sexual no Brasil, especialmente contra mulheres e crianças como revelam as estatísticas de violência sexual do nosso estudo. As crianças brasileiras majoritariamente abusadas por pessoas que socialmente detém o poder sobre elas, como parentes ou conhecidos adultos; e as mulheres brasileiras, violentadas especialmente por seus parceiros íntimos que acreditam possuir a posse sobre o corpo feminino. Portanto, há no país uma desigualdade de gênero e de geração que sustenta a violência sexual brasileira. Nesta perspectiva, observamos que os homens não são mais violentos que as mulheres, mas eles possuem mais instrumentos para exercer a violência contra elas.

Percebeu-se, também, que há no Brasil um inconsciente coletivo de submissão ao homem e que este modo de pensamento é fruto do próprio processo de dominação masculina construído ao longo dos anos, o que dificulta a notificação e denúncia da violência sexual criando um ciclo vicioso porque o isolamento da vítima reforça a dinâmica social de dominação, pois impede a ação política. Além disso, observou-se que há no Brasil uma violência simbólica – violação de direitos básicos como educação, emprego e segurança – que lastreiam a violência sexual; e que o Estado tem reduzido a questão da violência sexual à esfera do individual, não considerando o seu papel frente ao coletivo.

Neste sentido, conclui-se que no Brasil há a necessidade de transformações nas relações sociais que caminhem para a igualdade de gênero e geracional. Compreende-se que esta mudança é de grande importância para o combate e prevenção da violência sexual. Nesta perspectiva, o Estado tem papel fundamental garantindo estruturas sociais para dar sustentação às mudanças individuais em direção a quebra da classificação social por sexo. Além disso, é

necessário o engajamento de outras instituições sociais com poder direto para modelagem de princípios na sociedade como Escola e família.

Notou-se que os fatores individuais – como idade, sexo e escolaridade – ainda são importantes associados à violência sexual, mesmo quando na presença de fatores socioeconômicos favoráveis. No Brasil a violência sexual afeta expressivamente pessoas do sexo feminino, especialmente após o ajuste por outras características individuais – como idade e escolaridade – e características contextuais. Assim, no país, a violência sexual ainda tem um componente individual muito forte, especialmente relacionada ao sexo.

Destarte, compreende-se que as políticas de equidade de gênero no país precisam ser reforçadas para que haja mudanças nas estatísticas nacionais sobre o agravo. Conclui-se com este trabalho que a violência sexual não deve ser entendida como ato isolado, mas como um instrumento de relações que envolve cultura e normas. Desta maneira, ainda é necessário no Brasil romper com a reprodução cultural da violência e desconstruir a “agressividade natural do homem” e do “apetite sexual incontrolável do brasileiro”. Neste sentido, o Estado poderia estar na centralidade do problema, na condição de agente transformador e propulsor da promoção de mudanças comportamentais, ressignificando os papéis de gênero, fomentando a superação das opressões deles advindos. Também compreende-se a importância complementar de uma ação coletiva, além do Estado, com envolvimento de instituições sociais, como família, igreja e escola, que são *locus* de elaboração e reprodução dos princípios que fundamentam a dominação masculina nas relações sociais.

A nível municipal as condições socioeconômicas locais foram associadas à violência sexual no ano de 2010, tanto isoladamente quanto em conjunto com as características individuais das vítimas, existindo assim um efeito contextual na distribuição da violência sexual. Observou-se uma maior prevalência de violência sexual em contextos socioeconomicamente desprivilegiados. Tal fato demonstra iniquidades sociais na distribuição da violência sexual no país. Logo, infere-se que a violência estrutural – falta de garantias sociais pelo poder público – também corrobora com a questão da violência sexual no Brasil.

Características contextuais isoladamente como nível de educação, renda, trabalho e pobreza apresentaram associação com a violência sexual no Brasil, assim como as características dos serviços de saúde locais, como investimento e cobertura da atenção básica. Contudo, no contexto de múltiplos fatores, individuais e contextuais, a educação, renda e sua distribuição, assim como a cobertura da atenção básica permaneceram associados a violência sexual. Logo, compreende-se a importância de educação e renda, no Brasil, como ferramentas

de empoderamento que levam a uma transformação estrutural nas relações de poder e dominação, interferindo diretamente sobre o ciclo de violência sexual no país. Desta forma, depreende-se que o investimento em educação, geração e distribuição igualitária de renda pode impulsionar mudanças na organização das relações sociais e conseqüentemente levar a uma transformação das representações de poder que teriam um impacto positivo sobre a violência sexual no Brasil.

