

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO

**VIOLÊNCIA SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS CONTRA
MULHERES E MENINAS: DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO
ESPÍRITO SANTO, BRASIL (2017–2023)**

VITÓRIA
2025

EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO

**VIOLÊNCIA SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS CONTRA
MULHERES E MENINAS: DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO
ESPÍRITO SANTO, BRASIL (2017–2023)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Moldes Viana.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Carmen Moldes Viana

VITÓRIA
2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C974v Cupertino, Edleusa, 1960-
Violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas: : desafios da vigilância epidemiológica no Espírito Santo, Brasil (2017–2023). / Edleusa Cupertino. - 2025. 164 p. : il.

Orientadora: Maria Carmen Viana.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. crime sexual. 2. violência. 3. saúde pública. 4. vigilância epidemiológica. 5. violência contra mulheres. 6. violência de gênero. I. Viana, Maria Carmen. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO

**VIOLÊNCIA SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS CONTRA
MULHERES E MENINAS: DESAFIOS DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO
ESPÍRITO SANTO, BRASIL (2017–2023)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Moldes Viana.

Aprovado em 08 de agosto de 2025.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Maria Carmen Moldes Viana
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora - Membro interno

Prof.^a Dra. Ethel Leonor Noia Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno

Prof.^o Dr. Rafael Bello Corassa
Ministério da Saúde
Membro Externo

Prof.^a Dra. Isabella Vitral Pinto
FIOCRUZ-MG
Suplente Externo

Prof.^o Dr. Fábio Lucio Tavares
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

VITÓRIA

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da/o aluna/o
EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO

Às quatorze horas do dia oito de agosto de dois mil e vinte e cinco, em ambiente híbrido, centralizado no Auditório do Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde e pela Plataforma virtual Google meet (forma híbrida) no PPGSC/UFES, foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação elaborada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, **EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO** matriculada sob número 2022230541, intitulada *"Violência sexual contra mulheres e meninas notificada ao SUS no Espírito Santo, Brasil, de 2017 a 2023"*. Após a abertura da sessão, a a Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Moldes Viana, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os(as) professores(as) doutores(as): Prof.(a) Dr.(a) Rafael Bello Corassa – Ministério da Saúde (membro externo), Prof.(a) Dr.(a) Ethel Leonor Noia Maciel – PPGSC/UFES (membro interno), Prof.(a) Dr.(a) Dr.^a Isabella Vitral Pinto – FIOCRUZ-MG (suplente externo), Prof.(a) Dr.(a) Fábio Lucio Tavares – PPGSC/UFES (suplente interno). Foi dada a palavra ao/à autor/a, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas da/o aluna/o. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu **APROVAR** a mestranda. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

Vitória, 05 de agosto de 2025.

Considerações da banca de defesa:

A mestranda apresentou o seu trabalho com clareza e concisão, dentro do tempo estabelecido, e respondeu adequada e satisfatoriamente à arguição dos membros da banca examinadora, demonstrando amplo conhecimento e domínio sobre o tema estudado. Os objetivos foram plenamente alcançados por meio do método estabelecido e os resultados foram reunidos em um artigo científico, submetido para publicação nos Cadernos de Saúde Pública. A banca examinadora ofereceu sugestões de adequações textuais para a melhoria do manuscrito, que serão incorporadas à versão final. O tema abordado é de grande relevância para a área da saúde coletiva e da saúde da mulher, contribuindo para reduzir as lacunas do conhecimento acerca da epidemiologia e vigilância epidemiológica da violência contra mulheres e meninas na população brasileira.

Membros da Banca Examinadora:

Professora Dr.^a Maria Carmen Moldes Viana – PPGSC/UFES (Presidente e Orientadora)
Professor Dr. Rafael Bello Corassa – Ministério da Saúde (Titular Externo)
Professora Dr.^a Ethel Leonor Noia Maciel – PPGSC/UFES (Titular Interno)
Professora Dr.^a Isabella Vitral Pinto – FIOCRUZ-MG (Suplente Externo)
Professor Dr. Fábio Lucio Tavares – PPGSC/UFES (Suplente Interno)

Discente:

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
MARIA CARMEN MOLDES VIANA - SIAPE 1896407
Departamento de Saúde Coletiva - DSC/CCS
Em 10/08/2025 às 20:54

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1180076?tipoArquivo=O>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por
ETHEL LEONOR NOIA MACIEL - SIAPE 1281358
Departamento de Enfermagem - DE/CCS
Em 13/08/2025 às 08:00

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api-lepisma.prod.uks.ufes.br/arquivos-assinados/1182316?tipoArquivo=O>

Documento assinado digitalmente
gov.br RAFAEL BELLO CORASSA
Data: 13/08/2025 13:28:23-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Documento assinado digitalmente
gov.br EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO
Data: 13/08/2025 14:29:50-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

Dedico esta dissertação à minha mãe, a “mãe de todo o mundo”, que, com suas raízes profundas e força inabalável, enfrentou e enfrenta as adversidades impostas pela cor da sua pele. Esta conquista é tão sua quanto minha! Obrigada, mãe, por ser minha inspiração e luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força e sustentação, que me amparou quando minhas forças se esgotaram. Aos santos e anjos, que, invocados dia e noite, sempre me cuidaram.

À minha família, por me apoiar e compreender, também, neste período desafiador.

A todos que contribuíram por autorizar o concurso estadual de 1988, permitindo meu ingresso no serviço público do Espírito Santo e o concurso da Fiocruz em 2006, e à própria Fiocruz, por me acolher, garantir dignidade e me ceder com ônus próprio para fortalecer o SUS no ES.

Ao município da Serra por me permitir a primeira oportunidade no enfrentamento da violência no setor saúde, em 2004. À todos que contribuíram para minha cessão da Fiocruz para a SESA,

Ao MS, na pessoa de Cheila, Martinha, Otaliba Libânio, Jarbas, Márcio, Débora Malta, Ednilza, Deslandes, Naoko, Carmelita, Camila e muitas outras guerreiras e guerreiros potentes defensores do SUS e pioneiros da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência.

À minha orientadora, Dra. Carmen, uma pessoa impar no acolhimento, na generosidade, na humanidade, por escolher a minha pessoa para ser sua orientanda, pela persistência e paciência ao acompanhar meu crescimento; por visualizar em mim as possibilidades que eu mesma não via e não desistir de mim, quando eu mesma já estava desistindo;

Aos professores do mestrado, pelo conhecimento compartilhado, paciência e incentivo;

À amiga Adriana Vicente, pela presença e carinho constantes.

Aoos colegas do LAVISA, em especial, Franciele Marabotti e Solange Lanna;

Às pessoas em situação de violência, que respeitosa e muito aprendi com suas dores.

E, com especial carinho, à Dra. Marcelle Leal Lemos, que me carregou no colo desde a qualificação até aqui, com cuidado e apoio fundamentais para a realização deste trabalho.

A todos que de alguma forma lapidaram a minha pessoa para que eu pudesse ser aquela que, estando na gestão, conseguiu enxergar e viabilizar alguma forma para cuidar de quem sequer é visto nos atendimentos em saúde.

Deus pague a cada um, em graça e bênçãos.

“O que me preocupa não é o grito dos maus, mas o silêncio dos bons”.

Martin Luther King Jr.

RESUMO

A violência contra mulheres e meninas é uma grave violação dos direitos humanos, refletindo a desigualdade de gênero e impactando a saúde das vítimas. Este estudo teve como **objetivo** identificar, de forma comparativa, os fatores associados à violência sexual em relação a outros tipos de violência interpessoal contra mulheres e meninas, descrevendo singularidades e interseções entre perfis das vítimas, contextos de ocorrência e tendências temporais, incluindo possíveis impactos da pandemia de COVID-19 no Espírito Santo, entre 2017 e 2023. A **metodologia** consistiu em um estudo transversal, utilizando dados secundários de notificações de violências interpessoais, em destaque a violência sexual, contra mulheres e meninas no Espírito Santo. Os dados foram coletados do sistema de informação em saúde (SINAN e e-SUS VS) para 2017 - 2023. O período de análise abrangeu três anos antes e três anos depois do primeiro caso de COVID-19 no estado. Os **resultados** mostraram que, no ES, entre as mulheres e meninas notificadas por violência sexual, 69,9% eram negras, 54,3% menores de 14 anos, 46,3% tinham menos de 9 anos de estudo, e 13,2% apresentavam algum transtorno ou deficiência. Além disso, 56,8% não tinham companheiro, 11,4% estavam gestantes e 2,3% acessaram a interrupção da gravidez legal. A maioria (86,5%) residia em área urbana, 71,1% na Região Metropolitana, e 67,1% dos casos ocorreram na própria residência da vítima, sendo 42,4% casos de repetição. Os agressores eram predominantemente homens (91,8%) maiores de 24 anos (51,8%), com 19,0% suspeitos de terem consumido álcool antes dos eventos. A análise de regressão de Poisson (RP; IC95%; $p < 0,001$) revelou alta razão de prevalência para crianças de até 9 anos (RP=10,84) e adolescentes de 10 a 14 anos (RP=12,30), diminuindo com o aumento da idade (15-19 anos: RP=6,89; 20-29 anos: RP=2,73; 30-59 anos: RP=1,71), reforçando a robustez das associações. **Conclusão:** a violência sexual contra mulheres e meninas, no ES, possui padrões próprios, associados à desigualdade de gênero, à invisibilidade e à maior vulnerabilidade de crianças, adolescentes, gestantes e pessoas com deficiência. Os achados evidenciam a urgência de fortalecer a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com melhor qualificação, recursos humanos, integração e qualidade dos registros, para aprimorar a resposta do SUS/ES à violência sexual.

Palavras-chave: Delito sexual. Violência sexual. Monitoramento epidemiológico. Notificação.

ABSTRACT

Violence against women and girls is a serious human rights violation, reflecting gender inequality and impacting the health of victims. This study aimed to understand sexual violence against women and girls in Espírito Santo by analyzing SUS reports from 2017 to 2023. This study aimed to identify, in a comparative way, the factors associated with sexual violence in relation to other types of interpersonal violence against women and girls, describing singularities and intersections between victim profiles, contexts of occurrence and temporal trends, including possible impacts of the COVID-19 pandemic in Espírito Santo, between 2017 and 2023. The methodology consisted of a serial cross-sectional study using secondary data on reports of sexual violence and other interpersonal violence against women and girls in Espírito Santo. Data were collected from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) for 2017–2019 and from the State Health Surveillance System (e-SUS VS) for 2020–2023. The analysis period covered three years before and three years after the first case of COVID-19 in the state. The results showed that, in Espírito Santo, among the women and girls reported for sexual violence, 69.9% were Black, 54.3% were under 14 years of age, 46.3% had less than 9 years of education, and 13.2% had some disorder or disability. Furthermore, 56.8% had no partner, 11.4% were pregnant, and 2.3% had accessed legal termination of pregnancy. The majority (86.5%) lived in urban areas, 71.1% in the Metropolitan Region, and 67.1% of the cases occurred in the victim's own residence, with 42.4% being repeat cases. The perpetrators were predominantly men (91.8%) over 24 years of age (51.8%), with 19.0% suspected of having consumed alcohol prior to the incident. Poisson regression analysis (PR; 95%CI; $p < 0.001$) revealed a high prevalence ratio for children up to 9 years old (PR=10.84) and adolescents aged 10 to 14 years old (PR=12.30), decreasing with increasing age (15-19 years: PR=6.89; 20-29 years: PR=2.73; 30-59 years: PR=1.71), reinforcing the robustness of the associations. In conclusion, Sexual violence against women and girls in Espírito Santo presents distinct patterns associated with gender inequality, invisibility, and the heightened vulnerability of children, adolescents, pregnant women, and persons with disabilities. The findings highlight the urgent need to strengthen the Violence and Accident Surveillance System (VIVA) through improved training, human resources, integration, and data quality to enhance the response of the SUS/ES to sexual violence.

Keywords: Sexual offense. Epidemiological monitoring. Notification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de esquema de demonstração da atuação dos determinantes sociais na produção das iniquidades em saúde	24
Figura 2 - Modelo ecológico para compreender a violência segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).....	32
Figura 3 - Tipologia e natureza da violência.....	47
Figura 4 - Distribuição dos hospitais, núcleos regionais de especialidades e centro de consultas e exames especializados, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo, 2024.....	70
Figura 5 - Fluxograma de qualificação do banco de dados.....	73
Figura 6 - Frequência absoluta e percentual de variação na frequência absoluta de notificações de violência interpessoal entre mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, 2017 a 2023	78
Figura 7 - Taxas de notificação de violência sexual, segundo regiões de saúde, por 100 mil mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023 e razão entre as taxas de 2017 e 2020	79
Figura 8 - Evolução da frequência absoluta de notificação de violência, Espírito Santo, Brasil, 2017 a 2023	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica e por área de residência dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197) residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023	81
Tabela 2 - Caracterização por ano de notificação e por características da vítima, da agressão e do agressor dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023	83
Tabela 3 - Caracterização da violência sexual e de abortamento legal dentre os casos notificados de violência sexual contra mulheres e meninas (n=8.109). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023	85
Tabela 4 - Razão de prevalências brutas e ajustadas por faixa etária de notificação de violência sexual por faixa etária, segundo características da vítima, da agressão e do agressor contra mulheres e meninas na comparação com outras violências (n=34.197). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023	89
Tabela 5 - Classificação da completude das variáveis das notificações de violência sexual contra mulheres e meninas (n = 8.109). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023 ...	91
Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica e por área de residência dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197) residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023	Erro! Indicador não definido.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida" ou "Acquired Immunodeficiency Syndrome”

APS – Atenção Primária em Saúde CE - Causas Externas

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CEDIMES – Conselho Estadual dos Direitos das Mulheres do Espírito Santo

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CEP – Código de Ética em Pesquisa CFM – Conselho Federal de Medicina

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças

CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde CNPCP - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária COVID-19 - Corona Virus Disease = “doença do coronavírus”.

CT – Conselho Tutelar

DANTs - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, DSS — Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

e-SUS VS - Sistema de Vigilância em Saúde do Espírito Santo FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IC — Índice de Confiança

ICEPi - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação IJSN - Instituto Jones dos Santos Neves

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis MS - Ministério da Saúde

MJ - Ministério da Justiça

NUPREVIS - Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde PEC — Proposta de Emenda Parlamentar

OIT - Organização Internacional do Trabalho OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONU - Mulheres - Organização das Nações Unidas para as Mulheres OPAS -

Organização Pan-Americana da Saúde

PAIR - Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil

PDR - Plano Diretor de Regionalização (da Saúde)

PNAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNRMAV - Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PQAVS – Programa de Qualificação da Atenção em Vigilância em Saúde.

PRONASCI - Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania

REVIVA PAZ - Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

RP — Razão de Prevalência

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAVIVIS – Serviço de Atenção a Vítimas de Violência Sexual

SEASM – Secretaria Extraordinária de Assistência Social e Política para as Mulheres SEDH – Secretaria Estadual dos Direitos Humanos

SEM – Secretaria Estadual das Mulheres

SEPM - Secretaria Extraordinária de Política para as Mulheres SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

SIA/APAC - Sistema de Informações Ambulatoriais – autorização de procedimentos de alta complexidade/custo

SIH/AIH Sistema de Informações Hospitalares – autorização de internação hospitalar SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação

SINESP - Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais, de Rastreabilidade de Armas e Munições, de Material Genético, de Digitais e de Drogas

SUBSPM – Subsecretaria de Política para as Mulheres SUS - Sistema Único de Saúde

SVS/MS - Secretaria de Vigilância em Saúde do MS

TABNET – Sistema de tabulação de dados e informações em saúde/SUS UF - Unidades da Federação

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância VCM - Violência contra Mulheres

VIVA - Sistema de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes

VIVA Inquérito - Pesquisa de Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência

VPI - Violência entre parceiros íntimos VI — Violência Interpessoal

VS – Violência Sexual

APRESENTAÇÃO

A entrada da violência como agravo de saúde pública no Espírito Santo ocorreu em 2004, incentivada por um financiamento federal para o município de R\$40.000,00 (quarenta mil reais), feito pelo Ministério da Saúde (MS). Desde então, minha carreira profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) e a violência se encontraram e nunca mais se separaram. Naquele ano, eu, concursada do Estado/SESA, mas cedida ao município da Serra, e outros dois servidores do SUS, sendo um lotado no município de Cariacica e outro no município de Vila Velha, e juntos iniciaram a política de redução de morbimortalidade por acidentes e violências no Espírito Santo. No ano seguinte, outros municípios e o próprio Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA/ES) se incorporaram ao projeto, atraídos pelos editais do MS.

Em 2024 completamos 20 anos de interação: a violência, o SUS e eu, no ES. Os colegas foram sendo substituídos, outros municípios foram se organizando, eu migrei do município/Estado para a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aprovada em concurso público e fui cedida a SESA/ES, onde permaneci à frente desse agravo por todo esse tempo.

Até 2012, o MS produzia editais de incentivo aos projetos voltados à implantação de núcleos municipais e estaduais de prevenção à violência - NUPREVI; à vigilância de violência (VIVA); ações de práticas esportivas como enfrentamento da violência ou de capacitação dos servidores, entre outros. Nos anos seguintes, os valores dos editais foram incorporados ao pacote de recursos para a vigilância em saúde e, anos à frente, o financiamento do SUS se tornou bloco único, ficando a cargo da gestão local a aplicabilidade dos recursos. Se com recursos definidos já era muito difícil, desde o decreto do bloco único, a luta para executar ações para o enfrentamento da violência pelo setor saúde tem sido impactada pela falta de financiamento, exigindo um perfil profissional quase que de ativista, com militância intensiva para manter o assunto na pauta dos gestores.

Neste período, muitos foram os esforços para implantar a ficha de notificação de violência em todos os municípios, qualificar os dados gerados, firmar parcerias para ampliar o número e a qualidade do banco de notificação e da mortalidade por acidentes e violência, capacitar os servidores para perceber os sinais e sintomas, e tomar atitudes dignas para prevenir a revitimização da pessoa assistida. Concomitantemente, fazia-se necessário organizar minimamente uma rede local de atenção, cuidados e proteção das pessoas em situação de violência em território capixaba, porém, uma vez que a Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) já atuava com o agravo, a assistência em saúde apenas apoiava e não assumiu como ação própria da assistência. Nada foi tão ruim como nos anos de governo federal fascista e antidemocrático entre 2019 e 2022, sobrecarregada pela pandemia de Covid-19, nos anos de 2020 e 2021, quando os estados ficaram sem apoio federal. Mesmo assim, conseguimos aprovar uma lei estadual — Lei do Cuidado —, que ampliou a obrigatoriedade da notificação para outros parceiros da atenção às vítimas de violência, como a educação, e isso aumentou em muito o número de casos notificados. Assim, desde 2011, quando a notificação de violência se tornou compulsória para a saúde, o ES que começou com 833 casos, chegou a 17.921, em 2023, praticamente por esforços próprios dos profissionais que passaram pela VIVA. Ressalta-se que não se trata de aumento da violência, mas da introdução da linha de cuidados em saúde às vítimas de violências, o que incluiu a crescente melhoria da notificação. Com isso, construímos dois fluxos estadual de atenção em saúde a vítima de violência e outro para as lesões autoprovocadas. Os resultados poderiam ter sido muito melhores, com a qualificação da VIVA tanto do ponto de vista de infraestrutura como de capital humano, para que as mudanças de profissionais nas equipes não tivessem impacto deletério nas ações e nas estatísticas, o que perdura até dias atuais.

Este estudo pretende trazer, como pano de fundo, essa parte da história recente do ES, a partir da leitura dos dados notificados da violência sexual contra mulheres e meninas, comparadamente com outras violências interpessoais assistida na rede de proteção e cuidado do ES. A seleção da violência sexual como objeto de estudo foi motivada pela dificuldade de enfrentamento desse tipo de violência, posto que a violência sexual, especialmente contra pessoas do sexo feminino, tem sido histórica e culturalmente tolerada no mundo. Este processo é muito sustentado pelo

capitalismo com conseqüente dificuldade de se identificar a pessoa assistida como vítima e objeto de cuidado, sobretudo nas ocorrências das relações conjugais. Garantir direitos das pessoas em situação de violência sexual esbarra em estigmas ancorados no conservadorismo das divisões sociais entre o masculino e o feminino e que por vezes impede até a produção de um simples panfleto.

Espero que eu tenha conseguido trazer aos leitores a visão de quem esteve desenhando a trajetória POSSÍVEL, desviando dos obstáculos, tal qual água, para que o ES priorizasse os cuidados em saúde às pessoas, sobretudo mulheres e meninas, que apareceram nas notificações como aquelas de maior vulnerabilidade por todo esse tempo.

Desejo boa leitura a vocês.