Em nível de unidades federativas também houve uma associação entre fatores contextuais e violência sexual. Entretanto, essa associação foi diferente daquela verificada a nível municipal. Contudo, a nível estadual estudamos uma variável-desfecho distinta, *o número de casos de notificação de violência sexual* e não a *prevalência de violência sexual*, como no estudo a nível municipal, o que justificaria os resultados distintos. Assim, a nível estadual constatamos associação das notificações de violência sexual com aspectos contextuais ao longo dos anos de 2010 a 2014 só que em sentido inverso. Naquelas unidades federativas onde havia melhoria das condições de vida – incremento da renda e da oferta de empregos, melhoria no nível de escolaridade, desenvolvimento social e distribuição de renda – assim como incremento em políticas públicas de segurança e serviços sociais ao longo dos anos houve um aumento das notificações de violência sexual nos serviços de saúde. Apesar da literatura clássica afirmar que há mais casos de violência sexual em contextos desprivilegiados, no Brasil notou-se um maior número de notificações em contextos privilegiados. Deste fato, compreendeu-se que a percepção da violência sexual no Brasil seria diferente em contextos distintos e portanto, tal percepção interfere diretamente nos relatos de violência sexual no país. Percebeu-se que brasileiros vivendo em agregados sociais privilegiados socioeconomicamente teriam uma maior percepção da importância de notificar os casos de violência sexual. Por outro lado, àqueles vivendo em contexto desprivilegiados naturalizariam a violência sexual frente as demais naturezas de violência vivenciadas em seu cotidiano e/ou estariam sujeitos a falta/escassez de espaços garantidos e seguros para denúncia/notificações de agressões sexuais. Assim, explicitamente constatamos uma iniquidade do relato de violência sexual no país.

Na análise conjunta de características contextuais observamos que somente aquelas relacionadas a renda e sua distribuição foram importantes para determinar o incremento das notificações de violência sexual nas unidades federativas brasileiras ao longo dos anos. Disto inferimos, que no caso brasileiro, a condição econômica, propriamente dita, da população é mais importante na questão do relato de violência sexual que os demais indicadores sociais,

inclusive mais importante que políticas públicas diretamente relacionadas com a violência como segurança e serviços sociais.

Quanto as políticas públicas, notou-se que individualmente investimentos em segurança pública, assistência social e serviços de saúde, assim como a cobertura dos serviços de saúde e assistência social são associados a violência sexual. No entanto, quando associados com condições econômicas, estas se sobrepõem as políticas públicas. Tal fato demonstra que investimentos unicamente nestes serviços estarão condenados ao insucesso quanto ao combate à violência sexual se não estiverem associados a elevação das condições de vida da população brasileira.

Diante do exposto, conclui-se que tanto características individuais quanto fatores contextuais são importantes associados à distribuição da violência sexual e do seu relato. Nesta perspectiva, entende-se que as políticas públicas que visem a redução da violência sexual e a desigualdade de sua distribuição poderiam trabalhar tanto a individualidade da população brasileira quanto o seu perfil social construindo políticas multiníveis e intersetoriais, pois políticas fragmentadas estarão fadadas ao insucesso, considerando a complexidade de fatores envolvidos nas agressões sexuais. Para tanto, o Estado poderia fornecer um panorama favorável que possibilitasse as transformações estruturais na sociedade brasileira.

No período deste estudo, 2010 a 2014, houve uma tendência de aumento das taxas populacionais de notificações de violência sexual dos municípios no Brasil, um incremento de três vezes o quantitativo do período inicial de estudo. Este achado leva a alguns questionamentos: Há um aumento real de casos de violência sexual na população brasileira? Houve uma maior sensibilização por parte dos profissionais responsáveis pelas notificações? A melhoria das condições de vidas tornaram os brasileiros mais conscientes de seus direitos e por isso eles têm buscado mais os serviços de saúde para notificação deste agravo? Qual seja a resposta, esta pesquisa revela um aumento substancial das notificações de violência sexual no Brasil nos últimos anos.

Assim como no estudo das unidades federativas, as taxas de notificações de violência sexual estiveram associadas as melhores condições de vida, representados por rendimentos e desenvolvimento social. Como dito anteriormente, ao longo de 2010 a 2014, houve um incremento da taxa populacional de notificações de agressões sexuais. O incremento nesta taxa foi observado em todas as faixas de renda e IDH. Contudo, os maiores incrementos foram observados em grupos populacionais de melhores rendimentos e desenvolvimento social. Esta diferença causou ao longo dos anos uma discrepância maior entre a taxa de violência sexual

dos municípios mais ricos e mais pobres, e municípios com melhores e piores desenvolvimento social. Logo, observamos uma ampliação, ao longo dos anos, da iniquidade de notificações de violência sexual, ou seja, temos uma iniquidade das notificações em função da renda e do IDH dos municípios onde vivem os brasileiros. Se partirmos do princípio de que há uma maior prevalência de violência sexual nos contextos mais desprovidos socioeconomicamente, como observado no primeiro estudo desta trabalho, chegaremos à conclusão que no Brasil há uma polarização inversa das notificações de violência sexual, ou seja, há mais notificações de violência sexual em contexto onde há menor prevalência do agravo.