Edleusa Gomes Ferreira Cupertino

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 CONTEXTO DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO.....	28
1.2 JUSTIFICATIVA	29
2 REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.....	33
2.2 MARCOS LEGAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL	36
2.3 A SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ...	46
2.3.1 Violência: tipologia e natureza	47
2.3.2 Legislações do SUS para a violência contra a mulher	48
2.3.3 Legislações do Espírito Santo para a violência contra a mulher	53
2.3.4 Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências (PNRMAV)	54
2.3.5 Sistemas de informação de violência	57
2.3.6 Vigilância epidemiológica de violências e acidentes (VIVA)	59
2.3.7 A vigilância de violência no Espírito Santo	62
2.4 EPIDEMIOLOGIA: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E MENINAS.	63
2.5 PROBLEMA DA PESQUISA	68
2.6 HIPÓTESE	68
3 OBJETIVOS	69
3.1 OBJETIVO GERAL.....	69
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	69
4 MATERIAIS E MÉTODO	70
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	71
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	71
4.3 QUALIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO BANCO DE DADOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE	72
4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	76
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	77
5 RESULTADOS	78

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA: FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONFORME VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	80
5.1.1 Razões de prevalência	86
5.2 QUALIDADE DOS DADOS OBTIDOS.....	91
6 DISCUSSÃO.....	92
6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES..	107
7 CONCLUSÃO	112
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
8.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E DIFICULDADES NA PREPARAÇÃO DOS BANCOS.....	116
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICE A – ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA SAÚDE PÚBLICA.....	138
ANEXO A.....	163
ANEXO B.....	165
ANEXO C.....	172

1 INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) compreende atos não consensuais como assédio e estupro, perpetrados por conhecidos ou desconhecidos (Amarilis, et al, 2014). Para crianças e adolescentes, a VS é definida pela Lei n. 13.431/2017 (Brasil, 2017) como qualquer conduta que os force a atos libidinosos, exploração ou tráfico sexual. A Lei Maria da Penha - Lei n. 11.340/2006 - estende essa definição para mulheres, incluindo constrangimento sexual, impedimento contraceptivo ou imposição de matrimônio, gravidez, aborto e prostituição (Brasil, 2006). Essencialmente, a VS envolve relações de poder e desigualdade de gênero, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), está associada a problemas de saúde mental, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez indesejada e comportamentos de risco, com consequências deletérias ao longo da vida (OMS, 2013).

A abordagem teórica crítica marxista, dentre múltiplas abordagens, é fundamental para contextualizar a violência dentro da reprodução das desigualdades sociais estruturantes. Embora a violência tenha sido uma constante ao longo da história, seu alcance e impacto atuais exigem uma análise cuidadosa de suas raízes e características dentro de um contexto social influenciado pelo capital, ou seja, a violência encontra abrigo, também, como uma expressão da sociabilidade capitalista, que exacerba disparidades de classe, raça e gênero, impactando diretamente a saúde e a dignidade das populações periféricas (Trugilho, 2020).

Para entender a violência, é crucial perceber o efeito dos determinantes sociais (DSS) na saúde. A OMS os define como todas as condições e ambientes que moldam a vida das pessoas, desde o nascimento até a velhice. Isso engloba as grandes forças e sistemas que influenciam o dia a dia de cada um (OMS, 2008).

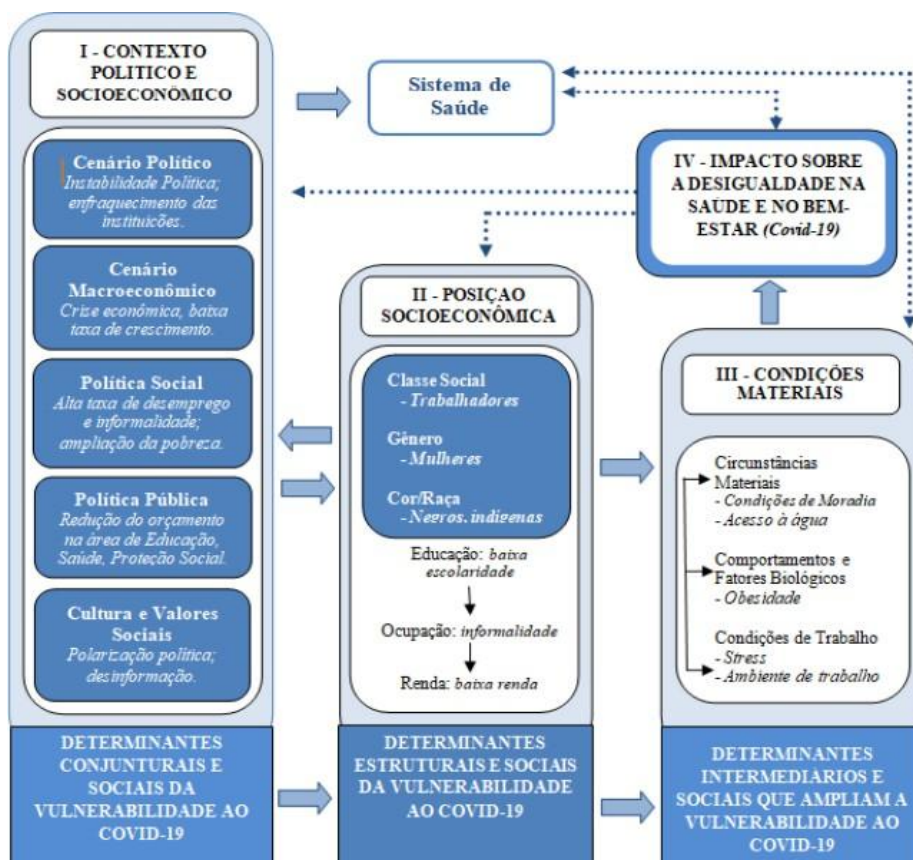
Nessa perspectiva, pautada no modelo proposto por Solar e Irwin (2010), a OMS classifica os DSS em duas categorias: estruturais e intermediários. Os DSS estruturais referem-se ao cenário socioeconômico e político mais amplo, que definem como o poder e os recursos são distribuídos de forma desigual entre diferentes grupos sociais, baseando-se em aspectos como classe social, gênero e etnia/raça. Essas disparidades, por sua vez, geram iniquidades em saúde, que são diferenças injustas e evitáveis, onde grupos menos favorecidos apresentam, sistematicamente, piores

resultados de saúde em comparação aos privilegiados (Whitehead; Burström; Diderichsen, 2000). Já os DSS intermediários são as condições de vida e trabalho que impactam diretamente o cotidiano das pessoas, como emprego, moradia, transporte e bem-estar psicossocial. É crucial entender que essa estrutura da OMS vê os determinantes estruturais como as causas fundamentais que moldam os determinantes intermediários.

Frente aos DSS, Silva (2020), analisando a pandemia de COVID-19, apresentou uma versão de uma releitura do modelo de Solar e Irwin (2010) na interrelação dos DSS que ampliam as desigualdades da saúde, dividindo em três categorias: os determinantes conjunturais, estruturais e intermediários. Essa versão redividiu tanto os elementos que são conjunturais, como o Cenário Macroeconômico, quanto elementos estruturais, as classes sociais, de forma a tornar mais didático e mais fácil de visualizar no esquema a real implicação de cada segmento na produção da vulnerabilidade e desigualdade social. Nesse novo modelo, o Sistema de Saúde é diretamente impactado por fatores conjunturais, indo além dos determinantes intermediários. Essa abordagem busca espelhar como o SUS, no Brasil, lida tanto com os determinantes intermediários quanto com os conjunturais.

Em relação aos determinantes intermediários, o SUS tem um papel crucial ao reduzir os problemas de saúde ligados diretamente às condições materiais das pessoas. Políticas como a Estratégia Saúde da Família (ESF), ilustram bem a importância do SUS em comunidades vulneráveis, de maneira profunda, pois muda o paradigma do atendimento, indo além da doença e focando na prevenção e na vida social das pessoas. Porém, embora o SUS seja garantido pela Constituição Federal, seu funcionamento é afetado por determinantes conjunturais, como as variações políticas e econômicas. Um exemplo disso é a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, que congelou os gastos públicos, criando obstáculos orçamentários para a implementação das políticas de saúde no governo passado. Embora a exposição dos DSS desta proposta tenha foco no COVID 19, a complexidade, permite inferir que é possível entender a violência, também, por este prisma (Figura 1).

Figura 1 - Modelo de esquema de demonstração da atuação dos determinantes sociais na produção das iniquidades em saúde



Fonte: Silva (2020).

No entanto, a vulnerabilidade social não pode ser explicada apenas por esses determinantes conjunturais. Fatores estruturais enraizados na formação histórica e sociológica do Brasil e na dinâmica capitalista do país desempenham um papel central na estratificação social, definindo a posição dos indivíduos na sociedade. Elementos como classe social, gênero e raça/etnia não são escolhas, mas impõem lugares específicos na estrutura social, influenciando diretamente o acesso à educação, ocupação e renda. Esses determinantes estruturais operam como mecanismos que criam divisões e hierarquias sociais, determinando o acesso ao poder e aos recursos (Cardoso, 1979; Fernandes, 1981; Holanda, 1976; Furtado, 1971). Compreender esses mecanismos é crucial para identificar as leis subjacentes que regulam as dinâmicas sociais e econômicas brasileiras, permitindo uma análise mais profunda das desigualdades e suas contradições (Silva, 2020).

A relação entre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a violência é intrínseca e complexa, uma vez que as condições de vida das pessoas influenciam

diretamente sua vulnerabilidade ou resiliência a situações de violência. Os DSS estão também presentes na violência contra as mulheres, enquanto uma das expressões mais extremas e cruéis da desigualdade de gênero, resultante das disparidades de poder, representando um importante problema social e uma grave violação dos direitos humanos, com impacto significativo na saúde e no bem-estar das mulheres (Barafaldi *et al.*, 2017).

Silva (2020) argumenta que, ao defender a diversidade e as diferenças entre as mulheres, especialmente em termos de raça e gênero, a violência contra as mulheres se configura como um aspecto fundamental, tanto em sua face explícita quanto implícita, da estruturação de uma sociedade capitalista, patriarcal, colonial e racista. A autora observa que a violência sexista dentro do lar é uma manifestação significativa das relações patriarcais, caracterizadas pelo poder masculino e o controle sobre os corpos e vidas das mulheres. Essa realidade se torna ainda mais aguda no contexto de isolamento e distanciamento social, onde as mulheres negras, além de serem as principais vítimas de violência e feminicídio, vivem em situações de pobreza e miséria. Nos lares brasileiros chefiados por mulheres negras, os rendimentos financeiros tendem a estar abaixo da linha da pobreza, evidenciando as desigualdades estruturais que as afetam (Silva, 2020).

O machismo que tem sido considerado um dos eixos estruturantes da violência contra a mulher no mundo é, também, elemento importante nas situações de extremismos violentos. Uma pesquisa de *survey* que examinou a extensão em que as identidades e relações sociais de gênero são motivadores do extremismo violento e como estas diferem entre homens e mulheres. na agenda de gênero na Indonésia, Bangladesh e Filipinas evidenciou que atitudes machistas e apoio a comportamentos violentos contra as mulheres são os principais fatores associados ao suporte ao extremismo violento. O estudo afirma que indivíduos que apoiam a violência contra as mulheres têm três vezes mais chances de apoiar o extremismo violento, ou seja, o uso de práticas violentas para alcançar objetivos ideológicos, políticos ou religiosos (Monash, 2020).

A desigualdade social é outro fator estruturante da violência de acordo com o documento do Marco das Nações Unidas, que afirma que em 2022, ano da confecção do referido documento, os dados do Cadastro Único revelaram que 72%

dos domicílios em extrema pobreza eram chefiados por mulheres, e 75% das pessoas cadastradas nessa situação eram negras (pretas e pardas). Em relação ao trabalho, a desigualdade de rendimentos mostrou-se significativamente afetada ao ser analisada por gênero e raça: o rendimento médio de pessoas pretas e pardas equivalia a 60% do rendimento de pessoas brancas, enquanto o rendimento médio das mulheres correspondia a pouco mais de 75% do rendimento dos homens (ONU, 2023).

É válido salientar que os efeitos da pandemia da COVID-19 agravaram dramaticamente o cenário de desestruturação, precarização e aumento das desigualdades (ONU, 2023). Durante a pandemia de COVID-19, em 2020, os registros brasileiros de lesão corporal em decorrência de violência doméstica caíram 7,4%, passando da taxa de 229,7/100 mil mulheres para uma taxa de 212,7/100 mil. Assim,

230.160 indivíduos do sexo feminino denunciaram um episódio de violência doméstica no ano de 2020, o equivalente a 630 denúncias por dia. Neste mesmo período, o país teve 3.913 homicídios de mulheres, com uma estimativa de que 34,5% tenham ocorrido por feminicídio (Bueno; Bohnenberger; Sobral, 2020).

Ao comparar os dados da segurança pública referentes ao período da pandemia (2020, 2021) com o ano de 2023, o Forum Brasileiro de Segurança Pública observou que a violência doméstica aumentou em 9,8%, e os feminicídios em 0,8%. Destes últimos, as mulheres negras corresponderam a 63,6% dos casos, sendo que 64,3% foram a óbitos na própria residência, e 71,1% tinham idade entre 18 e 44 anos. Em relação à violência sexual, o aumento foi de 6,5%, acumulando um total de 91,5% de aumento no período de 2011 a 2023. As vítimas de violência sexual mantiveram o perfil de maioria feminina (88,2%), vulneráveis (menores de 14 anos — 76,0%) e negras (52,2%) (F.B.S.P, 2024).

Outro ponto relevante é o desenvolvimento e o agravamento de doenças nas pessoas que vivenciam situações de violência. Estudos mostram uma relação consistentes da violência entre parceiros íntimos (VPI) e múltiplos problemas de saúde, entre os quais se destacam a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada, aborto induzido, baixo peso ao nascer, nascimentos prematuros, restrição de crescimento

intrauterino, deficiência nutricional, dor abdominal e outros problemas gastrointestinais, distúrbios neurológicos e dor crônica. Verifica-se, ainda, associação com doenças não transmissíveis, como hipertensão, câncer e doenças cardiovasculares, bem como com mortes por homicídio, ocorrência de transtornos mentais, como estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e ideação suicida, e o uso de bebidas alcoólicas, tabaco, cannabis, sedativos não prescritos e analgésicos (Brasil, 2018; WHO, 2014). Para Lima e colaboradores, o controle e enfrentamento da violência, especialmente pela mortalidade prematura, sobrecarga nos serviços de saúde, incapacidade em idade produtiva, aumento dos custos assistenciais, dentre outros, demandam ações estratégicas pelo SUS (Lima, Mascarenhas; Silva, 2020).

Na década de 80, a OPAS classificou todas as formas de violência como um problema de saúde pública com características endêmicas, devido ao elevado número de vítimas e às graves sequelas físicas e emocionais que provocam, além da crescente demanda por serviços de saúde e assistência social para emergência e reabilitação (Dahlberg; Krug, 2006; Minayo, 2006). O reconhecimento refletiu a percepção de que a violência não é apenas uma questão de segurança pública, mas também um problema de saúde pública que exige uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para ser efetivamente combatida (Minayo, *et al.*, 2018).

Por tudo, faz-se oportuno conhecer os fatores relacionados à violência contra a mulher, pois, é imprescindível a realização de intervenções e o desenvolvimento de estratégias intersetoriais que visem a redução da violência, principalmente a partir dos eixos estruturantes, como as desigualdades sociais. Isso tudo deve ser ancorado na integralidade da atenção proporcionada pelos processos de trabalho realizados em rede, uma vez que o enfrentamento da violência está imbricado com o acesso aos cuidados de saúde, ações e políticas públicas voltadas para a prevenção, redução dos fatores de risco e promoção da saúde e da paz. É indispensável que haja entendimento com as áreas de educação, assistência social, justiça, segurança pública, ministério público, poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e à convivência saudável de seus cidadãos (Minayo, 2013).

1.1 CONTEXTO DA VIOLÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

O Espírito Santo (ES) registrou um aumento progressivo dos homicídios, incluindo de mulheres, com uma taxa de crescimento superior ao dobro da média nacional entre 1980 e 2010. A partir de 1988, o ES ingressou no grupo das cinco Unidades da Federação (UFs) mais violentas do país, alcançando a terceira posição entre 1993 e 2012 (Cerqueira *et al.*, 2020). Em 2009, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes registrou o índice de 56,9 (mais do que o dobro da média nacional naquele ano, que foi de 27,2). Este pico de violência coincidiu com a solicitação de intervenção federal no sistema prisional do estado pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP) (Cerqueira *et al.*, 2020).

Em função deste histórico, o Espírito Santo implementou diversas políticas públicas de enfrentamento da violência, cujo conjunto de ações tem demonstrado resultados positivos na redução da morbimortalidade nos períodos recentes. Dentre as ações das várias áreas governamentais, a evolução da estrutura de gestão das políticas para mulheres no Espírito Santo se deu pela criação da Subsecretaria de Estado de Política para Mulheres (SUBPM) em 2015, inicialmente vinculada à Secretaria de Estado de Assistência Social. Em 2016, a SUBPM foi incorporada à Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDH), servindo como núcleo articulador de importantes estruturas, como o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Mulher (CEDIMES). O marco de maior fortalecimento institucional ocorreu em 2023, quando a Subsecretaria foi elevada à categoria de Secretaria Estadual das Mulheres (SEPM), por meio da Lei nº 1038/2023 (Espírito Santo, 2023), consolidando uma nova orientação política e viabilizando a retomada de ações estratégicas como o Pacto Estadual pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres e o Plano Estadual de Políticas para as Mulheres.

No setor da saúde, a implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), vigente no Espírito Santo desde 2004, foi significativamente fortalecida a partir de 2013. Esse reforço inicial na Secretaria de Estado da Saúde (SESA) ocorreu mediante um termo de cooperação técnica estabelecido entre a SESA e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que viabilizou o aporte de um profissional técnico da FIOCRUZ para apoiar o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da violência no estado.

Apesar desse incremento inicial, a estrutura da vigilância epidemiológica de violência e acidentes na coordenação estadual sofreu um enfraquecimento progressivo. Em um curto período, o quadro de servidores da SESA responsáveis pela área se reduziu devido a aposentadorias, resultando na alocação de apenas um servidor para a execução dessas atividades, o que persiste até os dias atuais.

De acordo com a PNRMAV, a atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência, especialmente a violência contra a mulher, exige uma estreita articulação entre a assistência em saúde e a vigilância epidemiológica. Essa necessária transversalidade demanda um esforço complexo de integração intersetorial no âmbito do SUS. Tal integração é crucial, sobretudo, para fortalecer a atenção primária sob a perspectiva da promoção da saúde e prevenção da violência. Adicionalmente, é imperativa a formatação e a padronização do atendimento qualificado às vítimas, conforme diretrizes estabelecidas (Brasil, 2001).

A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica. São necessárias estratégias intersetoriais de enfrentamento específicas (Minayo, 2013).

1.2 JUSTIFICATIVA

A violência sexual tem uma relação direta com a violência entre parceiros íntimos, que se refere a:

[...] qualquer comportamento de um companheiro íntimo ou ex-companheiro no contexto de casamento, coabitação ou qualquer outro tipo de união formal ou informal, que cause danos físicos, sexuais ou psicológicos. Podem incluir atos de agressão física como tapas, socos, chutes e espancamentos; atos de agressão sexual como relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual; violência/abuso psicológico, como intimidação, depreciação constante e humilhante; e outros controles de comportamentos, como isolar a pessoa da família e/ou amigos, monitorar seus movimentos, restringir seu acesso a informações e serviços, e não lhes permitindo trabalhar fora de casa (OMS, 2021).

Minayo corrobora com esse conceito e afirma que a violência sexual é um dos tipos de violência que ocorre por um comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos — incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle, e são perpetradas principalmente por homens contra as mulheres (Minayo, 2013).

Pela definição, a violência sexual, também, está no contexto de violência doméstica, pois a OMS define a violência doméstica e familiar contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006; WHO, 2021).

A violência sexual é uma das formas de manifestação da violência contra a mulher, sobretudo da violência doméstica/familiar, muito pautada na desigualdade de gênero, das relações de poder histórica e culturalmente aceitas, perpetuadas no domínio sobre o corpo das mulheres e meninas em diversas sociedades. Uma vez que se trata de uma grave violação dos direitos humanos, impactando na saúde física, mental e emocional das vítimas, a violência sexual contra mulheres e meninas é de extrema relevância para a saúde coletiva e à sociedade (Brasil, 2018).

Para além dos dados estatísticos, pretende-se, com esse estudo, registrar na história, o trabalho da vigilância epidemiológica de violência, visando a qualificação e a memória do serviço público, extremamente importante para o prosseguimento do cuidado às pessoas em situação de violência, a médio e longo prazo, sobretudo quando da substituição do capital humano envolvido na vigilância. Justifica-se, assim, a relevância deste estudo para as políticas públicas de atenção, cuidado e proteção às mulheres vítimas de violência sexual no estado do Espírito Santo.