Além disso, a melhoria das condições de vida dos brasileiros estariam “influenciado” o aumento das estatísticas de violência sexual. Não que as melhores condições de vida aumentasse os casos de violência sexual, mas aumentaria a sensibilidade às agressões sexuais. Talvez pessoas com melhores condições de vida tenham mais acesso a informações e maior compreensão destas. Além disso, municípios com melhores condições sociais possivelmente podem ter serviços de saúde mais estruturados, o que levaria a um maior acesso da sua população aos serviços de saúde e maior capacitação e sensibilidade dos profissionais responsáveis pelas notificações. Todos estes fatores em conjunto provavelmente estariam levando a maiores taxas de notificações de violência sexual nestes lugares.

Os últimos estudos desta série, revelaram que no Brasil, há uma variação nos relatos de violência sexual a depender da fonte dos dados. No ano de 2016, o sistema policial brasileiro registrou maior número de casos de violência sexual que o sistema de serviços de saúde. Esta variação de dados ocorre desde o nível menor de agregação, municípios, passando por unidades federativas, regiões e país. Poucos municípios brasileiros, apenas 200, apresentaram número de registros idênticos em ambos os sistemas. Na maioria dos municípios brasileiros com relato de violência sexual houve uma subnotificação de violência sexual pelo sistema VIVA. Portanto, conclui-se que há uma discrepância considerável entre as duas principais fontes de relato de violência sexual no país e que apesar de sabermos que a violência sexual é um agravo passível de sub-relatos, o sistema VIVA, principal fonte de planejamento governamental para políticas de saúde no país de combate à violência, apresentou uma subnotificação maior que os registros policiais. Este achado leva a compreensão que políticas de saúde baseadas unicamente em dados do sistema VIVA estarão fadadas a uma baixa efetividade.

Quanto à distribuição da discrepância entre os sistema de informações da violência sexual, os estudos apontaram que a região Sul apresentou uma maior taxa de discrepância entre VIVA e sistema policial enquanto o Sudeste apontou uma menor taxa de discrepância. Assim,

parece que na região Sudeste as estatísticas de violência sexual são mais fidedignas, considerando que ambos os sistemas de captação de dados são mais aproximados. Por outro lado, a captação da violência sexual pelo VIVA na região Sul ainda é muito baixa em relação ao sistema policial. Em outra concepção, a região Nordeste apresentou a menor taxa de registro de violência sexual entre as regiões, apesar de ser aquela com maior cobertura da atenção básica, principal fonte de notificação do VIVA. Neste sentido, ainda falta compreender: Há baixo índice de violência sexual nesta região tão caracterizada pelo machismo ou há de fato uma grande subnotificação nesta região? Por outro lado, notou-se que em alguns municípios, especialmente das regiões Norte e Centro-Oeste há uma inversão quanto a dissonância dos registros de violência no sistema de saúde e policial, ou seja, houve maior notificação de violência sexual no VIVA que no sistema policial. Este resultado revela que apesar do sistema VIVA, no geral, ser subnotificado, em contextos onde a população não se sente à vontade para a denúncia dos crimes sexuais ou considera não ser importante este tipo de denúncia, o sistema VIVA é muito importante. Assim, conclui-se que quando analisados conjuntamente, os dois sistemas de informações de violência sexual nos permitem uma complementariedade de informações sobre a violência sexual no país.

As análises de discrepância por porte populacional revelaram que em municípios brasileiros com população de até 100 mil habitantes, a discrepância entre os sistemas VIVA e policial é maior. Em outras palavras, nos municípios menores o número de casos de violência sexual que deixam de ser notificados pelo sistema VIVA é maior. Por outro lado, grande parte dos municípios brasileiros com população maior que 100 mil habitantes, o sistema VIVA captou maior número de casos que o sistema policial. Assim, conclui-se que no Brasil, um esforço maior de investimentos – financeiro, recursos humanos, capacitações – nos serviços de saúde dos municípios menores poderia melhorar a captação de dados pelo sistema.