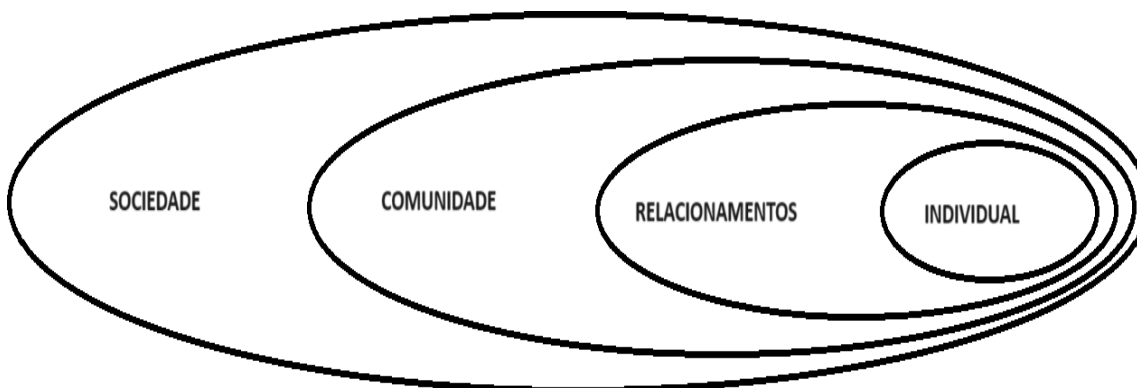
2 REFERENCIAL TEÓRICO

A violência sexual é uma das manifestações das violências (V01-Y98) que junto aos acidentes (V01-X59) constam como causas externas no Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10). Esta nomenclatura acolhe acidentes, lesões autoprovocadas, agressões, eventos cuja intenção é indeterminada, intervenções legais e operações de guerras, complicações de assistência médica e cirúrgica, sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade, e fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade (Datusus, 2025).

A violência possui diversas definições por ser um fenômeno complexo e de múltiplas causas. Para o sociólogo Galtung, que a aborda como estruturação sociológica, a violência estrutural refere-se ao dano evitável das necessidades humanas básicas causado por estruturas e instituições sociais injustas (como sistemas econômicos ou políticos), que impedem a realização plena do potencial humano. É a violência embutida na própria estrutura social, operando de forma desigual e indireta. Já para Minayo (2013), a violência é, essencialmente, uma forma de relação e comunicação. Quando essa interação ocorre por meio de prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança ou inveja, ela tende a causar danos morais, psicológicos e físicos, podendo até mesmo levar à morte.

A violência abrange fatores históricos, filosóficos, sociais, ambientais, culturais, econômicos e políticos, e nenhuma ciência é capaz de explicá-la de forma isolada (Schraiber; D'Oliveira, 1999). Sendo um problema complexo, profundamente enraizado na interação de múltiplos fatores biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos, vários são os fatores que corroboram para a produção da violência. Nesse sentido, um dos marcos fundamentais para entender a violência é o modelo ecológico proposto pela OPAS, que vai além de uma análise individual do ato e incorpora fatores situacionais relacionados ao contexto social das pessoas, os quais podem influenciar o comportamento violento, tanto da vítima quanto do agressor. Esses fatores são classificados em quatro níveis (Figura 2):

Figura 2 - Modelo ecológico para compreender a violência segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)



Fonte: Dahlberg; Krug (2006).

1. Individual: Foca nas características pessoais que podem influenciar o comportamento violento, como histórico de abuso, educação ou problemas psicológicos.

2. Relacional: Considera as relações próximas, como família e amigos, que podem aumentar ou diminuir o risco de ocorrência da violência.

3. Comunitário: Examina os contextos sociais, como escolas, bairros, e locais de trabalho, onde as relações sociais ocorrem, e a violência pode ser incentivada ou desencorajada.

4. Societal: Analisa os fatores amplos, como políticas públicas, normas sociais, e desigualdade, que influenciam o ambiente em que a violência pode ocorrer.

Esse modelo é a estrutura analítica fundamental para a compreensão da determinação da violência sexual (VS), pois rompe com a visão individualizante e a insere em um contexto multifatorial. O modelo sustenta que a VS resulta da interação de fatores de risco e proteção em quatro níveis interligados – Individual, Relacionamento, Comunitário e Societal – e não apenas de um ato isolado. Essa abordagem é crucial para a análise de diferentes subgrupos populacionais (crianças, mulheres adultas e idosas), pois permite mapear como os determinantes sociais de nível Societal (como a desigualdade estrutural de gênero e o ageísmo) interagem com os fatores do Relacionamento (como a dependência e a quebra de confiança do cuidador) para aumentar o risco e a vulnerabilidade à violência nas suas diversas

manifestações. Desta forma, a determinação da VS exige intervenção coordenada em todos os níveis, e não apenas o foco na vítima ou no agressor (OPAS, 2017; OMS, 2021).

A violência, sendo essencialmente um problema social presente ao longo de toda a história e transformações da humanidade, não é tipicamente um problema médico, mas tem um impacto significativo na saúde da população (Minayo, 2013). Também, Trugilho (2020) entende a violência como um fenômeno social de grandes proporções e contornos na realidade contemporânea. A autora aponta que as aglomerações urbanas e a desigualdade social, historicamente consolidadas no Brasil, desempenham um papel crucial no aumento da violência social. Conseqüentemente, diversos segmentos sociais e territórios geoespaciais são impactados, causando efeitos significativos na saúde individual e coletiva (Trugilho, 2020). Ao favorecerem a vulnerabilidade, a impunidade e a reprodução de desigualdades de gênero e poder, tais situações se relacionam com a violência sexual.

2.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES.

A luta contra a violência de gênero e a proteção das mulheres têm recebido cada vez mais atenção nas últimas décadas. O progresso nas políticas públicas para enfrentar esse problema reflete uma evolução significativa nas atitudes sociais, jurídicas e institucionais. Durante a Segunda Guerra Mundial, o movimento feminista sofreu um enfraquecimento considerável na América Latina, Europa e Estados Unidos, mas, no Brasil, o ativismo feminino continuou a se expandir e a se fortalecer (Santos; Vieira; Avalcanti, 2024). Em 1951, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) aprovou a Convenção sobre igualdade de remuneração para homens e mulheres que desempenham funções equivalentes, marcando um avanço crucial na busca pela equidade salarial (Lima, 2018). Esse marco foi seguido pela introdução das pílulas anticoncepcionais em 1960, que teve um impacto transformador ao permitir maior participação das mulheres no mercado de trabalho e a liberdade de decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva, reforçando a ideia de que a emancipação feminina era possível (Santos; Vieira; Avalcanti, 2024).

Durante as décadas de 1960 e 1970, os movimentos feministas brasileiros se

diversificaram, formando grupos sociais que buscavam o reconhecimento dos direitos das mulheres. Eles lutavam pela igualdade de gênero, pelo fim da subordinação feminina, pela libertação dos presos políticos durante a ditadura militar e por mudanças no regime político, reformas legislativas e políticas sociais que melhorassem as condições de vida, além do combate à violência doméstica e sexual (Gregori, 2017). Esses movimentos compartilhavam a luta pelos direitos humanos, civis, políticos e econômicos das mulheres, buscando que a discriminação e a violência fossem reconhecidas como problemas sociais, e não apenas questões privadas. Eles se conectaram internacionalmente com o lema “o privado é político”, trazendo as relações familiares e de poder desiguais para o debate político e pressionando organismos internacionais a construir uma agenda de igualdade e equidade entre os gêneros. Esse movimento internacional levou à elaboração de tratados e convenções para garantir os direitos humanos das mulheres (Durano, 2004).

Um desses tratados ocorreu em 1967, quando as Nações Unidas aprovaram a Declaração sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher, um documento fundamental, que complementou a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e introduziu conceitos de diversidade humana e discriminação de gênero no direito internacional (Nações Unidas, 1979). A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1979, consolidou a luta pela igualdade de gênero com base na Declaração Universal dos Direitos Humanos e buscou a eliminação da discriminação por parte de Estados, indivíduos, empresas ou organizações. Atualmente, 186 estados são partes da convenção, e o Brasil ratificou a CEDAW em 1984 e o protocolo opcional em 2002 (Brasil, 2024). Entre os elementos fundamentais da CEDAW, destacam-se o compromisso dos Estados em adotar medidas legislativas e políticas públicas para promover a equidade, o combate à violência e à exploração sexual, a garantia de acesso à educação, trabalho e saúde em condições de igualdade, e o monitoramento periódico das ações implementadas por meio do Comitê da CEDAW. Assim, o tratado reforça a responsabilidade dos países signatários na transformação das estruturas sociais e culturais que perpetuam a desigualdade e a violência contra as mulheres. Em 1972, a Assembleia Geral da ONU declarou 1975 como o Ano Internacional da Mulher e realizou a primeira

Conferência Mundial da Mulher na Cidade do México (Santos; Vieira; Avalcanti, 2024). O evento no México resultou na adoção do Plano de Ação Mundial, que estabeleceu metas para a promoção da igualdade jurídica, social e econômica, o acesso das mulheres à educação, ao trabalho e à participação política, e o combate à discriminação e à violência de gênero (ONU, 1976).

Além disso, as conferências mundiais sobre as mulheres desempenharam papel central na construção da agenda internacional de igualdade de gênero e enfrentamento da violência contra as mulheres. As reuniões realizadas em Copenhague (1980) e Nairóbi (1985) destacaram a lentidão nos avanços para eliminar a discriminação e a violência de gênero, ressaltando a necessidade de estratégias mais eficazes de inclusão social e participação política das mulheres (ONU, 1980; ONU, 1985). Na década de 1990, a ONU passou a reconhecer explicitamente a violência contra mulheres como uma grave violação dos direitos humanos, recomendando aos Estados a implementação de políticas públicas de prevenção e proteção (ONU, 1992). Durante a Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, os Estados-Membros foram instados a incorporar a perspectiva de gênero em suas políticas de direitos humanos (ONU, 1993a). No mesmo ano, a ONU aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, que serviu de base para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994 (BRASIL, 1996). Em 1995, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, reafirmou a violência de gênero como um grave obstáculo ao desenvolvimento, à justiça e à paz, consolidando a necessidade de políticas integradas de prevenção e enfrentamento da violência contra mulheres e meninas (ONU, 1995).

Desde a década de 1980 o enfrentamento da violência passou a ser incorporado de forma sistemática na legislação. Um marco importante na promoção da saúde e na ampliação do conceito de saúde foi a Carta de Ottawa, de 1986, que estabeleceu diretrizes para a promoção da saúde em nível global, como a paz, abrigo, educação, comida, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade para a prevenção da violência (OMS, 1986). Em 1996, a OMS reconheceu a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública

global, afetando gravemente o bem-estar, a saúde e a integridade física e emocional das mulheres e suas famílias, aumentando os riscos de doenças físicas e transtornos mentais, como depressão e tentativas de suicídio. Além disso, a violência está ligada à perda de direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo para gestações não planejadas e a propagação de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” (ou "Acquired Immunodeficiency Syndrome" em inglês) (AIDS) (OMS, 2012).

2.2 MARCOS LEGAIS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO BRASIL

No contexto brasileiro, como Estado-Membro da ONU e da OEA, o país ratificou os principais tratados e convenções internacionais, comprometendo-se a promover a igualdade de gênero, implementar políticas de enfrentamento da violência e transformar os padrões socioculturais que perpetuam a discriminação. Essa trajetória reflete a importância dos instrumentos internacionais na consolidação das políticas públicas de gênero no Brasil, conforme destacam análises acadêmicas sobre a implementação desses compromissos (Durano, 2004). Também, a Constituição Federal do Brasil, de 1988, marcou um avanço significativo na garantia de direitos sociais, incluindo o direito à saúde como fundamental, conforme o Artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988).

Muito provavelmente devido ao impacto crescente das mortes e traumas causados por fatores externos em todo o mundo, observa-se maior presença da violência nos debates políticos e sociais. Este fenômeno reflete as mudanças no perfil epidemiológico global em que se reconhece a coexistência de doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas e causas externas, incluindo a violência. Diante disso, a transição epidemiológica revela que as causas externas, antes subestimadas, agora figuram como questões centrais na saúde pública (Ribeiro, 2016).

Na década de 1980 a violência contra a criança passou a ter maior visibilidade com as pesquisas dos recém criados: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde — CLAVES, voltado para a pesquisa e a promoção de políticas públicas relacionadas à violência, e o movimento do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), enfatizando a necessidade de proteção e cuidados desde a infância (Minayo, *et al.*, 2018). Todos os eventos, marcos e discussões realizados ao longo da década de 1990 sublinharam a evolução do entendimento global sobre a violência e sua relação com a saúde. Eles também destacaram a importância de um enfoque preventivo que transcendesse a resposta imediata aos incidentes de violência e buscase abordar as causas subjacentes, promovendo assim um ambiente mais seguro e saudável para todos.

Porém, em 2002, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS (Krug *et al.*, 2002), representou um marco significativo no reconhecimento global da violência como um problema de saúde pública. Este relatório detalhou a extensão da violência em suas diversas formas — como a violência interpessoal, a violência autoinfligida e a violência coletiva — e sublinhou a necessidade de uma resposta coordenada para preveni-la e mitigá-la. O relatório destacou o impacto devastador da violência na saúde, na economia e no bem-estar das sociedades, estabelecendo uma base para políticas públicas voltadas para a redução da violência em nível global (Minayo *et al.*, 2018).

Uma inovação no Brasil, um dos poucos países do mundo a ter uma legislação específica para a violência contra a mulher, foi a promulgação da Lei Nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Essa legislação define a violência contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada na desigualdade de gênero que cause danos físico, psicológico ou sexual à mulher, podendo, inclusive, levar à sua morte (Brasil, 2006). Com quase duas décadas de vigência, a Lei Maria da Penha evidencia avanços significativos, como o reconhecimento ampliado da violência doméstica como violação dos direitos humanos, o fortalecimento de medidas protetivas de urgência e a criação de instrumentos legais mais rigorosos para responsabilização dos agressores (IPEA, 2016; STJ, 2021). Contudo, persistem lacunas estruturais que comprometem sua eficácia plena: a institucionalização dos serviços especializados continua irregular entre estados e municípios; há defasagem na capacitação de profissionais da rede (delegacias, justiça, saúde), e a cultura do

silenciamento e da revitimização permanece forte, dificultando denúncias (ONU Mulheres, 2024; IPEA, 2021). Adicionalmente, apesar das inovações legislativas, como o Programa Sinal Vermelho, observa-se que os índices de violência contra a mulher não recuam de modo uniforme, reforçando que a lei exige não apenas adaptações normativas, mas investimentos consistentes em infraestrutura, integração intersetorial, e ações educativas transformadoras que alterem percepções sociais e desigualdades de gênero, raça e classe (ONU Mulheres, 2024; IPEA, 2021).

Como parte da Agenda Social do Governo Federal, foi lançado em agosto de 2007, um acordo federativo entre os governos federal, estaduais e municipais para o planejamento de ações que visassem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVM), por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional (Brasil, 2007). Instituída em 2011 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), a PNEVM consolidou-se como o principal marco orientador das ações do Estado brasileiro no enfrentamento da violência de gênero. Estruturada a partir das diretrizes da Convenção de Belém do Pará e da Lei Maria da Penha, a PNEVM estabelece princípios baseados nos direitos humanos, igualdade de gênero e intersetorialidade, buscando integrar políticas de segurança pública, saúde, assistência social, justiça e educação (Brasil, 2011). Sua implementação, entretanto, tem ocorrido de forma heterogênea entre as unidades federativas, com avanços significativos em regiões onde há maior articulação institucional e recursos destinados à rede de atendimento, mas com fragilidades persistentes em municípios de pequeno porte e áreas rurais, onde os serviços especializados ainda são escassos (ONU Mulheres, 2022; IPEA, 2021).

Passados mais de dez anos desde sua instituição, a PNEVM apresenta avanços, mas ainda enfrenta entraves significativos para sua eficácia plena. A descontinuidade administrativa e a instabilidade orçamentária observadas em diferentes gestões federais e estaduais têm comprometido a sustentabilidade das ações e a consolidação de uma política de Estado contínua e efetiva no enfrentamento à violência contra as mulheres (IPEA, 2021). Além disso, a interiorização dos serviços permanece desigual — municípios pequenos e áreas rurais apresentam menor acesso efetivo a delegacias especializadas, centros de atenção psicossocial e casas-abrigo — o que compromete o alcance territorial da política (Relatório TCU; relatórios da ONU Mulheres). Outro ponto crítico é o monitoramento insuficiente dos impactos

das ações previstas: faltam dados desagregados por raça, renda, região e diversidade que permitam avaliar não só o alcance quantitativo (denúncias, medidas protetivas), mas a qualidade do atendimento e as barreiras enfrentadas pelas mulheres, especialmente negras, indígenas e em situação de vulnerabilidade socioeconômica (Brasil, 2025; ONU Mulheres, 2022). Apesar disso, há reconhecimento de que as medidas protetivas urgentes têm sido usadas com mais frequência e de que a sensibilização da sociedade e dos agentes públicos sobre a gravidade da violência doméstica melhorou, embora ainda esteja longe de alterar profundamente as culturas patriarcais que naturalizam ou minimizam essas violências (Brasil, 2025; ONU Mulheres, 2022).

Ainda em 2007 foi implantado o Programa Nacional de Combate à Violência Contra a Mulher, coordenado pelo Ministério da Justiça (MJ) — uma iniciativa governamental brasileira que visava promover ações integradas para enfrentar e reduzir os índices de violência direcionada às mulheres no país. Esse programa se enquadrou dentro da estrutura da PNEVM, estabelecida pelo governo federal (Brasil, 2007). Também, foi promulgada a Lei Nº 11.530/2007, que instituiu o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), que se destinava à prevenção, controle e repressão da criminalidade, atuando em suas raízes socioculturais, articulando ações de segurança pública e das políticas sociais (Brasil, 2007). O PRONASCI buscava atuar principalmente nas causas da violência, envolvendo diversas esferas do governo e da sociedade civil. Ele focou em ações voltadas para áreas consideradas críticas em termos de segurança pública, especialmente nas regiões metropolitanas e em municípios com altos índices de criminalidade. O PRONASCI foi um marco nas políticas de segurança pública no Brasil, com uma abordagem inovadora que buscou aliar repressão e prevenção, com foco na inclusão social, sobretudo na saúde, como forma de reduzir a violência e o crime no país (Brasil, 2007). Sua implementação, contudo, enfrentou desafios significativos. Estudos apontam que, apesar da proposta inovadora, a execução descentralizada e a falta de continuidade entre gestões comprometeram a eficácia do programa. A desarticulação entre os entes federativos e a escassez de recursos destinados às ações locais foram barreiras críticas para a plena efetividade do PRONASCI (Bertini; Frota, 2018). Além disso, a transição política e a mudança de prioridades governamentais resultaram na descontinuidade de iniciativas bem-

sucedidas, prejudicando a consolidação de uma política pública de segurança integrada e sustentável (Bertini; Frota, 2018).

Além disso, a Lei Nº 12.015, de 2009, foi uma importante legislação brasileira que trouxe alterações ao Código Penal e à Lei de Crimes Hediondos (Lei Nº 8.072/1990), especificamente no que se refere aos crimes sexuais. A lei teve como objetivo modernizar e aprimorar o tratamento jurídico dos crimes de natureza sexual, com foco na proteção das vítimas e na punibilidade dos agressores. Entre outros esta insere na lei a tipificação criminal do Estupro de Vulnerável, ampliando a definição de “vulnerável” para incluir qualquer pessoa que, por idade, deficiência ou outra condição, e isso inclui as pessoas com menos de 14 anos, não tenha capacidade para consentir. A punibilidade do estupro de vulnerável passou a ser mais rígida (Brasil, 2009).

Outra lei que ficou bastante evidente foi a Lei Nº 12.650/2012, representando um avanço significativo no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, ao assegurar o direito de a vítima denunciar o agressor sem limitações temporais decorrentes da prescrição penal durante a infância. A legislação alterou o marco inicial da contagem do prazo prescricional, que passa a contar a partir dos 18 anos da vítima, e estendeu o prazo máximo de prescrição para 20 anos, proporcionando maior possibilidade de responsabilização dos agressores mesmo em casos em que o abuso seja revelado tardiamente (Brasil, 2012).

Essa medida reflete a compreensão de que muitas vítimas só conseguem relatar a violência sexual anos após os fatos, devido a fatores psicológicos e sociais, e reforça a importância de políticas públicas e do aparato judicial para proteger direitos fundamentais e combater a impunidade. Ao ampliar o alcance temporal para denúncias e responsabilização, a lei contribuiu para aumentar a visibilidade da violência sexual, fortalecer a prevenção e a responsabilização penal, e enviar uma mensagem clara de que a sociedade não tolera abusos contra crianças e adolescentes.