Por fim, também observamos que assim como a violência sexual, os registros de violência sexual, em ambos os sistemas de informações estudados, estão associados às condições de vida da população brasileira. Renda, concentração de renda e nível de escolaridade estiveram associados à discrepância no registro de violência sexual entre os principais sistemas de informações do agravo pesquisado. Contudo, estas características contextuais associaram-se de forma diferente a depender do porte populacional dos municípios e conseqüentemente de suas condições socioeconômicas. Enquanto nos municípios brasileiros de grande porte populacional a distribuição de renda foi útil para explicar a discrepância de registros entre o VIVA e o sistema policial, naqueles de pequeno porte o nível de escolaridade foi a característica

contextual mais útil na explicação da variação desta discrepância. Nesta perspectiva, entende-se que para melhoria das estatísticas nacionais da violência sexual, nos diferentes sistemas de informações, as abordagens em diferentes contextos, no Brasil, poderia ser diferenciada.

Diante de todo o exposto, concluímos que a equidade de gênero em nosso país é uma questão de saúde pública, considerando que a iniquidade de gênero tem gerado a vitimização de inúmeras brasileiras por agressões sexuais, assim como de formas marginalizadas de ser homem, como homossexuais, prostitutas e crianças. Nesta perspectiva, o Estado tem um papel fundamental, pois ele é responsável pela violência estrutural que embasa estas iniquidades de gênero e gera a violência sexual. Ademais, neste estudo ficou clara a importância dos fatores individuais *idade, sexo e grau de escolaridade*, assim como se destacaram os fatores contextuais *rendimento e sua distribuição, educação e desenvolvimento social*, sendo este último uma medida-síntese que englobaria os outros dois. Tais fatores teriam um efeito aditivo para o combate da violência sexual no Brasil, tanto na redução dos casos quanto na melhoria das estatísticas nacionais. Como relatam Soares, Miranda e Borges (2006) em uma sociedade complexa, raramente a responsabilidade sobre um agravo é unicamente individual. Assim, com a revelação destes fatores chegar-se à primeira grande conclusão de que grande parte da violência sexual, ocorrida no Brasil, pode ser evitada de forma efetiva se intervirmos nestes fatores e que suas consequências a longo prazo podem ser mitigadas.

Adicionalmente percebeu-se que o Sistema VIVA foi um importante primeiro passo no conhecimento das estatísticas de violência sexual no Brasil. No entanto, ele precisa ser incrementado, aumentando sua sensibilidade aos casos de agressões sexuais especialmente em contextos – municípios e unidades federativas brasileiras – com condições socioeconômicas adversas para que possa apresentar estatísticas mais próximas da real prevalência/incidência da violência sexual no Brasil. Há a necessidade de melhoria ao acesso aos serviços de saúde, especialmente nas populações brasileiras vivendo em piores condições de vida, para que possamos melhorar a caracterização da problemática da violência sexual. Complementarmente, notou-se que atualmente, para construção de políticas de saúde de prevenção e combate à violência sexual no Brasil com base unicamente nas informações do VIVA podem estar fadadas ao insucesso. Neste sentido, é necessário a busca de informações intersetoriais, como as informações do sistema policial, para melhor embasamento de políticas de saúde mais assertivas.

Assim, acreditamos que fechamos um ciclo de estudos da violência sexual no Brasil com um panorama dos últimos anos, indo desde fatores individuais a fatores contextuais

associados em diferentes níveis de agregados, passando pela interferência das desigualdades sociais neste agravo e finalizando com a avaliação da discrepância entre os principais sistemas de informações sobre o agravo no país. Neste sentido, acreditamos ter trazido contribuições importantes para o aperfeiçoamento de políticas e programas intersetoriais de prevenção e combate da violência sexual no país, contribuindo não somente para a redução da carga do sofrimento que este agravo acarreta à população como também para a redução dos custos humanos, econômicos e de saúde pública dessa violência a longo prazo.

Com sabemos, nenhum estudo parte do zero. Sempre existe um patrimônio herdado de outras pesquisas, de outros pensadores, de outras pessoas comuns. Neste estudo herdamos um grande conhecimento de fatores associados a violência sexual em países desenvolvidos e tentamos dispor desse conhecimento para elucidar a problemática da violência sexual em nosso país, sabidamente subdesenvolvido e entremeado por iniquidades. Logo, desejamos que nossa pesquisa também seja um fio condutor para outros estudos, considerando que durante o nosso percurso de estudo deixamos algumas pistas ainda a serem desvendadas quanto à questão da violência sexual no Brasil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBEY, A.; ZAWACKI, T.; BUCK, P. O.; CLINTON, A. M.; MCAUSLAN, P. Sexual assault and alcohol consumption: what do we know about their relationship and what types of research are still needed? **Aggression and Violent Behavior**, v.9, n.3, p.271–303, 2004.
- ACKERSON, L. K.; KAWACHI, I.; BARBEAU, E. M.; SUBRAMANIAM, S. V. EFFECTS of individual and proximate educational contexto on intimate partner violence: A population-based study of women in India. **American Journal of Public Health**, v.98, n.3, p.507–514, 2008.
- AHMED, S.; KOENIG, M. A.; STEPHENSON, R. Effects of domestic violence on perinatal and early-childhood mortality: evidence from north India. **American Journal of Public Health**, v.96, n.8, p.1423–1428, 2006.
- ALI, P. A.; BUSTAMANTE-GAVINO, M. I. Violence against women in Pakistan: a framework for Analysis. **Journal Pakistan Medical Association**, v.58, n.4, p.198–203, 2008.
- ANDREWS, G.; CORRY, J.; SLADE, T.; ISSAKIDIS, C.; SWANSTON, H. Child sexual abuse. In: EZZATI, M. et al. (Orgs). **Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Volume 2**. Geneva: WHO, 2004. p.1851-1940.
- ARMSTRONG, A. **Culture and choice: lessons from survivors of gender violence in Zimbabwe**. Harare: Violence Against Women in Zimbabwe Research Project, 1998.
- ASLING-MONEMI, K.; TABASSUM, N. R.; PERSSON, L. A. Violence against women and the risk of under-five mortality: analysis of community-based data from rural Bangladesh. **Acta Paediatrica**, v.97, p.226–232, 2008.
- ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/o\\_atlas\\_/](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/o_atlas_/)>. Acesso em: 28 junho 2018.
- BOY, A.; KULCZYCKI, A. What we know about intimate partner violence in the Middle East and North Africa. **Violence Against Women**, v.14, n.1, p.53–70, 2008.
- BOYLE, M. H.; GEORGIADES, K.; CULLEN, J.; RACINE, Y. Community influences on intimate partner violence in India: women’s education, attitudes towards mistreatment and standards of living. **Social Science and Medicine**, v.69, n.5, p.691–697, 2009.
- BRANCO, V. M. C. Notificação dos maus tratos: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v.3, n.1, p.0, 2002.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 dezembro 1940.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.388, de 25 de setembro de 2002. Promulga o Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 setembro 2002.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 junho 2004.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.053, de 11 de outubro de 2007. Institui a Comissão Intersetorial de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 outubro 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 março 2013a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8.086, de 30 de agosto de 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 agosto 2013b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 agosto 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 julho 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.224, de 15 de maio de 2001. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 maio 2001.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 novembro 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 outubro 2003.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.886, de 17 de junho de 2004. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica". **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 junho 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.106, de 25 de março de 2005. Altera os arts. 148, 215, 216, 226, 227, 231 e acrescenta o art. 231-A ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 março 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 agosto 2006.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 agosto 2009.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.650, de 17 de maio de 2012. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 agosto 2013c.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.025, de 3 de setembro de 2014. Altera o art. 1º da Lei nº 10.714, de 13 de agosto de 2003, que autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 setembro 2014.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.344, de 6 de outubro de 2016. Dispõe sobre prevenção e repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas e sobre medidas de atenção às vítimas; altera a Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980, o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal); e revoga dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 outubro 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941

(Lei das Contravenções Penais). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 setembro 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a proposta da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 18 maio 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 outubro 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 maio 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 novembro 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 junho 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.230, de 21 de dezembro de 2007. Autoriza repasse financeiro do fundo nacional de saúde aos fundos municipais de saúde e do distrito federal visando a implantação e/ou à implementação da vigilância e prevenção de violências e acidentes, promoção da saúde e cultura de paz. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dezembro 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abril 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos

serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 09 junho 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Programa Mulher, Viver sem Violência. Diretrizes gerais e Protocolos de atendimento**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013d.

BROWN, D. W.; RILEY, L.; BUTCHART, A.; MEDDINGS D. R.; KANNB, L.; HARVEY, A. P. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviours in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. **Bulletin of the World Health Organization**, v.87, n.6, p.447–455, 2009.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v.359, p.331–1336, 2002.

CAMPBELL, J. C.; BATY, M. L.; GHANDOUR, R. M.; STOCKMAN, J. K.; FRANCISCO, L.; WAGMAN J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/Aids: a review. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v.15, p.221–231, 2008.

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

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO, D.; ALVES, P. P.; PINEHIRO, M.; ASTOLFI, R.; MARQUES, D. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: Ipea e FBSP, 2018.

CHAN, K. L. Sexual violence against women and children in Chinese societies. **Trauma Violence & Abuse**, v.10, n.1, p.69–85, 2009.

CIETafrica (2002). Sexual violence and HIV/Aids: executive report on the 2002 survey. Disponível em: <[www.ciet.org/en/documents/projects\\_library\\_docs/2006316174822.pdf](http://www.ciet.org/en/documents/projects_library_docs/2006316174822.pdf)>. Acesso em: 20 junho 2018.