Diante do alarmante crescimento da violência letal contra mulheres em contextos de relações íntimas, foi promulgada em 2015, a Lei do Feminicídio (Lei Nº 13.104/2015), Essa lei tipificou o feminicídio como homicídio qualificado e o incluiu

no rol dos crimes hediondos, com penas mais severas, de 12 a 30 anos de reclusão. Essa legislação representa um avanço significativo no enfrentamento da violência contra a mulher, ao reconhecer a motivação de gênero como fator qualificante do homicídio. A implementação da lei tem contribuído para a ampliação da compreensão sobre as causas estruturais da violência, permitindo uma abordagem mais eficaz e sensível às especificidades de gênero. Além disso, a tipificação do feminicídio fortalece a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, ao proporcionar uma resposta mais adequada e especializada por parte dos órgãos de segurança pública e do sistema de justiça.

Embora a lei tenha sido um marco importante, desafios persistem na sua efetiva implementação, como a necessidade de capacitação contínua dos profissionais envolvidos e a ampliação da conscientização social sobre a gravidade do feminicídio. No que tange à violência sexual, a Lei nº 13.104/2015, ao qualificar o feminicídio, contribui indiretamente para o enfrentamento dessa modalidade de violência, uma vez que muitas vítimas de feminicídio são também vítimas de violência sexual, e a tipificação específica permite uma resposta mais contundente e direcionada a essas situações (Brasil, 2015).

A Lei Maria da Penha continua sendo um dos marcos mais importantes, contudo sofreu várias alterações. Uma das alterações foi feita pela Lei Nº 13.772/2018, conhecida como Lei Rose Leonel, que atinge inclusive o código penal. Essa lei visa reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar, para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo contendo nudez, ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. Alteração, também, foi feita pela Lei Nº 13.641/2018, que dispõe sobre o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência, e a Lei Nº 14.310/2022 determinou o registro imediato, pela autoridade judicial, das medidas protetivas de urgência deferidas em favor da mulher em situação de violência doméstica e familiar ou de seus dependentes. A Lei Nº 14.321/2022 definiu e instituiu medidas de prevenção e enfrentamento da violência política contra a mulher, além de produzir medidas de proteção e responsabilização para casos de violência política.

Como forma de incentivar a denúncia, a Lei Nº 14.188/2021 criou o Programa Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica, instituindo a violência psicológica contra

a mulher como crime. O programa Sinal Vermelho permite que mulheres em situação de violência possam pedir ajuda em farmácias e estabelecimentos comerciais com um “X” vermelho desenhado na palma da mão. A implementação do programa tem avançado de forma gradual e desigual entre os estados brasileiros. Embora o programa tenha sido amplamente divulgado e incorporado por diversas instituições públicas e privadas, ainda não existem avaliações de impacto que comprovem sua eficácia na redução da violência doméstica ou no aumento das denúncias.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2024), “a consolidação do programa depende da adesão efetiva de estabelecimentos, da capacitação de profissionais e da integração com a rede de proteção às mulheres”. Os principais entraves identificados incluem a divulgação insuficiente do código, a falta de treinamento padronizado para o acolhimento das vítimas e as limitações estruturais dos serviços especializados. Dessa forma, apesar de seu potencial inovador, o programa ainda carece de monitoramento sistemático e pesquisas avaliativas para mensurar seus resultados concretos (CNJ, 2024).

Ainda, na busca por responsabilização do agressor, a Lei Nº 14.245/2021 altera o código penal e a Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas, e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo. A Lei Nº 14.149/2021 instituiu o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, que é um instrumento padronizado composto por 27 perguntas voltadas à identificação de fatores de risco à mulher em situação de violência doméstica e familiar, permitindo classificar o risco em níveis baixo, médio ou elevado.

Sua aplicação busca subsidiar a atuação da rede de proteção e prevenir casos de feminicídio, fortalecendo a efetividade da Lei Maria da Penha. Embora sua implementação venha avançando em diferentes estados, com iniciativas de integração ao SINESP e à Plataforma Digital do Poder Judiciário, ainda há limitações quanto à capacitação de profissionais, uniformidade na aplicação e ausência de avaliações robustas de impacto, o que restringe a plena eficácia da ferramenta (Brasil, 2021).

Uma lei de caráter mais político refere-se à violência contra a mulher em ano

eleitoral e/ou no cumprimento de mandatos políticos. A Lei da Violência Política contra as mulheres - Lei N°14.192/2021 estabeleceu normas para prevenir, reprimir e combater a violência política contra as mulheres durante as eleições e no exercício de direitos políticos e de funções públicas. Essa norma considera violência política contra as mulheres toda ação, conduta ou omissão com a finalidade de impedir, obstaculizar ou restringir os direitos políticos delas. Também altera o Código Eleitoral para proibir a propaganda partidária que deprecie a condição de mulher ou estimule sua discriminação em razão do sexo feminino ou em relação à sua cor, raça ou etnia.

Embora voltada principalmente ao campo da representação política, a norma insere-se em um marco mais amplo de enfrentamento às diversas formas de violência de gênero, incluindo as violências sexuais, ao reafirmar o dever do Estado de garantir ambientes institucionais livres de discriminação, assédio e intimidação. Ao reconhecer que as violências simbólicas e estruturais — inclusive as de natureza sexual — compõem um contínuo de desigualdade que limita a cidadania das mulheres, a lei contribui para fortalecer políticas intersetoriais de proteção, prevenção e responsabilização, em consonância com a Lei Maria da Penha e com tratados internacionais de direitos humanos ratificados pelo Brasil (Brasil, 2021).

É importante destacar leis com efeito em crimes de caráter cibernéticos ocorridos por meio da internet e que estão ligados à exposição da intimidade das pessoas, sobretudo mulheres, que são divulgadas em rede social sem autorização. Por um crime deste, foi publicada a Lei N° 12.737/2012, nomeada como Lei Carolina Dieckmann por protagonizar uma situação semelhante vivida pela atriz. Assim, toda e qualquer invasão de computadores, tablets, smartphones, conectados ou não à internet, que resultem na obtenção, adulteração ou destruição de dados e informações são consideradas crimes (Brasil, 2012). Ainda neste contexto, a Lei N° 13.642/2018 atribuiu à Polícia Federal a responsabilidade de investigar crimes praticados na rede mundial de computadores, que difunde conteúdo misógino, definidos como aqueles que propagam ódio ou aversão às mulheres (Brasil, 2018).

Outra situação importante é a tipificação como crime da importunação sexual e outros atos, como a divulgação de cenas de estupro e a prática de “vingança pornográfica”, pela Lei N° 13.718/2018. Entre seus conteúdos estão a definição e criminalização da importunação sexual e o agravamento de penas para crimes de

divulgação não consentida de cenas de sexo, nudez ou pornografia. Essa legislação representou avanço significativo, transformando condutas antes pouco tipificadas em crime, fortalecendo a responsabilização penal e incentivando denúncias (Brasil, 2018). Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2022), em 2021 foram registradas 19.209 ocorrências de importunação sexual no país, demonstrando aumento de 17,8 % em relação a 2020.

Outrossim, a Lei Nº 14.132/2021, conhecida como lei do Stalking, torna crime o ato de “perseguir alguém, reiteradamente e por qualquer meio, ameaçando-lhe a integridade física ou psicológica, restringindo-lhe a capacidade de locomoção ou de qualquer forma, invadindo ou perturbando sua esfera de liberdade ou privacidade” (Brasil, 2021). A Lei Nº 13.882/2021 traz segurança enquanto estratégia de proteção da educação dos filhos das mulheres em situação de violência. Essa lei garante prioridade para as mulheres vítimas de violência doméstica matricularem seus filhos e demais dependentes em instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio ou para transferi-los para instituições perto de sua casa. Cabe ao magistrado, inclusive, determinar a matrícula independentemente da existência de vaga.

Na sequência, a Lei 14.899/2024 dispõe sobre a elaboração e a implementação de plano de metas para o enfrentamento integrado da violência doméstica e familiar contra a mulher, da Rede Estadual de Enfrentamento da Violência contra a Mulher e da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; e altera a Lei Nº 13.675, de 11/06/2018, para determinar que o Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública, Prisionais, de Rastreabilidade de Armas e Munições, de Material Genético, de Digitais e de Drogas (Sinesp) armazene dados e informações para auxiliar nas políticas relacionadas com o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2024).

O Brasil mantém uma posição alarmante no cenário mundial em termos de violência contra a mulher, figurando entre os países com as maiores taxas de feminicídio. De acordo com dados da OMS, o país apresenta uma taxa de 4,8 homicídios femininos por 100 mil mulheres, configurando a quinta maior taxa global (OMS, 2021). Esses números são corroborados pelo Atlas da Violência 2025, elaborado pelo IPEA e FBSP, que indica uma média de 10 mulheres assassinadas

por dia no Brasil (IPEA; FBSP, 2025). Tais dados evidenciam a persistência de desigualdades estruturais e a necessidade de políticas públicas intersetoriais mais efetivas para enfrentar a violência de gênero.

Mantendo o Brasil uma posição insustentável no ranking mundial de violência contra a mulher, é inevitável a promulgação de novas legislações, como a Lei Nº 15.123/2025, que aumenta a penalização dos crimes de violência psicológica contra a mulher, produzida por alteração tecnológica da imagem da mulher, bem como a Lei Nº 15.124/2025, que estabelece medidas para prevenir a discriminação contra mulheres em processos de seleção e concessão de bolsas acadêmicas e de pesquisa, proibindo qualquer questionamento relacionado à gestação, parto, nascimento de filho ou adoção, bem como critérios que impliquem penalização por essas condições (BRASIL, 2025).

Ao assegurar igualdade de oportunidades no ambiente científico, a lei contribui indiretamente para o enfrentamento das violências sexuais, uma vez que protege a vítima de retaliações ou exclusão institucional decorrentes de sua vulnerabilidade, garantindo continuidade de suas atividades acadêmicas e resguardando sua privacidade (BRASIL, 2025). Dessa forma, a legislação fortalece a promoção de ambientes livres de discriminação de gênero, elementos essenciais para a proteção e empoderamento das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Contribuem ainda, a Lei Nº 15.125/2025, que altera a Lei Nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), para sujeitar o agressor a monitoração eletrônica durante aplicação de medida protetiva de urgência em casos de violência doméstica e familiar.

Este capítulo não encerra todas as legislações, porém, buscou-se fragmentos importantes em uma linha do tempo, considerando que a violência sexual ocorre dentro da perspectiva de violência contra a mulher. Mais que isso, considerando o papel da vigilância epidemiológica no enfrentamento da violência, espera-se que a equipe tenha propriedade sobre a legislação vigente e de todo o contexto histórico-político-sociocultural da violência, a fim de subsidiar as políticas que regulam a atenção integral às mulheres e meninas em situação de violência.

2.3 A SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

Em um esforço de conceituar a violência de forma global, no Relatório Mundial, em 2002, a OMS define violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug *et al.*, 2002).

Embora a definição da OMS inclua uma gama de consequências, como danos psicológicos, privação e desenvolvimento prejudicado, reconhecendo que a violência pode não causar necessariamente dor ou morte, ela ainda impõe um peso significativo sobre indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Muitas formas de violência contra mulheres, crianças e idosos, por exemplo, podem levar a problemas físicos, psicológicos e sociais que nem sempre se manifestam como ferimentos, incapacidades ou mortes. Essas consequências podem ser imediatas ou surgir ao longo do tempo, perdurando anos após o ato abusivo inicial. Portanto, restringir a definição das consequências da violência apenas a ferimentos ou mortes limita a compreensão completa do impacto da violência sobre indivíduos, comunidades e a sociedade como um todo (Dahlberg; Krug, 2006).

Para Conti (2019), embora sucinta, essa definição é suficiente para descrever a “violência direta”, caracterizada por uma relação clara de sujeito-ação-consequência. O autor discute algumas situações vistas no texto da OMS. Uma dessas situações envolve a intenção por trás do ato violento, que pode estar obscurecida na consciência do agente, que pode não perceber seu uso da força como algo perigoso ou que tenha a intenção de causar danos. Essa questão é abordada no trecho “resultem ou tenham alta probabilidade de resultar”. Já o termo “ameaças” de uso da violência desloca o conceito de violência direta ou materializada para uma forma de comunicar uma violência latente que está por vir. Essa ameaça, seja direta ou pelo medo que provoca, exerce profundas influências sobre o comportamento. Além disso, ao incluir o uso do poder na definição de violência, qualquer relação social em que haja uma assimetria — seja econômica, de conhecimento, de direitos, de autoridade, entre outras — pode ser instrumentalizada para a violência, resultando em algum tipo de dano. Outra questão, é a ênfase nas consequências esperadas. Segundo Conti, a definição da OMS supera barreiras culturais ao focar na

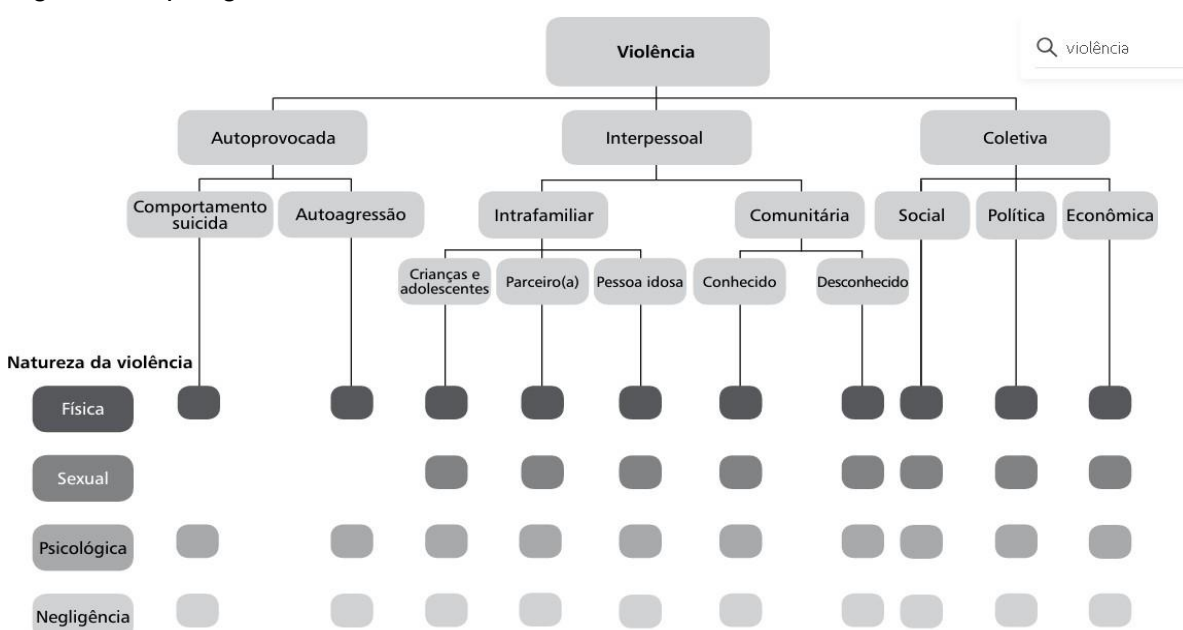
consequência ou na alta probabilidade de causar dano, independentemente de o ato ser considerado violento por determinado grupo, sociedade ou cultura. Da mesma forma, ao enfatizar as consequências, a definição reduz o peso moral na interpretação da violência em relação a ser ou não um crime, já que o critério da OMS para definir violência se baseia exclusivamente no fato de resultar em dano (Conti, 2019).

Esta última leitura de Conti exacerba a ideia de que à saúde não cabe julgar se um ato de violência é crime ou não, e, ainda que seja crime, não se torna impedimento para a oferta de cuidados em saúde, como garantia de direitos incondicionais previstos na constituição federal. No entanto, não exime da equipe da saúde a contribuição para a responsabilização do agressor em um trabalho em rede.

2.3.1 Violência: tipologia e natureza

A OMS entende a violência em três categorias, segundo o autor do ato: a) violência autoinfligida, onde situam-se as tentativas de suicídio e os suicídios consumados; b) violência interpessoal, onde se encontram as violências domésticas/familiares e as comunitárias, entre conhecidos ou não e c) violência coletiva, aquelas de caráter político, social e até econômico. Para a OMS, cada categoria se subdivide em acordo à natureza dos atos violentos, que pode ser: 1) física; 2) sexual; 3) psicológica; 4) relacionada à privação ou ao abandono (Figura 3).

Figura 3 - Tipologia e natureza da violência



Fonte: Krug, *et al*, (2002).

Nesta base, o MS conceituou os tipos e naturezas da violência de interesse como objeto de notificação compulsória, considerando: Todas as naturezas, de todos os tipos de violências contra pessoas do sexo masculino e feminino, em todas as idades, de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar; violência sexual; violência autoprovocada; tráfico de pessoas; trabalho escravo, tortura; violências homofóbicas; trabalho infantil; intervenção legal.

Já para a violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de rotina de notificação, os casos suspeitos ou confirmados cometidos contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT, em função de maior vulnerabilidade destes segmentos da população, exceto homens adultos de 20 a 59 anos, sem vulnerabilidades (população LGBT, indígena ou com transtornos/deficiência) que serão objetos de notificação nos processos do VIVA inquérito de forma amostral a cada triênio, mas não o é na rotina diária (Brasil, 2016).

2.3.2 Legislações do SUS para a violência contra a mulher

A violência se efetivou na saúde pública nacional como uma prioridade do MS, nos anos 2000, especialmente, no que diz respeito à redução de acidentes e violências que são causas significativas de morbimortalidade no país, o que culminou na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) por meio da Portaria 737/2001 (Minayo, *et al.*, 2018). Após a implementação da PNRMAV, todas as políticas de saúde passaram a incluir um capítulo específico sobre violência. A notificação compulsória de violência contra a mulher, em todos os serviços de saúde, públicos e privados, foi amparada na Lei Nº 10.778/2003, bem como, previsto o monitoramento dos casos de violência na PNRMAV, reforçando o compromisso do Estado em combater a violência de gênero e proteger os direitos das mulheres (Minayo, *et al.*, 2018).

Destaca-se que a Portaria MS/GM Nº 936/2004 representou um marco importante na consolidação das políticas de saúde voltadas para a prevenção de violências e promoção da saúde no Brasil. Por meio desta portaria, promulgada como um plano de execução da PNRMAV, foi instituída a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (REVIVA PAZ), cujo principal objetivo foi implantar e implementar Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

(NUPREVI) em níveis estadual e municipal. Esses núcleos tinham e tem a responsabilidade de desenvolver ações integradas que abordassem a violência como um problema de saúde pública, promovendo iniciativas de prevenção e proporcionando apoio às vítimas de violência (Minayo, *et al.*, 2018).

Em 2004, o MS publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que é uma diretriz específica do SUS derivada dos princípios estabelecidos pela lei Nº 8080/1980. A PNAISM abrange: Atendimento à Saúde Reprodutiva, Prevenção e Tratamento de Doenças, Atendimento Integral e considera a saúde da mulher em todas as fases da vida, garantindo acesso aos Serviços de Saúde, seja na atenção básica ou na alta complexidade. Por este documento, adota uma perspectiva de gênero, integrando e promovendo a saúde como princípios fundamentais, e visa consolidar os avanços nos direitos sexuais e reprodutivos. Foca na melhoria da assistência obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no enfrentamento da violência doméstica e sexual. Além disso, inclui a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, com doenças crônicas não transmissíveis e câncer ginecológico. Também amplia as ações para grupos historicamente marginalizados pelas políticas públicas, atendendo suas especificidades e necessidades (Brasil, 2004).

Outro avanço significativo nas políticas públicas sobre violência alcançou a saúde mental por meio da Portaria MS/GM Nº 1.876/2006, que instituiu as diretrizes nacionais para a prevenção ao suicídio no Brasil. Essa portaria reconheceu o suicídio como um grave problema de saúde pública e estabeleceu orientações estratégicas para a sua prevenção em todo o território nacional. As diretrizes incluíram a promoção de campanhas de conscientização, a capacitação de profissionais de saúde para identificar e tratar as pessoas em risco e a criação de serviços de apoio e acompanhamento para indivíduos que já tentaram suicídio, além de seus familiares. Além disso, buscou, principalmente, integrar os esforços entre diferentes níveis de atenção à saúde, visando a detecção precoce de sinais de risco e a oferta de suporte adequado (Brasil, 2006).

Já o ano de 2013 foi muito produtivo para o enfrentamento da violência sexual, gerando um arcabouço normativo robusto às mulheres no Brasil. Tais normativas visavam garantir o atendimento integral e humanizado às pessoas em situação de

violência sexual. Esses documentos estabelecem diretrizes e procedimentos para a prevenção, assistência e tratamento das vítimas, bem como para a notificação e investigação epidemiológica dos casos. A mais abrangente destas legislações é o Decreto-Lei Nº 7.958/2013, que foi elaborado em conjunto pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, com o objetivo de estabelecer normas e procedimentos comuns para um atendimento humanizado em ambas as pastas. Reconhece-se por esta lei o caráter interdisciplinar da atenção à violência sexual, além de produzir normas para a coleta de provas em situações de violência sexual, também pelo SUS. Esta lei visava e visa garantir o adequado tratamento das vítimas, a preservação das evidências necessárias para a investigação e o processamento dos casos, especialmente no que se refere à coleta e preservação de vestígios que são essenciais para a investigação e à justiça. Destinava-se e destina-se, a garantir que profissionais da saúde e segurança estivessem capacitados para realizar a coleta de vestígios de forma eficaz, além de sensíveis às necessidades, com ênfase na proteção dos direitos das vítimas durante todo o atendimento, assegurando que fossem tratadas com dignidade e respeito (Brasil, 2013).

Neste mesmo período, a violência sexual passou a ter caráter de urgência e emergência pela Lei Nº 12.845/2013, que ficou conhecida como a Lei do Minuto Seguinte. A expectativa era de que a pessoa em situação de violência sexual recebesse cuidados em saúde no minuto seguinte do abuso sofrido. Também, por esta legislação, o atendimento médico-hospitalar se tornou obrigatório, de forma integral às pessoas em situação de violência sexual. Estabeleceu-se prioridades quanto à prestação de serviços de emergência, à realização de exames médicos, à coleta de materiais para a realização de exames de Infecções Sexualmente Transmissíveis — DSTs, HIV, hepatites e a profilaxia da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis e outros (Brasil, 2013).

Para atender tais legislações, era necessária uma organização dos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, que foi prevista na Portaria Nº 485/2014, estabelecendo diretrizes específicas para o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no SUS — SAVIVIS. Essa portaria propôs um atendimento especializado, garantindo suporte médico, psicológico e social, além de destacar a importância de um atendimento integral e humanizado, que respeitasse as necessidades físicas e emocionais das vítimas.

Também foram desenvolvidas normas técnicas para atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual e a norma técnica para atenção humanizada ao abortamento, entre outros materiais e aparatos técnicos. Essas medidas visavam padronizar e aprimorar os procedimentos, assegurando que o atendimento fosse realizado de forma eficaz e sensível. Pela mesma portaria previu-se a capacitação contínua dos profissionais de saúde envolvidos, promovendo a integração entre diferentes níveis de atendimento, como saúde, assistência social e segurança, para garantir um suporte completo às vítimas. Além disso, estabeleceu mecanismos de monitoramento e avaliação dos serviços, com o objetivo de melhorar continuamente a qualidade do atendimento e assegurar o cumprimento das diretrizes estabelecidas (Brasil, 2014).

Em 2017, a violência chegou à estrutura da Lei 8080/1990 — Lei orgânica do SUS, quando a Lei Nº 13.427/2017 alterou o artigo 7º da Lei Nº 8.080/1990 para incluir entre os princípios do SUS a “organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral”. Essa alteração reconheceu a necessidade de que o SUS organizasse e oferecesse serviços especializados e adequados para atender as demandas de mulheres em situação de violência. Essa legislação visa garantir um cuidado integral e humanizado, que incluía tanto o atendimento médico quanto o suporte emocional e social necessário para essas vítimas. A inclusão reforçou a importância de um atendimento diferenciado e especializado dentro do sistema de saúde para essas situações, buscando garantir maior proteção e suporte às vítimas de violência doméstica (Brasil, 2017). Para este princípio, a Lei Nº 14.679/2023 incluiu o princípio da proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescente. Na mesma linha do cuidado, a Lei Nº 14.847/2024 altera a Lei Nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS (Brasil, 2024). Também, foi incluído o princípio da atenção humanizada, pela Lei Nº 15.126/2025.

Em consonância à PNAISM e considerando a garantia de direitos reprodutivos da mulher, em 2019, a violência obstétrica foi um dos temas bastante discutidos.

Alguns estados como Santa Catarina já produziram legislação própria sobre a violência obstétrica. A Lei estadual Nº 17.097/2019 define e estabelece diretrizes para o enfrentamento da violência obstétrica naquele estado, abrangendo práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto e outras etapas do atendimento obstétrico. Também, o Distrito Federal produziu a Lei 7.461/2024, que além de definir o termo violência obstétrica como “qualquer ato praticado por profissional de saúde que cause constrangimento, dor, sofrimento físico ou psicológico à mulher no momento do parto ou do pré-natal”, reconhece a recusa de atendimento, a realização de procedimentos desnecessários, o uso excessivo de medicamentos, a não informação sobre os procedimentos realizados, entre outros como forma de materialização e dispõe sobre a implementação de medidas de prevenção e combate à violência obstétrica em hospitais e maternidades públicas e privadas do estado.

Essas leis visam a proteção das mulheres contra práticas abusivas durante o atendimento obstétrico, incluindo partos e outros procedimentos relacionados à gravidez e pós-parto. Elas também incentivam a humanização do atendimento, promovendo o respeito à autonomia e à dignidade da mulher. Embora o Brasil não tenha normativas específicas retratando a violência obstétrica, a discussão apareceu em documentos e normas do MS, como nas diretrizes para a humanização do parto e nascimento. Uma outra forma de ampliar o cuidado às mulheres e meninas ocorreu na promulgação da Lei Nº 14.457/2022. Essa lei cria o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual e, em um de seus artigos, define e trata da violência obstétrica como uma forma de violência contra a mulher (Brasil, 2021).

Uma outra preocupação foi o aumento das lesões autoprovocadas e as tentativas de suicídio, sobretudo entre jovens, que culminou com a produção da Política Nacional de Prevenção ao Suicídio instituída pela Lei Nº 13.819/2019. O objetivo foi prevenir e reduzir os casos de suicídio e suas consequências no Brasil, além de promover ações de prevenção, orientação e apoio às pessoas em risco e fomentar a integração entre diferentes órgãos e entidades para enfrentar o problema (Brasil, 2019). Já no campo da comunicação/notificação interdisciplinar, a Lei Nº 13.931/2019 dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados, determinando a comunicação à autoridade policial, no prazo de 24h, para providências cabíveis e fins estatísticos (Brasil, 2019). Como orientação, o MS

publicou a Portaria GM/MS Nº 078/2021, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS Nº 4/2017, estabelecendo diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais. Essa portaria atende à Lei Nº 10.778/2003, visando fortalecer a rede de proteção às mulheres vítimas de violência, assegurando que os casos fossem tratados com a devida atenção e urgência pelas autoridades competentes.

2.3.3 Legislações do Espírito Santo para a violência contra a mulher

Em relação à comunicação externa, a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo produziu a Portaria 18R, de 3 de fevereiro de 2021, orientando a produção de relatórios sem a identificação da vítima ou dos profissionais (Espírito Santo, 2021). Essa normativa atende à PNRMAV ao reforçar a autonomia da mulher, adulta e consciente, na tomada de decisão de sua própria vida.

Garantindo a participação social na gestão do SUS, o movimento social, por meio do CEDIMES, com assentos para a sociedade civil e governo, produziu dois documentos de gestão de suma importância para a redução da violência contra a mulher capixaba: o PACTO ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES e o PLANO ESTADUAL DE POLÍTICA PARA AS MULHERES (Espírito Santo, 2019).

Em ambos os documentos, são asseguradas metas e ações que, sendo cumpridas pelas várias instâncias governamentais nas esferas estadual e municipais, contribuem para a redução da violência contra a mulher. Para a gestão destes documentos e proposituras de novas estratégias, ocorreu a reivindicação à criação de um espaço para as mulheres na administração, e o ES implantou a Subsecretaria de Estado de Políticas para Mulheres (SUBPM), em 2015, na Secretaria de Direitos Humanos, permanecendo até 2023. Uma das ações da SUBPM foi a implantação de um programa conhecido como NÚCLEOS MARGARIDAS, que, atuando com similaridade às políticas da assistência social, foram instalados serviços regionalizados para contribuir na assistência às mulheres e movimento da rede nos territórios (SEM/ES, 2024). Em 2023, o Governo do Estado criou a Secretaria Estadual das Mulheres (SEM), de forma a possibilitar uma nova orientação para a implementação das políticas para as mulheres (Espírito Santo, 2024).

2.3.4 Política Nacional de Redução da Morbimortalidade de Acidentes e Violências (PNRMAV)

Em resposta a todas as discussões sobre a violência, MS propôs a PNRMAV, estabelecida pela Portaria Nº 737/2001, que tratou a violência como um problema social e histórico. Esta política enfatiza a relevância do tema no contexto dos avanços na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida (Minayo; Lima, 2020). Na implantação da política, inicialmente foi realizado um diagnóstico, combinado com um indicador especial, que permitiu ao MS identificar os municípios com mais de 100 mil habitantes onde a violência era mais crítica, medida pelas taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídios. A Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS), responsável pelo programa de redução de acidentes e violências, focou as ações em: a) os 40 primeiros municípios da lista; b) os municípios envolvidos no Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (Pair); c) os municípios de fronteira, onde eram realizadas ações integradas de prevenção da violência e promoção da saúde; e d) os estados com vários municípios selecionados pelos critérios mencionados. Esses municípios receberam recursos para criar núcleos de atuação, formar recursos humanos e desenvolver pesquisas, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo MS (Minayo; Lima, 2020).

Assim, em 2004, entre os territórios selecionados no ES estavam os municípios de Serra, Cariacica e Vila Velha, que, além de terem mais de 100 mil habitantes, atendiam aos critérios “a” e “d” da seleção do MS. Com a implantação desta política, o MS formalizou o enfrentamento de acidentes e violências dentro do setor de saúde brasileiro, que se tornou um guia para a atuação na área.

Os principais pontos abordados pela PNRMAV sobre o monitoramento de dados incluem:

- **Sistema de Vigilância e Monitoramento:** estabelece a necessidade de criar e fortalecer sistemas de vigilância e monitoramento contínuos para coletar dados precisos e atualizados sobre acidentes e violências. Isso inclui a utilização de sistemas de informação específicos, como o SINAN e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

- **Qualificação das Informações:** enfatiza a importância de qualificar as informações coletadas sobre casos de violência, o que implica em aprimorar a precisão dos dados e garantir que sejam capturados de maneira abrangente e detalhada.

- **Notificação e Registro:** promove a notificação e o registro sistemático dos casos de violência e acidentes nos serviços de saúde. Isso inclui a integração das notificações com os sistemas de informação em saúde e a criação de bases de dados que permitam o acompanhamento e a análise das ocorrências. Orientados pela própria PNRMAV, muitos profissionais de áreas afins também notificam a violência para o SUS.

- **Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas:** incentiva o desenvolvimento de estudos e pesquisas para analisar os dados coletados e compreender melhor as tendências e padrões de violência e acidentes. Isso ajuda a identificar áreas de maior necessidade e a direcionar as ações de intervenção e prevenção (Brasil,2000).

Após a publicação da PNRMAV, outras políticas de saúde passaram a incorporar a questão da violência de forma transversal e pode ser observada no Guia de Vigilância, 2019, quando a palavra violência foi usada em 199 vezes, na intersectorialidade com as demais instâncias do atendimento no SUS. A PNRMAV permanece relevante e inovadora ao propor diretrizes para promover comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, além de monitorar acidentes e violências. Ela abrange a sistematização e ampliação do atendimento pré-hospitalar, propõe uma assistência interdisciplinar e intersectorial às vítimas e visa estruturar e consolidar o atendimento voltado à recuperação e reabilitação. A política, também, se dedica à capacitação de recursos humanos e ao apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Além disso, enfatiza a articulação intra e intersectorial no SUS e com parceiros, formando uma rede de atenção, cuidado e proteção para pessoas em situação de violência, além de estabelecer a responsabilidade de todos os equipamentos do território para um suporte mútuo (Brasil, 2002).

A partir da PNRMAV, as ações são previstas considerando a estreita relação entre Atenção Primária em Saúde — APS como organizadora do acesso ao SUS e

da fluidez do atendimento nas diversas instâncias e a vigilância epidemiológica como o centro operacional da política. O atendimento de urgência e emergência, regulamentado pela Portaria Nº 2.048/2002, tem grande importância na PNRMAV, sendo um dos pilares propostos na política. Essa legislação promove a integração e coordenação entre os diferentes níveis de atenção e assegura que os profissionais de saúde estejam capacitados para oferecer um atendimento adequado e humanizado em situações de urgência e emergência (Brasil, 2002). Na sequência, a Portaria Nº 2.026, de 24/08/2011, estabeleceu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, como parte da Rede de Urgência e Emergência (RUE) (Brasil, 2011).

Ao completar 20 anos, algumas instituições que participaram da implantação da PNRMAV se juntaram, por meio de uma nota, para se expressarem em defesa dela, considerando os avanços e desafios ainda a serem vencidos. A nota ressalta que a PNRMAV foi um marco ao reconhecer a violência como um problema de saúde pública e obter reconhecimento formal do estado brasileiro. Afirmam que o Brasil e o Canadá foram pioneiros em implementar políticas de saúde voltadas exclusivamente para a prevenção de acidentes e violências. Esclarecem que durante seus 20 anos, a PNRMAV promoveu diversas ações para enfrentar a violência, apoiar grupos vulneráveis e aprimorar o SUS.

No entanto, constatam que a política tem sofrido um desmonte progressivo, evidenciado pela falta de prioridade na agenda governamental. Citam que problemas como a retirada de apoio financeiro, fechamento de serviços especializados e desorganização das redes de proteção mostram a desvalorização da PNRMAV, e acrescentam que a pandemia de COVID-19 agravou a situação, expondo a fragilidade das instituições de proteção e ampliando a vulnerabilidade das populações afetadas. Destacam que reafirmar a importância da PNRMAV é crucial para a construção de uma sociedade democrática, onde a redução do sofrimento das vítimas e a valorização da vida sejam prioridades. Por último, afirmam que a revitalização da PNRMAV é essencial para avançar na garantia de direitos e na promoção da saúde pública em todas as regiões do país (ENSP/Fiocruz, 2021).

2.3.5 Sistemas de informação de violência

Uma das prerrogativas da PNRMAV é o monitoramento dos casos de violência no território. As informações são recursos essenciais para o funcionamento eficaz das organizações públicas, sobretudo para a vigilância epidemiológica. A forma como essas informações são geradas, organizadas, disponibilizadas e utilizadas é determinante para a natureza e a efetividade das atividades desempenhadas. Os Sistemas de Informação, portanto, são ferramentas cruciais na coleta, processamento e disseminação de estatísticas oficiais, com o propósito de apoiar o planejamento e a implementação de políticas públicas intersetoriais (Carvalho; Laguardia; Deslandes, 2022).

Atualmente, vários são os bancos de dados do SUS. Em relação à violência, as bases mais usadas dizem respeito ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), (Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, essas fontes apresentam limitações significativas: capturam apenas uma parcela das vítimas que chegam aos serviços de saúde, operam de forma isolada e possuem integração limitada, o que dificulta uma visão abrangente da magnitude e das características da violência no país (Mello; Silva, 2025).

O MS muito tem se esforçado para a junção das informações, buscando a interoperabilidade entre os bancos. Nesse esforço, o MS vem desenvolvendo projetos que buscam ampliar a capacidade de respostas aos eventos de saúde pública. Uma dessas propostas trata-se do PROJETO TECNOLOGIA DE RÁPIDO ACESSO DE DADOS UNIFICADOS PARA MITIGAÇÃO DA ACIDENTALIDADE — TRAUMA. O TRAUMA é desenvolvido pelo Hospital Albert Einstein e MS por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), dentro do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). O projeto TRAUMA busca integrar informações de vítimas de causas externas atendidas por serviços de urgência e emergência, criando uma base de dados unificada e padronizada para apoiar o atendimento clínico e a gestão em saúde (Hospitais PROADI-SUS, 2025). O sistema permite o registro qualificado e oportuno de lesões decorrentes de acidentes e violências, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas, planejamento de serviços de saúde e estratégias de

prevenção e mitigação da acidentalidade (Hospitais PROADI-SUS, 2025).

O projeto pretende integrar e interoperabilizar diferentes sistemas de informação do SUS que registram casos que de alguma forma se relacionem com acidentes ou violências. O objetivo foi testar a proposta em cinco localidades distintas, sendo o ES o único estado, para integrar e compartilhar informações do SUS, utilizando base de dados unificada, atualizada instantaneamente, por ligação (linkage), para identificar/estudar/fornecer informações de vítimas e eventos, inclusive no ato de atenção às vítimas de acidentes e violências. No ES, foi feito alinhamento entre TRAUMA e VIVA e o aceite do Secretário Estadual da Saúde, acordando as responsabilidades entre as partes. A VIVA articulou sensibilização da equipe da SESA, e o Trauma apontou os bancos de interesse: SIM, SINAN, SIH, SIA, SAMU e e-SUS VS. Finda a etapa inicial do projeto, o ES foi o único que conseguiu cumprir todas as tarefas, possibilitando ao TRAUMA comprovar sua eficiência ao que se propôs.

A etapa seguinte está em desenvolvimento. Embora o projeto TRAUMA tenha sido concebido principalmente para monitorar acidentes e causas externas, sua base de dados integrada e padronizada oferece oportunidade significativa para a análise de casos de violência sexual, uma vez que estas também configuram agravos de alta relevância no âmbito de causas externas. Ao registrar informações detalhadas sobre vítimas que chegam aos serviços de urgência e emergência, o TRAUMA permite identificar padrões de agressão, traçar perfis de risco, subsidiar políticas públicas de prevenção e aprimorar protocolos de acolhimento e atendimento especializado. Dessa forma, o projeto contribui para superar a fragmentação das informações sobre violência sexual no SUS, oferecendo subsídios estratégicos para o enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

No contexto da violência, principalmente, contra as mulheres, a informação é uma ferramenta essencial para destacar o fenômeno, quantificar sua extensão e apoiar a criação de políticas públicas intersetoriais para seu enfrentamento. Ela organiza a prática social e estabelece novos contextos e significados para os eventos, desempenhando tanto o papel de preservadora e reprodutora de uma determinada estrutura social quanto de agente de mudança dessa estrutura (Carvalho *et al.*, 2022). Nesse ínterim, a PNRMAV aborda o monitoramento de dados de violência como um

aspecto crucial para a formulação e implementação de estratégias de prevenção e intervenção. Esta é uma estratégia de execução da Vigilância Epidemiológica da Violência.

2.3.6 Vigilância epidemiológica de violências e acidentes (VIVA)

Segundo a Lei Nº 8080/90, para o SUS, a Vigilância Epidemiológica é o

conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (Brasil, 1990).

Para a Portaria Nº 1.378/2013, a Vigilância em Saúde é um processo contínuo e organizado que envolve a coleta, a organização, a análise e a divulgação de dados sobre eventos que afetam a saúde. O objetivo principal é planejar e colocar em prática ações de saúde pública. Isso é feito para proteger a saúde da população, prevenir e controlar riscos, problemas e doenças, além de promover o bem-estar geral (Brasil, 2013). Nessa perspectiva, a Portaria MS/GM Nº 1.356/2006 instituiu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e a coleta de notificação gerou um banco de dados que, sendo monitorado, foi alterando o instrumento de coleta de dados (ficha), adequando-o com a inclusão/remoção de novos itens de interesse (Brasil, 2006). O objetivo da VIVA é identificar e monitorar os casos de violência; caracterizar e monitorar o perfil das violências segundo características da vítima, da ocorrência e do(a) provável autor(a) da agressão; identificar fatores de risco e de proteção associados à ocorrência da violência; identificar áreas de maior vulnerabilidade para ocorrência de violência; monitorar os encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral; intervir nos casos, a fim de prevenir as consequências das violências e encaminhar para a rede de atenção e proteção; formular políticas públicas de prevenção, de atenção integral às pessoas em situações de violência, de promoção da saúde e da cultura de paz (Msaude, 2019).

O sistema VIVA foi inicialmente implementado em centros especializados e maternidades entre 2006 e 2008, e em 2009 foi integrado ao SINAN, a partir da integração da violência na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas. Em 2011, a Portaria MS/GM Nº 104 ampliou a obrigatoriedade de notificação de violências para todos os serviços de saúde. Em 2014, a Portaria MS/GM Nº 1.271

incluiu como notificação imediata, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio.

Depois, a notificação compulsória de violências foi regulamentada pela Portaria de Consolidação Nº 4, de 28/09/2017 (MS, 2024). O objetivo da VIVA é conhecer a magnitude e a gravidade dos acidentes e violências e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência (MS, 2024). Para a obtenção dessas informações, é utilizada a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, preenchida pelos profissionais da saúde em formato físico e encaminhadas para que os dados sejam digitados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) pela própria VIVA. O objetivo é coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória (MS, 2024).