COKER, A. L.; SMITH, P. H.; BETHEA, L.; KING, M. R.; MCKEOWN, R. E. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. **Archives of Family Medicine**, v.9, p.451–457, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 309, de 08 de março de 2001. Homologada nos termos do Decreto de Delegação de Competência em 12 de novembro de 1991.

CONTE, J. Portal Draúzio Varela. Mulher – Aborto legal (2017). Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/mulher-2/aborto-legal/>>. Acesso em: 28 junho 2018.

DALAL, K.; RAHMAN, F.; JANSSON, B. Wife abuse in rural Bangladesh. **Journal of Biosocial Science**, v.41, n.5, p.561–573, 2009.

DATASUS. CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastrados-nacionais/cnes>>. Acesso em: 28 junho 2018.

DIAS, K. O Brasil em sua conjuntura política atual (2018). Disponível em: <<http://biblioo.info/o-brasil-em-sua-conjuntura-politica-atual/>> Acesso em: 10 fevereiro 2019.

DUNKLE, K. L.; JEWKES, R. K.; BROWN, H. C.; GRAY, G. E.; MCINTRYRE, J. A.; HARLOW, S. D. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. **The Lancet**, v.363, p.1415– 1421, 2004.

ELLSBERG, M.; CALDERA, T.; HERRERA, A.; WINKVIST, A.; KULLGREN, G. Domestic violence and emotional distress: results from a population based study. **American Psychologist**, v.54, p.30–36, 1999.

FACURI C. O.; FERNANDES, A. M. S.; OLIVEIRA, K. D.; ANDRADE, T. S.; AZEVEDO, R. C. S. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.5, p.889-898, 2013.

FINKELHOR, D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. **The Future of Children**, v.4, p.31–53, 1994a.

FINKELHOR, D. The international epidemiology of child sexual abuse. **Child Abuse & Neglect**, v.18, p.409–417, 1994b.

FLAKE, D. F. Individual, family, and community risk markers for domestic violence in Peru. **Violence Against Women**, v.11, n.3, p.353–373, 2005.

FLEMING, J.; MULLEN, P. E.; SIBTHORPE, B.; BAMMER, G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. **Child Abuse & Neglect**, v.23, p.145–159, 1999.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2015**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015.

GAGE, A. J. Women's experience of intimate partner violence in Haiti. **Social Science and Medicine**, v.61, n.2, p.343–364, 2005.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS C. **WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva: WHO, 2005.

GONZALEZ MONTES, S. Domestic violence in Cuetzalan, Mexico: some research questions and results. In: **Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, D.C., 9–11 January 1998**. Takoma Park: Center for Health and Gender Equity, 1998. p. 36–41.

GUTIERRES, S. E.; VAN PUymbROECK, C. Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. **Aggression and Violent Behavior**, v.11, n.5, p.497–513, 2006.

HSIAO, C. **Analysis of panel data**. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

HAKIMI, M.; HAYATI, E. N.; MARLINAWATI, V. U.; WINKVIST, A.; ELLSBERG, M. C. **Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in central Java**. Yogyakarta: Gadjah Mada University, 2001.

HOLT, S.; BUCKLEY, H.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people. **Child Abuse & Neglect**, v.32, p.797–810, 2008.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=conceitos-e-metodos>>. Acesso em: 28 junho 2018.

IBGE. Censo demográfico. O que é? Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e>> Acesso em: 25 agosto 2018.

JEWKES, R.; DUNKLE, K.; KOSS, M. P.; LEVIN, J. B.; NDUNA, M.; JAMA, N.; SIKWEIYA, Y. Rape perpetration by young, rural South African men: prevalence, patterns and risk factors. **Social Science and Medicine**, v.63, n.11, p.2949–2961, 2006.

JEWKES, R.; MORRELL, R. Gender and sexuality: emerging perspectives from the heterosexual epidemic in South Africa and implications for HIV risk and prevention. **Journal of the International Aids Society**, v.13, p.6, 2010.

JEWKES, R.; VUNDULE, C.; MAFORAH, F.; JORDAAN, E. Relationship dynamics and teenage pregnancy in South Africa. **Social Science and Medicine**, v.5, p.733–744, 2001.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, v.359, p.1423–1429, 2002.

JEYASEELAN, L.; SADOWSKI, L. S.; KUMAR, S.; HASSAN, F.; RAMIRO, L.; VIZCARRA, B. World studies of abuse in the family environment – risk factors for physical intimate partner violence. **International Journal of Injury Control and Safety Promotion**, v.11, n.2, p.117–124, 2004.