O sistema VIVA é constituído por dois componentes, o VIVA Contínuo, que coleta dados diuturnamente, e o VIVA Inquérito, que, por meio de pesquisas temporais, coleta dados para a vigilância de acidentes e violências em unidades de urgência e emergência (MS, 2019). O VIVA contínuo deve ser utilizado em todos os serviços notificantes na rotina diária, por todos os serviços públicos, privados ou filantrópicos, em especial, em todos os serviços de atenção em saúde do SUS para que os profissionais possam notificar os casos suspeitos e/ou confirmados de violência assistidas na prática do trabalho de cada profissional. A coleta de notificações de violência é feita de forma contínua e registrada no SINAN, com exclusividade de obrigatoriedade, pelos servidores da saúde, e livremente por alguns parceiros sensibilizados da rede de proteção e cuidados, em acordos locais (BRASIL, 2019). Em 2024, ocorreu um novo movimento do MS junto aos estados e especialistas em âmbito nacional para promover novas atualizações na ficha, para o que se aguarda no lançamento da nova versão em breve.

Considerando que a notificação tem a função primária de inserção da pessoa em uma linha de cuidados, dessa forma jamais será notificada uma pessoa que chegou em óbito, posto que estes devem ser estudados pelo banco da mortalidade. Se assim o tiver, será objeto de limpeza do banco com a exclusão do dado. Da mesma

forma, não se notifica, na rotina, homens de 20 a 59 anos para os casos de violência comunitária, os quais são monitorados por ocasião dos inquéritos VIVA (M. Saúde, 2016). Atualmente a Portaria GM/MS Nº 6.734, de 18 de março de 2025 altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS Nº 4, de 28 de setembro de 2017, e está em vigência para descrever a lista de doenças e agravos de notificação compulsória e a violência é um dos listados (Brasil, 2025).

Embora as legislações determinem a notificação, muitos são os desafios para a execução desta tarefa, posto que, mais que formar um banco de dados epidemiológicos, o ato de notificar implica em inserir a pessoa assistida em uma linha de cuidados nem sempre bem estruturada no território. Um estudo, realizado por Teixeira (2024), avaliando os desafios do atendimento às mulheres vítimas de violência na Atenção Primária em Saúde (APS) apontou quatro temas principais associados aos desafios e entraves percebidos por profissionais e usuárias da APS na oferta do cuidado às mulheres vítimas de violência:

- Representação Social da Violência enquanto estigma, preconceito, invisibilidade da violência, julgamento, vergonha, culpa, dependência financeira e naturalização da violência tanto pela vítima como pelos profissionais;

- Medo e insegurança quanto à busca por cuidado pela mulher, seja por negação, omissão da violência ou retaliação do agressor e quanto ao processo de notificação e encaminhamentos por parte dos profissionais de saúde;

- Sobrecarga relacionada aos processos de trabalho e alta demanda na APS por número insuficiente de servidor, tempo reduzido para atendimento, alta rotatividade de profissionais por vínculos fragilizados.

- Necessidade de capacitação profissional com o tema inserido na grade curricular, visando a identificação dos vários tipos e natureza da violência, a notificação, o cuidado integral e a articulação da rede de atenção, cuidado e proteção, além dos fluxos de encaminhamentos (Teixeira, 2024).

Por toda a vivência à frente da VIVA no ES, é possível afirmar que este modelo é bem adequado para descrever a VIVA nos municípios do ES.

2.3.7 A vigilância de violência no Espírito Santo

O ES sempre executou a vigilância de violência nos mesmos padrões nacionais, isto é, todos os serviços de saúde disponibilizavam fichas de notificação impressas para preenchimento pelos profissionais que atendessem a pessoa em situação de violência. Posteriormente estas fichas eram recolhidas e inseridas no sistema pela própria vigilância em saúde, que mantinha um digitador exclusivo para tal função. Esse padrão ainda permanece em todo o país. Contudo, a partir de janeiro de 2020, o ES continuou se utilizando da legislação e da ficha nacional de notificação de violência, mas assumiu sistema próprio de armazenamento das informações sobre agravos de notificação de interesse nacional, abandonando o SINAN. Pela Portaria Nº 001-R/2020, o ES instituiu o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde (e-SUS VS) como único sistema oficial para a notificação compulsória de todos os agravos de interesse, ainda que os instrumentos de coleta permaneçam os mesmos modelos nacionais. O sistema foi desenvolvido no Estado, em parceria com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e permite que o notificador acesse o sistema no ato do atendimento e faça a notificação que é disponibilizada à VIVA em tempo real. Assim, o e-SUS VS se caracteriza pela inovação por ser um sistema web impactando na velocidade em que a informação é encaminhada às autoridades sanitárias locais, já que isso se dá em tempo real, por meio dos gestores e dos profissionais da vigilância em saúde (Espírito Santo, 2020). Como todo sistema novo em desenvolvimento, o e- SUS VS está ainda se adequando às necessidades dos agravos de notificação, segundo normativas do MS. Ao tempo em que facilita o acesso aos dados e os disponibiliza por painéis de monitoramento, que são alterados simultaneamente e em tempo real, além de que o e-SUS VS facilita o acesso de parceiros fora do SUS. Recentemente os dados foram disponibilizados ao público pelo sistema wiki saúde, no endereço: <https://app.wiki.saude.es.gov.br/>.

Outro fato diferenciado no Espírito Santo é que, fruto de uma defesa realizada pela autora deste trabalho em nome da VIVA junto ao legislador estadual, em 07.07.2020 foi promulgada a Lei Estadual Nº 11.147, conhecida como a Lei do Cuidado. Buscou-se fortalecer o trabalho em rede, ao determinar que outras instituições, além da saúde, também, compulsoriamente notificassem ao SUS, as situações assistidas como suspeita e/ou confirmadas de ocorrência de violência. Por essa lei, os profissionais e serviços de saúde, assistência social e instituições de

ensino passaram a ter obrigatoriedade de notificar ao SUS, nas mesmas condições impostas pela normativa federal (Espírito Santo, 2020). Visando a organização dos processos de trabalho, a VIVA produziu a regulamentação da Lei Estadual Nº 11.147/2020, pela portaria estadual Nº 72/2022 e incluiu o Conselho Tutelar (CT) no rol de instituições com notificação compulsória de casos de violência ao SUS (Espírito Santo, 2020).

2.4 EPIDEMIOLOGIA: VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E MENINAS

O modelo ecológico proposto por Dahlberg e Krug (2006) nos remete à complexidade da violência, sendo missão impossível definir causa única para o seu enfrentamento, e os estudos mostram que não há um fator de risco potente o suficiente para que, ao ser eliminado, produza uma redução significativa. Pelo contrário, os estudos em uma revisão sistemática em países de alta prevalência de violência, indicaram que, embora a violência contra as mulheres ocorra globalmente, sua prevalência é desigual entre e dentro dos países, e isso requer respostas próprias (Mannell, et al 2022). Estimativas recentes mostraram que entre 10% e 53% das mulheres com parceiros já sofreram violência física ou sexual ao longo de suas vidas, com a prevalência nos últimos 12 meses variando de 2% a 36% (Mannell *et al*, 2022). Neste mesmo estudo, as maiores taxas de violência são encontradas em assentamentos informais, comunidades indígenas, zonas de conflito e regiões específicas como o Pacífico. Fatores que influenciaram essa violência incluem desigualdades econômicas e educacionais, normas culturais de gênero, exposição a outras formas de violência e discriminação racial ou de classe. Enquanto alguns fatores de risco, como casamento infantil e abuso infantil, são comuns globalmente, outros variam conforme o contexto, como educação, emprego feminino e afiliação religiosa (Mannell *et al*, 2022).

Uma pesquisa realizada entre os estudantes da Holanda apontou que aproximadamente um em cada quatro estudantes (26,2%) relatou ter experimentado pelo menos um tipo de agressão sexual; cerca de um em cada quatro estudantes (25,3%) relatou ter sofrido toques sexuais não consensuais; e um em cada dez estudantes (9,2%) relatou ter sido vítima de estupro. O estudo revelou, também, que as estudantes do sexo feminino e os estudantes que eram membros de associações estudantis apresentavam um risco maior de sofrer agressão sexual, porém, mais

toques sexuais do que estupro. Já os estudantes que estavam em um relacionamento durante o período de estudo tinham maior risco de estupro (Wellum *et al.*, 2023). Estes resultados destacaram a importância da educação na discussão da violência entre os estudantes e seus familiares, corroborando com a desnaturalização da violência e a redução deste cenário.

Um outro estudo de revisão literária, realizado na Índia, apontou que a violência sexual, incluindo crimes como violações, abuso, prostituição forçada e mutilações genitais, é um grave problema de saúde pública que afeta tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Com o aumento dos casos, que registraram um crescimento de 12,4% de 2015 para 2016, essa violência se torna um grande estigma para a sociedade (Dutta; Mahanta, 2019). A Pesquisa Nacional de Saúde da Família (NFHS), realizada na Índia, revelou que 99,1% dos crimes sexuais contra mulheres não são reportados, sublinhando a seriedade do problema e a falta de medidas eficazes para sua prevenção (Dutta; Mahanta, 2019).

Em uma revisão bibliográfica, descrita por Valença; Nascimento e Nardi (2013), identificaram fatores associados aos crimes sexuais e à reincidência desses, como a presença de transtornos mentais graves, esquizofrenia e transtorno bipolar, desvios sexuais, transtornos de personalidade e problemas relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. A gravidade da agressão sexual, uma história de abuso na infância, problemas de relacionamento, comportamento agressivo, e um histórico de prisão, também, foram apontados como relevantes. Além disso, a ausência de resposta ao tratamento psicoterapêutico, especialmente a psicoterapia cognitivo-comportamental, é um fator importante para a reincidência (Valença; Nascimento; Nardi, 2013). Diante desses achados, é fundamental observar todos esses fatores na história clínica dos indivíduos, garantindo um diagnóstico e tratamento adequados para os transtornos mentais e do desenvolvimento. Valença acredita que a psicoterapia cognitivo-comportamental pode ajudar a lidar com distorções cognitivas e fantasias desviantes associadas aos crimes sexuais. Também, é crucial envolver e orientar os familiares para ajudar a reduzir a reincidência desses delitos (Valença; Nascimento; Nardi, 2013).

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo transversal que teve como objetivo investigar as características biopsicossociais de adolescentes e

jovens brasileiros (de Koller *et al*, 2005). Ao identificar fatores de risco e proteção associados à violência sexual contra adolescentes e jovens (14 a 24 anos) brasileiros verificou que o apoio familiar diminui em 41,3% a chance de o adolescente/jovem sofrer violência sexual na família, enquanto ser menina e consumir álcool se apresentaram como fator de risco familiar e comunitário. Passar fome, ter sofrido violência na comunidade e ter envolvimento com o tráfico também foram as variáveis de risco associadas à violência sexual na comunidade (Paludo; Schiro, 2012).

O'Connor *et al* (2024) examinou conexões sociais como um fator de proteção para atitudes relacionadas à violência sexual entre uma amostra de 770 participantes. Os resultados indicaram que as conexões com um local de trabalho foram protetoras para aceitação do mito do estupro (*myth rape acceptance* — RMA: aceitação de crenças e estereótipos errôneos sobre a violência sexual, que frequentemente servem para justificar ou minimizar a gravidade do estupro e outras formas de violência sexual) e sexismo hostil. Já as conexões familiares foram protetoras para desaprovação do consentimento sexual, RMA e sexismo hostil. Além disso, o estudo mostrou que as conexões com um grupo social religioso são um fator de risco, não de proteção (O'Connor, *et al.*, 2024).

O boletim epidemiológico do MS apontou que no período de 2015 a 2021 foram notificados 202.948 casos de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, sendo 83.571 (41,2%) em crianças e 119.377 (58,8%) em adolescentes. Observou-se um aumento no número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2019. No entanto, em 2020, houve um decréscimo nesse número. Em 2021, o número de notificações foi o maior registrado ao longo do período analisado. Mais da metade dos casos (N= 53.004 — 57,0%) notificados de violência sexual foram de estupro, tanto em meninas (N = 40.295 — 56,4%) quanto em meninos (N = 12.709 — 59,0%). Mais de um terço dos casos de violência sexual já havia ocorrido outras vezes (meninas (35,0%) e meninos (34,5%)), e a maioria dos casos ocorreu na residência (meninas 72,4% e meninos 65,9%)” (Brasil, 2024).

No entanto, um estudo brasileiro, cruzando dados de notificação de violência do SINAN e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019, relacionado às violências sexual, física e psicológica contra mulheres com idade igual ou superior a

18 anos, atendidas no SUS no período de estudo, estimou a subnotificação do SINAN. Obteve-se que a subnotificação de violência contra a mulher (VCM) no Brasil foi de 98,5%, 75,9% e 89,4% para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente. Os estados do Norte e Nordeste apresentaram os menores índices de notificação dentre as UF (Vasconcelos *et al.*, 2024). Um estudo realizado com dados brasileiros da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE/2019) analisou as prevalências de abuso sexual e estupro envolvendo escolares de 13 a 17 anos no Brasil. Os achados mostraram que a prevalência de abuso sexual entre escolares foi de 14,6%, e de estupro foi de 6,3%. Além disso, as maiores prevalências ocorreram entre adolescentes do sexo feminino com idade de 16 e 17 anos. O agressor mais comum para ambos os indicadores foi namorado(a), ex-namorado(a), ficante ou “*crush*”, que é uma pessoa por quem alguém tem sentimentos românticos, mas que ainda não está em um relacionamento com ela. Entre os escolares que sofreram estupro, mais da metade relatou ter sofrido essa violência antes dos 13 anos de idade (53,2%) (Vasconcelos *et al.*, 2022).

Um estudo transversal, que avaliou os casos de violência sexual notificados no ES de 2011-2018, apontou que a prevalência de notificação de violência sexual foi de 13,2%, a maioria eram vítimas do sexo feminino, sem deficiência/transtornos, com idade entre 0 e 9 anos, moradores de área urbana/periurbana, sendo homens os agressores predominantes, pessoas desconhecidas da vítima. A ocorrência mais notificada foi no domicílio (78%), sendo que a maioria dos casos foi de repetição (Leite; Ferrari; Fiorotti, 2023). Em outro estudo que analisou os fatores associados à violência sexual contra crianças a partir dos casos notificados de violência no estado do ES, entre 2011 e 2018, encontrou uma frequência de violência sexual de 41,8%. Observou-se que a maior prevalência eram meninas de três a cinco e seis a nove anos, de raça/cor branca e residente na zona urbana. Os agressores eram majoritariamente homens, conhecidos da vítima, cuja ocorrência era principalmente na residência (Pedroso; Leite, 2024).

Estudos apontam que a idade das vítimas é um fator associado à violência sexual. Em Santa Catarina, 47,3% dos adolescentes notificados tinham de 10 a 14 anos; 33,4% de 15 a 19 anos; e 30,3% mulheres de 20 anos e mais. As adolescentes sofreram violência por agressor único, desconhecido, no domicílio, à noite, com penetração vaginal, maior recorrência da agressão e gravidez. As adultas foram

agredidas na residência, em via pública, à noite e madrugada, por agressor único, com penetração vaginal em mais da metade das violências notificadas (Delziovo *et al.*, 2016). Em um outro estudo realizado no Espírito Santo, entre 2011 e 2018, verificou-se que a violência sexual foi responsável por 6,2% das notificações de violência interpessoal e cerca de seis vezes mais prevalente entre mulheres. A vitimização na faixa etária de 20 a 29 anos foi 1,51 vezes maior do que entre 40 e 49 anos, e nas mulheres que não possuíam companheiro foi 1,86 vezes maior. Esteve associada ainda à residência em zona urbana, a agressor com 25 anos ou mais (RP: 1,50), desconhecido (RP: 9,37), a perpetrador único (RP: 1,62) e a ocorrência em via pública (Fiorotti; Pedrosa; Leite, 2022).

Diferente do que ocorre com as crianças e adolescentes, em que o agressor é alguém conhecido da vítima, a relação do agressor com a vítima parece que também é um fator associado, posto que para as mulheres adultas, os agressores são em sua maioria desconhecidos. Os achados de um estudo realizado no município do Rio Grande do Sul — RS — Brasil, que caracterizou a violência sexual registrada em uma Delegacia para Mulheres, entre agosto/2009 e dezembro/2011, apontaram que houve prevalência de vítimas femininas com idade entre 20 e 30 anos, cor branca, ensino fundamental e com trabalho remunerado. Prevaleceu a violência praticada por homens desconhecidos, com 30 a 40 anos, brancos, ensino fundamental e trabalhadores na construção civil, usando a força física como fator de intimidação para cometer o estupro, tendo a via pública como principal cenário. A maioria das vítimas realizou exame pericial, mas muitos aspectos culturais, crenças e valores interferem ou inibem a denúncia de tais crimes (Amarijo *et al.*, 2014). Os dados apontados em recente relatório da UNICEF e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), baseados em uma estimativa recente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sugerem que apenas 8,5% dos casos de violência sexual são reportados às autoridades policiais (UNICEF, FBSP, 2024).

Percebe-se que poucas são as vítimas que buscam ajuda, o que pode ser observado em estudo realizado, entre 2019 e 2021, sobre violência sexual contra mulheres transgênero e travestis (MTG) em cinco cidades brasileiras: Campo Grande, Manaus, Porto Alegre, Salvador e São Paulo. O estudo avaliou as ações tomadas pelas vítimas e como elas lidaram com a experiência, além de investigar a relação

entre fatores sociodemográficos e comportamentais, como raça, renda, uso de drogas, trabalho sexual e acesso a cuidados de saúde e o desfecho. As evidências encontradas mostraram que 53% da amostra relatou ter sofrido violência sexual, sendo que em 64,4% das entrevistadas ocorreu em mais de uma ocasião, e 93,2% não procurou serviços de saúde, nem revelou a violência (93,9%), nem buscou apoio de familiares ou amigos (86,5%). Uma maior prevalência de violência sexual foi associada à falta de moradia, histórico de envolvimento em trabalho sexual, autorrelato de saúde emocional regular, ruim ou muito ruim e dificuldades de acesso a serviços de saúde no ano anterior (Entges, *et al*, 2024).

2.5 PROBLEMA DA PESQUISA

Diante do cenário persistente de violência sexual contra mulheres e meninas, em todo o país, uma questão central orienta este estudo: como se distribuem temporal e demograficamente os casos de violência sexual contra mulheres e meninas no Espírito Santo entre 2017 e 2023, segundo os dados do SINAN e e-SUS VS, e quais padrões podem ser identificados a partir desses dados?

2.6 HIPÓTESE

Este estudo tem por hipótese que os registros do SINAN e e-SUS VS refletem padrões consistentes de violência sexual contra mulheres e meninas no Espírito Santo, evidenciando maior incidência em faixas etárias jovens, predominância de agressores conhecidos e concentrações em áreas urbanas, embora a subnotificação limite a visibilidade completa do fenômeno.

Essa limitação pode ser atribuída a um conjunto de fatores interligados, incluindo a subnotificação, a inconsistência e a incompletude dos dados registrados. Soma-se a isso as fragilidades na articulação entre os níveis de vigilância e atenção à saúde, a insuficiência de apoio da gestão, as dificuldades operacionais enfrentadas na implementação das diretrizes políticas em nível local, e o baixo investimento em capital humano e outros recursos essenciais. Assim, pelo monitoramento e avaliação da violência sexual notificada no ES no período deste estudo, pressupõe-se que a VIVA, embora fundamental, ainda enfrenta entraves que comprometem sua função como instrumento de organização da saúde para a redução da morbimortalidade de pessoas em situação de violência.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a violência sexual contra as mulheres e meninas analisando as notificações, registradas no SINAN e no e-SUS VS, entre residentes no Espírito Santo, no período de 2017 a 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos casos de violência sexual contra mulheres e meninas notificados nos sistemas de informação da vigilância epidemiológica no Espírito Santo, no período de 2017 a 2023.

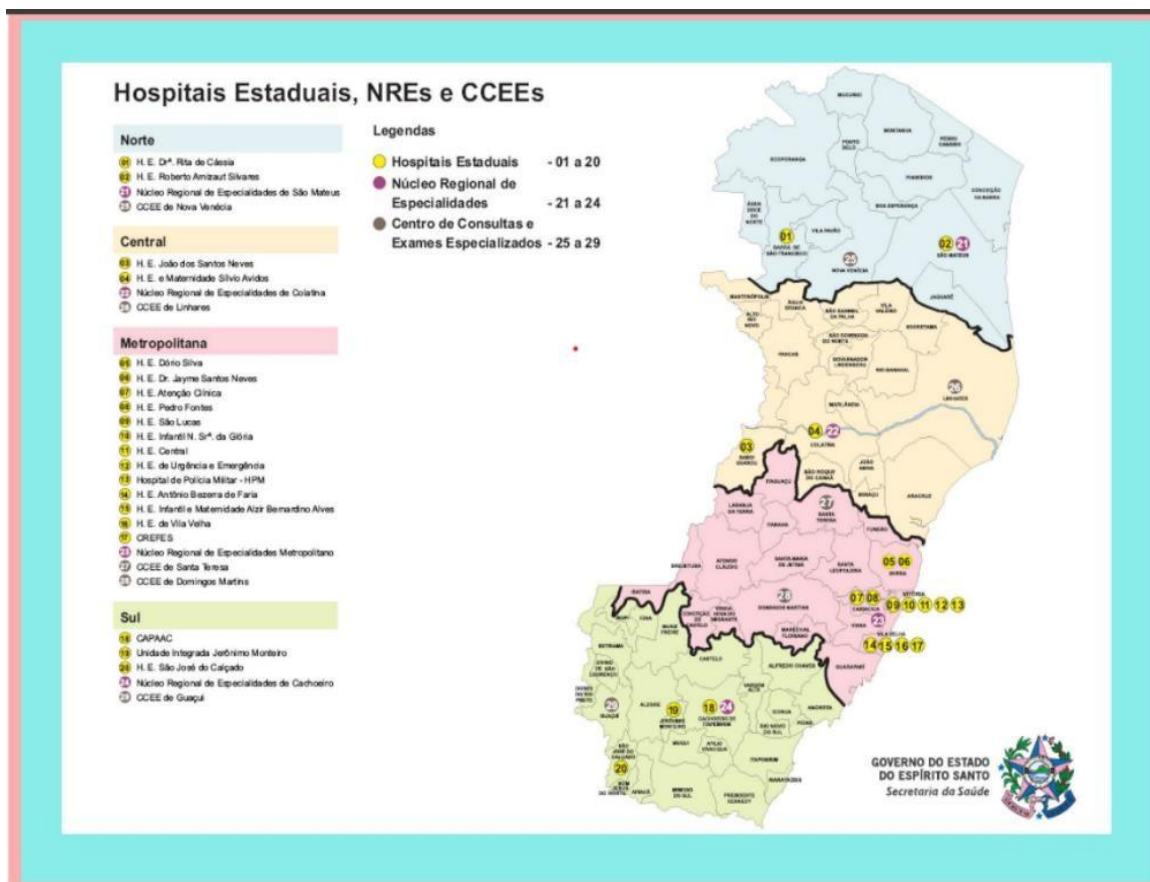
- Identificar, de forma comparativa, os fatores presentes em casos de violência sexual em relação a outros tipos de violência interpessoal contra mulheres e meninas notificadas no SINAN e e-SUS VS no Espírito Santo, no período de 2017 a 2023, sem realizar análise individual detalhada de cada fator.

4 MATERIAIS E MÉTODO

O Espírito Santo é o segundo menor dos quatro estados da Região Sudeste do Brasil. Seu território tem 46.074 Km², dividido entre litoral e região serrana. É composto por uma população de 3.833.712 habitantes, distribuídos em 78 municípios, sendo 10 (12,8%) com população acima de 100 mil habitantes e 09 (11,5%) com menos de 10 mil habitantes, segundo o censo de 2022. A Região Metropolitana concentra a maioria da população (59,4%) e cerca de 51,2% da população é formada por mulheres, sendo que, 60,2 % da população feminina (IBGE, 2022).

A territorialização aplicada neste estudo se baseou no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2024, considerando a estruturação mais recente, distribuindo o território em quatro Regiões de Saúde: Norte, Central, Metropolitana e Sul. A distribuição dos serviços de saúde demonstra uma concentração na Região Metropolitana (Figura 4).

Figura 4 - Distribuição dos hospitais, núcleos regionais de especialidades e centro de consultas e exames especializados, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo, 2024



Fonte: Alvarenga (2024).

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO, POPULAÇÃO E COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal, baseado em dados secundários quantitativos, categóricos e contínuos, incluindo características demográficas (idade, sexo, município), tipo de violência, relação com o agressor, local de ocorrência, entre outros, composto por todas as notificações de violência sexual (VS) e outras violências interpessoais (VI) contra mulheres e meninas residentes no estado do Espírito Santo, registradas no SINAN, no período de 2017 a 2019 e no e-SUS VS, de 2020 a 2023.

A escolha do período de análise (2017 a 2023) considerou a inclusão de três anos anteriores e três anos posteriores ao registro do primeiro caso de COVID-19 no estado, ocorrido no início de 2020, com o objetivo de possibilitar a descrição do perfil e da distribuição dos casos notificados, bem como a análise de possíveis alterações nos padrões de notificação e nos fatores associados à violência sexual contra mulheres e meninas.

4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir do Sistema de Informação em Saúde, precisamente no SINAN e eSUS VS, tendo sido produzidos a partir das fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal e/ou Autoprovocada, versão 5.1 (2015), padronizadas pelo MS e utilizadas no SINAN, adaptadas para o e SUS VS a partir de 2020, exclusivamente no Espírito Santo.

A ficha de notificação individual (Anexo A) apresenta sua estrutura em dez blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados pra informações complementares e observações (Brasil, 2016). A ficha totaliza 64 questões, sendo cada uma com legenda própria relacionada às possibilidades de respostas que se transformam em variáveis no banco, somando 160 no total.

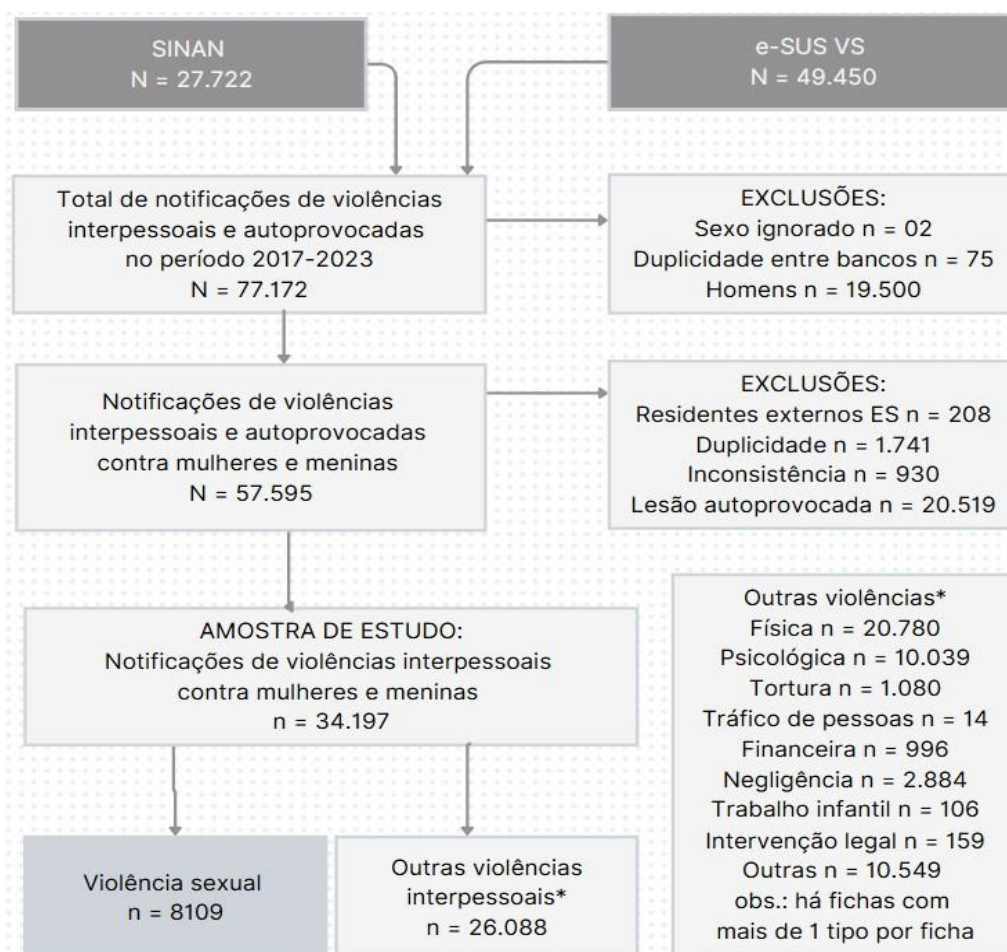
4.3 QUALIFICAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO BANCO DE DADOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE

Os dados foram submetidos a um processo de qualificação para correção de inconsistências e duplicidades, conforme Caderno de Análise do SINAN — MS (Brasília/DF, 2019). Entende-se por qualificação do banco de dados o processo de verificação e correção de inconsistências ou ausências em variáveis-chave, a partir da análise cruzada das informações disponíveis na própria ficha de notificação. Esse processo inclui a identificação de respostas incompatíveis entre si — por exemplo, o registro de gestação ou interrupção da gravidez prevista em lei, em mulheres ou meninas cuja faixa etária é incompatível com gestação —, bem como variáveis preenchidas como “em branco”, “ignorado” ou “não se aplica” e concordância para parte destes campos disponibilizadas em campos abertos da ficha. A correção foi realizada com base na leitura minuciosa das demais variáveis constantes na própria ficha, buscando indícios complementares que permitissem reclassificar ou validar os campos abertos analisados, por exemplo, palavras relacionadas como assédio sexual em fichas que não estavam marcadas a violência sexual. Adicionalmente, foram excluídos os casos cuja natureza da violência foi classificada como “lesão autoprovocada”.

Foram incluídas no banco inicial todas as notificações de violências contra mulheres e meninas. Foram excluídas da base de análise as notificações consideradas duplicadas ou com inconsistência na completude de informações essenciais como tipo de violência e os registros em que a variável “sexo” constava como ignorada, não sendo possível qualificar a partir do próprio banco. Também foram excluídas as notificações de vítimas não residentes no estado do Espírito Santo ou cujos dados de residência não permitiram a identificação confiável do território, inviabilizando a qualificação da informação.

O procedimento de composição e qualificação do banco de dados está descrito no fluxograma apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma de qualificação do banco de dados



Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A variável dependente deste estudo foi a ocorrência de violência interpessoal, operacionalizada em duas categorias: violência sexual e o conjunto das demais formas de violência interpessoal. Este último consolidou os casos de violência física, psicológica, negligência, financeira/patrimonial, tortura, trabalho infantil, tráfico de pessoas, intervenção legal e outras tipologias relevantes para o monitoramento do SUS.

As variáveis independentes foram: faixa etária das vítimas (≤ 9 anos, 10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-59 anos, 60 anos ou mais), raça/cor (branca; preta/parda; amarela/indígena), gestante (não; sim), presença de deficiência ou transtorno (não; sim), anos de estudo (≤ 4 anos (alfabetização inicial); 5-9 anos (fundamental incompleto); 10-11 anos (fundamental completo); 12 anos ou mais (médio completo ou incompleto e superior); estado civil [(com companheiro (casado, em união estável); sem companheiro (solteiro, viúvo, separado); zona de moradia

(urbana/periurbana, rural), região de saúde (sul; metropolitana; norte; central); local da ocorrência [residência/habitação coletiva; espaços públicos (escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública, comércio/serviços; indústria/construção), outros]; ano de ocorrência da notificação; tipo de violência sexual (estupro e outras violências sexuais, como assédio sexual, pornografia infantil, exploração sexual, e outros); violência de repetição (não; sim); número de envolvidos (um; dois ou mais), vínculo do agressor com a vítima (familiares: pai, mãe, madrasta, padrasto, cônjuge, namorado, filho, irmão; conhecidos: ex- cônjuge, ex-namorado, amigos/conhecidos, cuidador, patrão/chefe, pessoa com relação institucional, policial/agente da lei; desconhecidos e outros), faixa etária do agressor (≤ 24 anos; 25 anos ou mais), sexo do agressor (masculino, feminino, ambos), suspeita de uso de álcool pelo agressor (não; sim), aborto legal (não; sim). As variáveis independentes foram apresentadas segundo as características sociodemográficas, clínicas, da ocorrência e do agressor (Quadro 1).

Quadro 1 - Quadro de variável dependente, variáveis independentes e categorizações das variáveis

Variável Dependente	Categoria
Violência Interpessoal (VI)	0- Outras violências interpessoais 1- Violência sexual (VS)
Variáveis Independentes	Categorias
Sociodemográficas	
Faixa etária	0- 60 anos ou mais 1- ≤ 9 anos 2- 10-14 anos 3- 15-19 anos 4- 20-29 anos 5- 30 a 59 anos
Raça/cor	0- Branca 1- Preta/Parda 2- Amarelo/Indígena 99- Ignorado/em branco
Escolaridade	0- ≥ 12 anos 1- ≤ 4 anos 2- $5 < 9$ anos 3- $9 < 12$ anos 88- Não se aplica (crianças) 99- Ignorado/em branco
Região de Saúde	0- Sul 1- Metropolitana 2- Norte 3- Central

Zona	0- Rural 1- Urbana/ Periurbana 99- Ignorado/em branco
Estado civil	0- Com companheiro 1- Sem companheiro 88- Não se aplica 99- Ignorado/em branco
Clínicas	
Gestante	0- Não 1- Sim 88- Não se aplica (crianças e idosas) 99- Ignorado/em branco
Deficiência/Transtorno	0- Não 1- Sim
Ocorrência	
Ano de ocorrência	0- 2017 1- 2018 2- 2019 3- 2020 4- 2021 5- 2022 6- 2023
Tipo de violência sexual	0- Outros tipos de violência sexual 1- Estupro 88- Não se aplica (outras VI) 99- Ignorado/em branco
Local da ocorrência	0- Espaços Públicos 1- Residência 2- Outros 99- Ignorado/em branco
Violência de repetição	0- Não 1- Sim 99- Ignorado/em branco
Aborto previsto em lei	0- Não 1- Sim 88- Não se aplica (não houve gestação)
Agressor	
Número de envolvidos	0- Dois ou mais 1- Um
Vínculo do agressor com a vítima	0- Desconhecidos 1- Familiares 2- Conhecidos 3- Outros 99- Ignorado/em branco
Faixa etária do agressor	0- ≤ 24 anos 1- ≥ 25 anos 99- Ignorado/em branco

Sexo do agressor	0- Feminino 1- Masculino 2- Ambos 99- Ignorado/em branco
Suspeita de uso de álcool (pelo agressor)	0- Não 1- Sim 99- Ignorado/em branco

Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Foi adotado como período pandêmico, os anos de 2020 e 2021, considerando o período de início dos registros de casos de COVID-19 e a adoção do termo pandemia de COVID-19 pelos órgãos de controle em saúde pública mundial, nacional e estadual. E optou-se por avaliar a completude das variáveis presentes nas fichas de notificação. O objetivo foi identificar lacunas no preenchimento desses registros e compreender seus possíveis impactos na vigilância da violência interpessoal, com foco específico na violência sexual. Esta avaliação foi baseada no referencial teórico de Romero e Cunha (2006), conforme adaptação proposta pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL).

Nesse critério, considera-se como incompletude o preenchimento de variáveis com os códigos “ignorado”, “em branco” ou com termos que indiquem ausência ou inadequação da informação registrada. A avaliação da completude foi realizada por meio de um escore classificatório que categoriza as taxas de preenchimento incompleto da seguinte forma: “excelente” para proporções inferiores a 5%, “bom” entre 5% e 9,9%, “regular” entre 10% e 19,9%, “ruim” entre 20% e 29,9% e “muito ruim” quando igual ou superior a 30% (Romero; Cunha, 2006).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise descritiva, as variáveis qualitativas de interesse foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. Com o objetivo de investigar a distribuição diferencial dessas variáveis entre os dois grupos de violência — a violência sexual e as outras violências interpessoais (que englobam as violências física, psicológica, entre outras) —, foram aplicados os testes de qui-quadrado de Pearson. A relação entre as variáveis independentes e o desfecho de interesse (a violência sexual versus outras violências interpessoais) foi investigada por meio de um modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Esse modelo de regressão tem sido recomendado para estimar razões de prevalência em estudos transversais

com desfechos binários (Barros; Hirakata, 2003).

Essa abordagem permitiu a estimação das razões de prevalência (RP) e de seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%), com ajustes posteriores exclusivos pela faixa etária por ter apresentado maior significância para este estudo. A taxa de notificação de violência sexual em mulheres e meninas foi calculada anualmente, utilizando a razão entre o número de notificações de violência sexual e a população feminina residente por região de saúde exposta ao risco. Este valor foi multiplicado por 10^5 . Para o denominador da taxa por região de saúde, empregou-se a população residente conforme o estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000- 2024, disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/dissemin/publicos/IBGE/POPSVS/>. O mesmo procedimento metodológico foi aplicado para o cálculo das taxas das outras violências interpessoais (não sexuais). Os dados foram digitados no *Microsoft Excel* e analisados pelo software *Stata*®, versão 14. Todos os testes utilizados foram bicaudais, com significância estatística de $p < 0,05$.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

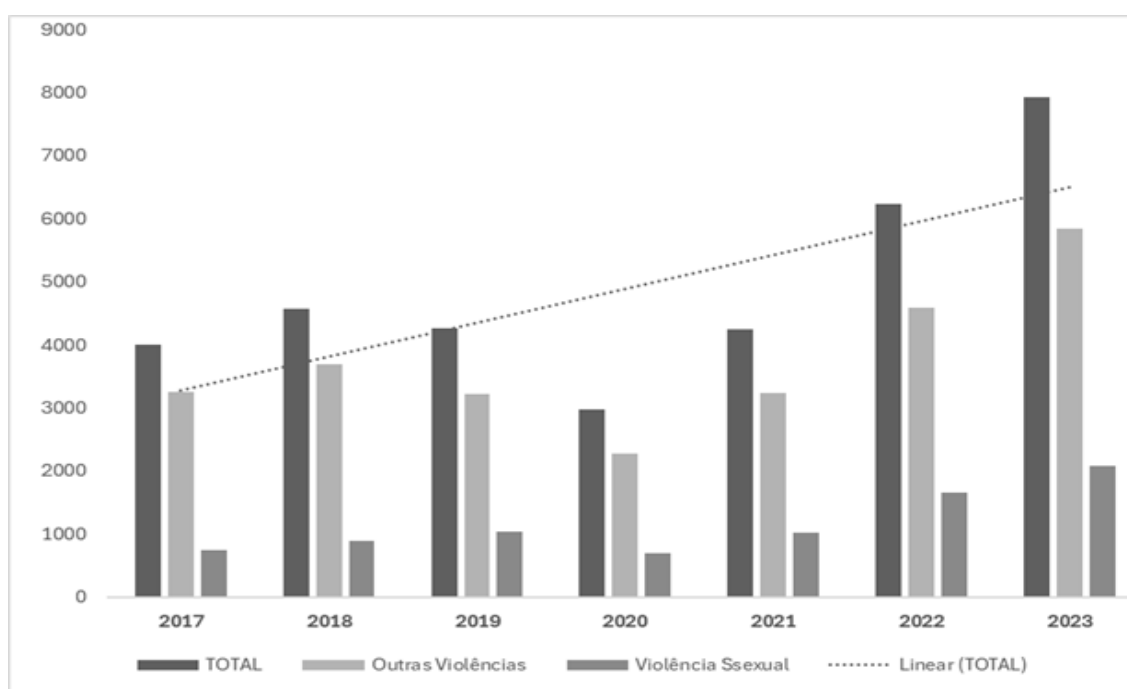
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP) CONFORME A RESOLUÇÃO Nº466/2012, do Conselho de Ética em Pesquisa (CONEP) e Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi) da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), sob o CAAE 687336623.4.0000.5060.

Por se tratar de estudo com dados secundários, o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado pelo CEP.

5 RESULTADOS

Foram identificadas 34.197 notificações de violência contra mulheres e meninas, entre 2017-2023. Dessas, 8.109 (23,7 %) notificações foram casos suspeitos e/ou confirmados de violência sexual, e 26.088 (76,3%) notificações de outras violências interpessoais, conforme descrito na Figura 7 e na Tabela 1. Na comparação com o ano anterior, observou-se uma redução de 7% no número de notificações em 2019, e de 30,3% em 2020, e, a partir de 2021, observa-se uma rápida recuperação do número de notificações, mantendo a tendência geral de aumento no total de anos estudados, observados na linha de tendência do gráfico (Figura 6).