JOHNSON, K. B.; DAS, M. B. Spousal violence in Bangladesh as reported by men: prevalence and risk factors. **Journal of Interpersonal Violence**, v.24, n.6, p.977–995, 2009.

KOENIG, M. A.; STEPHENSON, R.; AHMED, S.; JEJEEBHOY, S. J.; CAMPBELL, J. Individual and contextual determinants of domestic violence in north India. **American Journal of Public Health**, v.96, n.1, p.132–138, 2006.

LIMA, A.; AMBRÓSIO, A.; SANTOS, L.; MARTINS, R. Violência jurídica. **Revista Jurídica da Faminas**, v.8, n.1, 2012.

LIMA, J. S. **Notificação da violência como fator de proteção social d crianças e adolescentes**. Curitiba: Appris, 2018.

LUIZ, R. G.; COSTA, A. J. L., NADANOVSKY, P. **Epidemiologia e Bioestatística em Odontologia**. São Paulo: Atheneu, 2008.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L; J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais de Equipe Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.481-491, 2010.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.563-572, 2016.

MAMAN, S.; CAMPBELL, J.; SWEAT, M. D.; GIELEN, A. C. The intersection of HIV and violence: directions for future research and interventions. **Social Science and Medicine**, v.50, n.4, p.459–478, 2000.

MANGIOLOI, R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. **Clinical Psychology Review**, v.29, n.7, p.647–657, 2009.

MARSHALL, A. D.; PANUZIO, J.; TAFT, C. T. Intimate partner violence among military veterans and active duty service men. **Clinical Psychology Review**, v.25, n.7, p.862–876, 2005.

MARTIN, E. K.; TAFT, C. T.; RESICK, P. A. A review of marital rape. **Aggression and Violent Behavior**, v.12, n.3, p.329–347, 2007.

MCDONALD, M. **Gender, drink and drugs**. Oxford: Berg Publishers, 1994.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 23 junho 2018.

MICHAU, L. Community-based research for social change in Mwanza, Tanzania. In: **Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women, Washington, D.C., 9–11 January 1998**. Takoma Park: Center for Health and Gender Equity, 1998. p. 4–9.

MINAYO, M. C. S. Violence: a new old challenge for health care. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.29, n.1, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota técnica. Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **VIVA. Instrutivo. Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Histórico de institucionalização do SIOPS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops/historico-de-institucionalizacao-do-siops>>. Acesso em: 28 junho 2018.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Censo SUAS (2015). Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/gestao-do-suas/vigilancia-socioassistencial/censo-suas>>. Acesso em: 28 junho 2018.

MISSE, M. Violência e teoria social. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v.9, n.1, p.45-63, 2016.

MODEMA, M. R. Conceitos e formas de violência (2016). Disponível em: <[https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas\\_2.pdf](https://www.ucs.br/site/midia/arquivos/ebook-conceitos-formas_2.pdf)>. Acesso em: 23 junho 2018.

MORENO-BETANCUR, M.; LATOUCHE, A.; MENVIELLE, G.; KUNST, A. E.; REY G. Relative index of inequality and slope index of inequality: A structured regression framework for estimation. **Epidemiology**, v.26, n.4, p.518-527, 2015.

OLSSON, A.; ELLSBERG, M.; BERGLUND, S.; HERRERA, A.; ZELAYA, E.; PEÑA, R.; ZELAYA, F.; PERSSON, L. A. Sexual abuse during childhood and adolescence among Nicaraguan men and women: a population-based survey. **Child Abuse & Neglect**, v.24, p.1579–1589, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**. Geneva: OMS, 2012.

ORGANIZACION PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Violencia y Salud. Resolución n. XIX**. Washington: OPAS, 1994.

\_\_\_\_\_. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Washington: OPAS, 2003.

PARK, H. M. **Practical Guides to Panel Data Modeling: A step by step analysis using Stata.** Niigata: International University of Japan, 2011.

PEQUENO, M. Violência e Direitos Humanos. **Rev. Filos.**, v.28, n.43, p.135-146, 2016.

PHILPART, M.; GOSHU, M.; GELAYE, B.; WILLIAMS, M. A.; BERHANE, Y. Prevalence and risk factors of gender-based violence committed by male college students in Awassa, Ethiopia. **Violence and Victims**, v.24, n.1, p.122–136, 2009.

PLICHTA, S. B.; FALIK, M. Prevalence of violence and its implications for women's health. **Women's Health Issues**, v.11, p.244–258, 2001.

PORTAL BRASILEIRO DE DADOS ABERTOS. Ocorrências Criminais - Sistema Sinesp. 2019. Disponível em: < <http://dados.gov.br/dataset/sistema-nacional-de-estatisticas-de-seguranca-publica>> Acesso em: 02 janeiro 2019.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; LAROS, J. A. Multilevel analysis: contributions to studies investigating the effects of social context on individual behavior. **Estudos de Psicologia**, v.26, n.3, p.349-361, 2009.

REZA, A.; BREIDING, M. J.; GULAIID, J.; MERCY, J. A.; BLANTON, C.; MTHETHWA, Z.; BAMRAH, S.; DAHLBERG, L. L.; ANDERSON, M. Sexual violence and its health consequences for female children in Swaziland: a cluster survey study. **Lancet**, v.373, n.9679, p.1966–72, 2009.

RUSSO, N. F.; PIRLOTT, A. Gender-based violence: concepts, methods, and findings. **Annals of the New York Academy of Science**, v.1087, p.178–205, 2006.

SALIBA, O., et al. A responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.3, p.472-477, 2007.

SCHINKEL, W. **Aspects of violence: A critical theory.** Kent: Palgrave Macmillan, 2010.

SCHRAIBER, L. B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. **Saúde Soc.**, v.23, n.3, p.727-732, 2014.

SCHWARTZ, J. P.; HAGE, S. M.; BUSH, I.; BURNS, L. K. Unhealthy parenting and potential mediators as contributing factors to future intimate violence: a review of the literature. **Trauma Violence & Abuse**, v.7, n.3, p.206–221, 2006.

SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D.; BORGES, D. **Vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

SILVA, J. F. O princípio da proporcionalidade, o conceito de ato libidinoso no crime de estupro e a criação de um tipo penal intermediário (2016). Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/49529/o-principio-da-proporcionalidade-o-conceito-de-ato-libidinoso-no-crime-de-estupro-e-a-criacao-de-um-tipo-penal-intermediario>>. Acesso em: 22 janeiro 2019.

SILVERMAN, J. G.; RAJ, A.; CLEMENTS, K. Dating violence and associated sexual risk and pregnancy among adolescent girls in the United States. **Pediatrics**, v.114, n.2, p.e220– e225, 2004.

SLAP, G. B.; LOT, L.; HUANG, B.; DANİYAM, C. A.; ZINK, T. M.; SUCCOP, P. A. Sexual behaviour of adolescents in Nigeria: cross sectional survey of secondary school students. **British Medical Journal**, v.326, n.7379, p.15, 2003.

SOARES, L. E.; PIQUET CARNEIRO, L. Os quatro nomes de violência: um estudo sobre éticas populares e cultura política. In: SOARES, L. E. (Org.). **Violência e Política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-Iser, 1997.

SÖCHTING, I.; FAIRBROTHER, N.; KOCH, W. J. Sexual assault of women: Prevention efforts and risk factors. **Violence Against Women**, v.10, n.1, p.73–93, 2004.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Rio de Janeiro: IPAS Brasil, 2005.

TANG, C. S.; LAI, B. P. A review of empirical literature on the prevalence and risk markers of male-on-female intimate partner violence in contemporary China, 1987– 2006. **Aggression and Violent Behavior**, v.13, n.1, p.10–28, 2008.

TESTA, M. The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future research. **Journal of Interpersonal Violence**, v.19, n.12, p.1494–1505, 2004.

TJADEN, P.; THOENNES, N. **Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey**. Washington: National Institute of Justice, 2000.

VELOSO, M. M. X.; MAGALHÃES, C. M. C.; DELL'AGLIO, D. D.; CABRAL, I. R.; GOMES, M. M. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1263-1272, 2013

VOS, T.; ASTBURY, J.; PIERS, L. S.; MAGNUS, A.; HEENAN, M.; STANLEY, L.; WALKER, L.; WEBSTER, K. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. **Bulletin of the World Health Organization**, v.84, n.9, p.739–744, 2006.

VUNG, N. D.; KRANTZ, G. Childhood experiences of interparental violence as a risk factor for intimate partner violence: a population-based study from northern Vietnam. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.63, p.708–714, 2009.

WOOLDRIDGE, F. M. **Econometric analysis of cross section and panel data**. Cambridge: MIT Press, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Emergency contraception: a guide for service delivery: WHO/FRH7FPP798.19**. Geneva, WHO, 1998.

\_\_\_\_\_. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **Addressing violence against women and HIV/Aids: What works?** Geneva, WHO, 2010.

\_\_\_\_\_. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013.

\_\_\_\_\_. **Global Status Report on Violence Prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014.

\_\_\_\_\_. **Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A manual for health managers**. Geneva: WHO, 2017.

ZIMMERMAN, K. **Plates in a basket will rattle: domestic violence in Cambodia. A summary**. Phnom Penh: Project Against Domestic Violence, 1995.