Figura 6 - Frequência absoluta e percentual de variação na frequência absoluta de notificações de violência interpessoal entre mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, 2017 a 2023



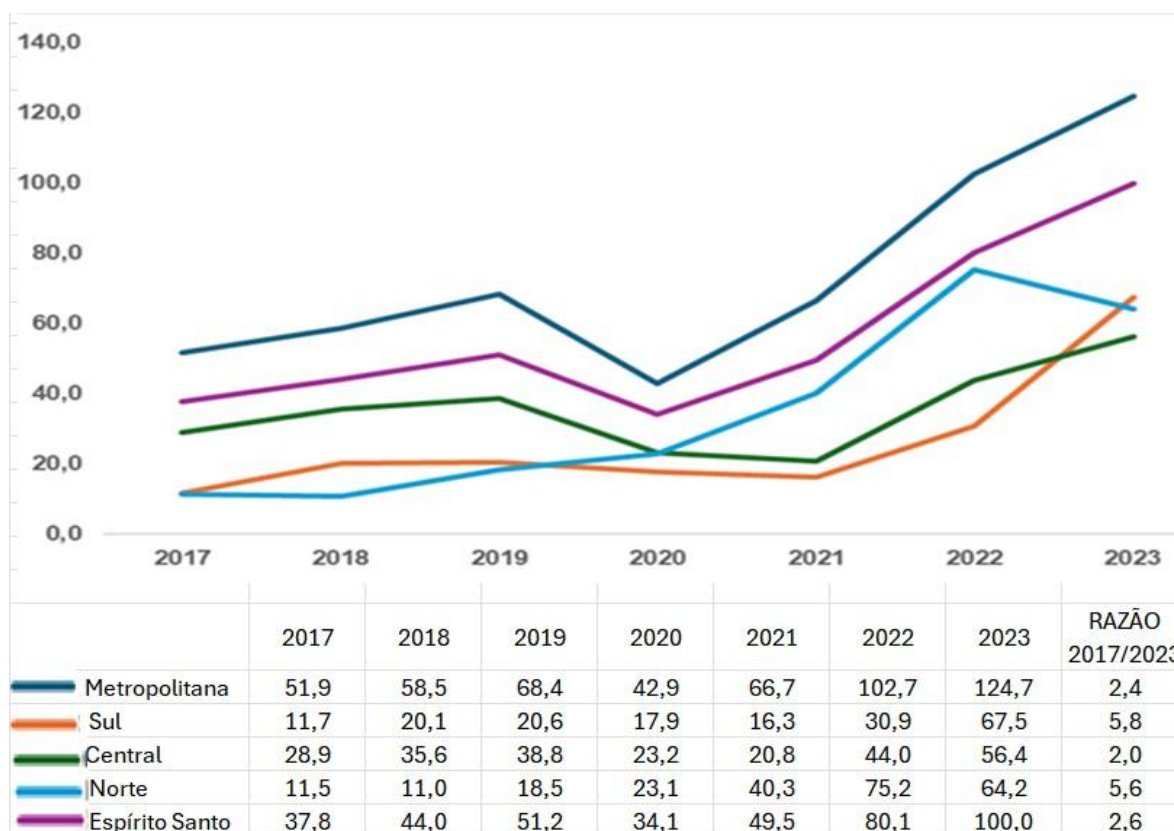
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total	FR
Outras Violências	3249	3693	3221	2273	3229	4580	5843	26088	76,3
Violência Sexual	750	882	1035	694	1015	1654	2079	8109	23,7
Total	3999	4575	4256	2967	4244	6234	7922	34197	
Variação		14,4	-7,0	-30,3	43,0	46,9	27,1		

Fonte: SINAN (2017-2019); e-SUS VS (2020-2023).

As taxas de notificação por 100 mil mulheres e meninas em cada região e a magnitude de aumento entre as taxas de 2023 em relação a 2017 estão descritas na Figura 6. Ainda que tenha ocorrido redução no período pandêmico, todas as regiões de saúde mantiveram uma trajetória de crescimento das taxas de notificação, com

aumento total de 2,6 vezes no estado entre os anos de 2017-2023. Na comparação entre todas as regiões de saúde, as maiores taxas foram observadas na Região Metropolitana com um aumento de 2,4 vezes no período. A Região Norte destacou-se por não apresentar redução das taxas de notificação de violência sexual durante o período pandêmico; pelo contrário, registrou aumento de 1,3 vezes em 2020 e 2,2 vezes em 2021, em comparação ao ano de 2019 e o segundo maior crescimento acumulado no período (5,6 vezes). No entanto, essa mesma região registrou uma redução de 11% em 2023, contrário ao flagrante aumento das taxas nas demais regiões de saúde. A Região Central, que ocupava a segunda colocação em 2017, sofreu redução em 2020/2021, porém sua recuperação foi a menor, alcançando em 2023, apenas o dobro do total de 2017. A Região Sul, que apresentava a menor taxa de notificação de violência entre mulheres e meninas em 2017, aumentou em 5,8 vezes até 2023, mesmo tendo havido uma redução durante a pandemia de Covid-19 (Figura 7).

Figura 7 - Taxas de notificação de violência sexual, segundo regiões de saúde, por 100 mil mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023 e razão entre as taxas de 2017 e 2020



Fonte: SINAN (2017-2019); e-SUS VS (2020-2023).

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA: FREQUÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DA VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONFORME VARIÁVEIS DE INTERESSE

Na Tabela 1 está descrita a distribuição sociodemográfica e por área de moradia dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas. Na referida tabela é possível observar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para todas as variáveis descritas, com exceção da distribuição territorial. Optou-se por apresentar a frequência absoluta e relativa dos dados faltantes, com o intuito de oferecer uma descrição fidedigna da incompletude das informações registradas nos sistemas de notificação, ainda que essas informações não tenham sido consideradas nos testes estatísticos.

Dentre as 8.109 notificações de violência sexual registradas contra mulheres e meninas no estado do Espírito Santo durante o período estudado, 5.681 notificações (70,1%) referiram-se a vítimas com até 19 anos de idade. No recorte etário, 20,4% vítimas tinham até 9 anos de idade, 33,9% entre 10 e 14 anos e 15,8% tinham entre 15 e 19 anos, e em relação à distribuição etária das vítimas de outras violências interpessoais, mais da metade (n= 17.946) tinha entre 20 e 59 anos (68,8%). Quanto à raça/cor autodeclarada, quase 70% das vítimas de violência sexual eram pretas ou pardas, e 23% eram brancas, com informação faltante em 3,2% das notificações; já entre as outras violências, 65,5% eram pretas ou pardas e 26% eram brancas, com dados faltantes em 4,2% das notificações. Em relação à escolaridade, 46,3% das vítimas de violência sexual tinham menos de oito anos de estudo, comparado a 31,6% dentre as vítimas de outras violências interpessoais, e 49,4% das meninas e mulheres notificadas nas outras violências interpessoais tinham entre 5 e 11 anos de estudo. Vale ressaltar que em 15,5% das notificações de violência sexual essa informação estava registrada como “não se aplica”, comparado a 8,2% das notificações de outras violências interpessoais, possivelmente refletindo a maior vitimização sexual de crianças em idade pré-escolar, já que para menores de 6 anos, a orientação é registrar como “não se aplica”. Quanto à situação conjugal, a maioria das vítimas de violência sexual (56,8%) não tinha companheiro (englobando solteiras, viúvas ou separadas) enquanto 9,6% estavam em união estável ou casamento, em contraste com 40,9% e 30,3%, respectivamente, entre as vítimas de outras violências interpessoais;

observou-se ausência de informação nessa variável em 33,7% das violências sexuais e 28,8 das outras violências. No que tange à zona de residência, 86,5% (n = 7.016) das vítimas de violência sexual residiam em áreas urbanas, e 9,8% (n = 795) em zona rural; embora estatisticamente significantes em comparação às vítimas de outras violências interpessoais (84,3% e 11,5%, respectivamente), essas diferenças não parecem importantes, na comparação entre ambos os tipos de violências analisadas. Em ambos os grupos, a distribuição territorial evidenciou concentração na Região Metropolitana do Espírito Santo, onde residiam cerca de 70% das violências notificadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica e por área de residência dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197) residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

Características	Violência interpessoal					
	Sexual		Outras VI		Total	
	N	%	N	%	N	%
Notificações	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Total	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Faixa Etária						
≤ 9 anos	1.654	20,4	2.375	9,1	4.029	11,8
10-14 anos	2.745	33,9	1.415	5,4	4.160	12,2
15-19 anos	1.282	15,8	2.397	9,2	3.679	10,8
20-29 anos	1.040	12,8	5.797	22,2	6.837	20,0
30-59 anos	1.299	16,0	12.149	46,6	13.448	39,3
60 anos +	89	1,1	1.955	7,5	2.044	6,0
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Raça/Cor						
Branca	1869	23,0	6.775	26,0	8.644	25,3
Preta/Parda	5670	69,9	17.089	65,5	22.759	66,6
Amarela/Indígena	310	3,8	1.137	4,4	1.447	4,2
Ignorados/branco	260	3,2	1.087	4,2	1.347	3,9
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Anos de Estudo						
≤ 4 anos	823	10,1	2.637	10,1	3.460	10,1
5 < 9 anos	2.937	36,2	5.658	21,7	8.595	25,1
9 < 12 anos	1.584	19,5	7.218	27,7	8.802	25,7
12 anos ou mais	474	5,8	1.808	6,9	2.282	6,7

Não se aplica	1.259	15,5	2.151	8,2	3.410	10,0
Ignorado/branco	1.032	12,7	6.616	25,4	7.648	22,4
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Estado Civil						
Com companheiro	776	9,6	7.908	30,3	8.684	25,4
Sem companheiro	4.602	56,8	10.669	40,9	15.271	44,7
Não se aplica	1.664	20,5	2.372	9,1	4.036	11,8
Ignorado/branco	1.067	13,2	5.139	19,7	6.206	18,1
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Zona						
Urbana/Periurbana	7.016	86,5	21.986	84,3	29.002	84,8
Rural	795	9,8	3.012	11,5	3.807	11,1
Ignorado/branco	298	3,7	1.090	4,2	1.388	4,1
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Região de Saúde						
Sul	1.094	13,5	3.459	13,3	4.553	13,3
Metropolitana	5.768	71,1	18.572	71,2	24.340	71,2
Norte	666	8,2	2.164	8,3	2.830	8,3
Central	581	7,2	1.893	7,3	2.474	7,2
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

*p<0,05; **p<0,0; Chi-quadrado de Pearson; todos os testes são bicaudais e excluem os dados faltantes (“não se aplica” e “ignorados/branco” foram incluídos na Tabela para ilustrar a incompletude da base de dados do DATASUS).

A caracterização dos casos notificados de violência sexual (VS) e outras violências interpessoais (VI) contra meninas e mulheres por ano de notificação e conforme as características da vítima da agressão e do agressor está descrita na Tabela 2. Foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para todas as variáveis descritas, com exceção da relação com o agressor. Manteve-se a apresentação da frequência absoluta e relativa dos dados faltantes, para a avaliação da incompletude dos registrados de notificação; essas informações não foram consideradas nos testes estatísticos para a comparação entre os grupos.

Em síntese, observou-se que, dentre as mulheres e meninas notificadas por violência sexual no Espírito Santo no período deste estudo, 69,9% eram negras; 54,3% eram menores de 14 anos; 46,3% tinham menos de 9 anos de estudo; 13,2% apresentavam transtorno ou deficiência; 56,8% não tinham companheiro; 11,4% estavam gestantes e 2,3% fizeram interrupção da gravidez prevista em lei; 86,5% residiam em área urbana; 71,1% residiam na Região Metropolitana; 67,1% das ocorrências foram nas próprias residências, sendo 42,4% casos de repetição, realizados por apenas um agressor (71,1%), que tinha idade maior de 24 anos (51,8%), do sexo masculino (91,8 %); e 19,0% deles tinham consumido álcool antes dos eventos (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Caracterização por ano de notificação e por características da vítima, da agressão e do agressor dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197). Espírito Santo, Brasil, 2017- 2023

características	Violência Interpessoal					
	Sexual		Outras VI		Total	
	N	%	N	%	N	%
Notificações	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Total	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Ano de Ocorrência						
2017	750	9,2	3.249	12,5	3.999	11,7
2018	882	10,9	3.693	14,2	4.575	13,4
2019	1.035	12,8	3.221	12,3	4.256	12,4
2020	694	8,6	2.273	8,7	2.967	8,7
2021	1.015	12,5	3.229	12,4	4.244	12,4
2022	1.654	20,4	4.580	17,6	6.234	18,2
2023	2.079	25,6	5.843	22,4	7.922	23,2
Gestante						
Sim	921	11,4	941	3,6	1.862	5,4
Não	5.402	66,6	20.141	77,2	25.543	74,7
Não se aplica	1.520	18,7	3.407	13,1	4.927	14,4
Ignorado/branco	266	3,3	1.599	6,1	1.865	5,5
Deficiência/Transtorno						
Não	5.690	70,2	17.584	67,4	23.274	68,1
Sim	1.069	13,2	2.754	10,6	3.823	11,2
Ignorado/branco	1.350	16,6	5.750	22,0	7.100	20,8

Local de Ocorrência						
Residência	5.445	67,1	17.502	67,1	22.947	67,1
Espaços Públicos	1.206	14,9	5.227	20,0	6.433	18,8
Outros	759	9,4	1.355	5,2	2.114	6,2
Ignorado/branco	699	8,6	2.004	7,7	2.703	7,9
Violência de Repetição						
Sim	3.438	42,4	11.913	45,7	15.351	44,9
Não	2.716	33,5	7.041	27,0	9.757	28,5
Ignorado/branco	1.955	24,1	7.134	27,3	9.089	26,6
Número de envolvidos						
Um	6.306	77,8	18.408	70,6	24.714	72,3
Dois ou mais	999	12,3	5.249	20,1	6.248	18,3
Ignorado/branco	804	9,9	2.431	9,3	3.235	9,5
Faixa etária do agressor						
≤ 24 anos	2.196	27,1	4.809	18,4	7.005	20,5
25 ou mais	4.198	51,8	15.925	61,0	20.123	58,8
Ignorado/branco	1.715	21,1	5.354	20,5	7.069	20,7
Vínculo com o agressor						
Familiares	4.022	49,6	13.086	50,2	17.108	50,0
Conhecidos	1.966	24,2	6.331	24,3	8.297	24,3
Desconhecidos	718	8,9	2.277	8,7	2.995	8,8
Outros	796	9,8	2.456	9,4	3.252	9,5
Ignorado/branco	607	7,5	1.938	7,4	2.545	7,4
Sexo do agressor						
Feminino	159	2,0	4.952	19,0	5.111	14,9
Masculino	7.448	91,8	17.200	65,9	24.648	72,1
Ambos	105	1,3	2.073	7,9	2.178	6,4
Ignorado/branco	397	4,9	1.863	7,1	2.260	6,6
Suspeita de uso de álcool pelo agressor						
Sim	1.544	19,0	7.972	30,6	9.516	27,8
Não	3.323	41,0	8.396	32,2	11.719	34,3
Ignorado/branco	3.242	40,0	9.720	37,3	12.962	37,9

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024). ³*p<0,05; **p<0,0; Chi-quadrado de Pearson; todos os testes são bicaudais e excluem os dados faltantes ("ignorados/branco" foram incluídos na Tabela para ilustrar a incompletude da base de dados do DATASUS).

Em sumário, os dados revelaram que o estupro é o tipo de VS predominantemente notificado, correspondendo a quase 80% dos casos. A vulnerabilidade de meninas e adolescentes é acentuada, com a faixa etária de até 14 anos (52,7%), somando mais da metade das vítimas de estupro, e a proporção mais alta ocorrendo entre 10 e 14 anos (33,7%). A gestação no ato da notificação da violência sexual foi identificada em 11,4% das vítimas notificadas, e embora a interrupção legal da gestação tenha ocorrido em uma pequena fração do total de casos (2,3%), ela representou uma parcela significativa (20,6%) entre as vítimas de violência sexual que estavam gestantes. Nessas interrupções, as mulheres de 20 a 59 anos de idade representaram a maioria, lembrando que a partir dos 18 anos, a vítima decide por si só. Contudo, os dados atuais limitam a capacidade de determinar a real proporção de gestações diretamente resultantes da violência sexual registrada, o que impede uma compreensão mais completa do impacto na saúde reprodutiva das vítimas (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização da violência sexual e de abortamento legal dentre os casos notificados de violência sexual contra mulheres e meninas (n=8.109). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

Características	Notificação de Violência Sexual	
	N	%
Tipos de Violência Sexual		
Estupro	6.414	79,1
Outras V.S	1.695	20,9
Gestante	N	%
Sim	921	11,4
Não	5.402	66,6
Não se aplica	1.520	18,7
Ignorado/branco	266	3,3
Abortamento Legal	N	%
Sim	190	2,3
Não	5922	73
Não se aplica	640	7,9
Ignorado/branco	1.357	16,7
Total	8.109	100

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

5.1.1 Razões de prevalência

A Tabela 2 apresenta a análise comparativa entre violência sexual e outras formas de violência interpessoal contra mulheres e meninas, notificadas no Espírito Santo, segundo as variáveis estudadas. A faixa etária da vítima foi o fator com maior magnitude de associação. Crianças de até 9 anos apresentaram uma prevalência 9,4 vezes maior (IC 95%: 7,62–11,67) de violência sexual em comparação às outras violências, e 15,2 (IC 95%: 12,27–18,72) vezes maior entre meninas de 10 a 14 anos, comparada às mulheres com 60 anos ou mais. Adolescentes entre 15 e 19 anos também tiveram prevalência mais elevada (RP = 8,0; IC 95%: 6,46–9,92). A prevalência da violência sexual diminuiu progressivamente em faixas etárias mais elevadas, sendo as mulheres com 60 anos ou mais o grupo de referência. Em relação à raça/cor, a análise ajustada indicou que não há diferença significativa entre mulheres negras (pretas e pardas) e brancas na prevalência da violência sexual na comparação com outras VI (RP = 1,2 e 1,0; IC 95%: 1,09–1,21; 0,94–1,04, respectivamente). Mulheres amarelas e indígenas apresentaram uma leve redução da prevalência (RP = 0,9; IC 95%: 0,80–1,13; 0,82–1,05, respectivamente), mas sem significância estatística, o que sugere distribuição semelhante da violência sexual e outras formas de violência interpessoal entre os grupos raciais após controle da idade no período e território deste estudo.

Na análise bruta, as vítimas com menor escolaridade (≤ 4 anos e 5 a 8 anos de estudo) apresentaram maior prevalência de violência sexual em comparação com outras formas de violência interpessoal, com razões de prevalência (RP) de 1,2 (IC 95%: 1,02–1,28) e 1,7 (IC 95%: 1,49–1,81), respectivamente. No entanto, após o ajuste por faixa etária, essa relação se inverteu: as RP ajustadas para esses mesmos grupos foram significativamente menores que 1 (12 ou mais anos), sendo 0,5 (IC 95%: 0,41–0,53) para ≤ 4 anos e 0,6 (IC 95%: 0,53–0,62) para 5 a 8 anos de estudo.

O estado civil apresentou associação significativa na distribuição da violência sexual em comparação a outras formas de violência interpessoal. Mulheres e meninas sem companheiro tiveram uma prevalência 1,8 vezes maior de violência sexual (RP = 1,8; IC 95%: 1,68–1,98) quando comparadas às que possuem companheiro, indicando que a violência sexual notificada é aquela que ocorre predominantemente fora de relacionamentos conjugais. No que tange à zona de moradia, a violência

sexual foi ligeiramente mais prevalente em áreas urbanas e periurbanas (RP= 1,1; IC 95%: 1,05–1,21), em contraste com outras violências interpessoais, que apresentam distribuição mais homogênea entre áreas rurais e urbanas. Por outro lado, não foram observadas diferenças significativas nas prevalências entre as regiões de saúde do Espírito Santo.

Em relação ao ano da notificação, observou-se um aumento progressivo da prevalência da notificação da violência sexual em comparação com as demais formas de violência interpessoal ao longo do período analisado, enquanto em 2017 — ano de referência — as proporções de violência sexual e outras violências se mantinham em equilíbrio. Em contraste, as outras formas de violência não apresentaram esse mesmo crescimento proporcional ao longo do tempo, mantendo-se estáveis ou em declínio relativo dentro do total de notificações.

Mulheres gestantes apresentaram maior suscetibilidade à violência sexual em comparação com outras formas de violência interpessoal, com uma razão de prevalência bruta de 2,3 (IC 95%: 2,18–2,51), reduzida para 1,7 após ajuste por faixa etária (IC 95%: 1,58–1,82).

De modo semelhante à gestação, mulheres com deficiência ou transtorno mental de qualquer natureza apresentaram maior prevalência de violência sexual em comparação às demais formas de violência interpessoal. Na análise bruta, a razão de prevalência foi de 1,1 (IC 95%: 1,01–1,22), sugerindo uma associação inicial modesta. No entanto, após o ajuste por faixa etária, essa associação tornou-se mais expressiva, com uma RP ajustada de 1,4 (IC 95%: 1,29–1,47).

Quanto ao local da ocorrência, a violência sexual apresentou distribuição distinta das demais formas de violência interpessoal. Na análise bruta, tanto os casos ocorridos em residências (RP = 1,3; IC 95%: 1,19–1,35) quanto em outros locais privados (RP = 1,9; IC 95%: 1,75–2,10) mostraram maior prevalência de violência sexual em comparação com os eventos registrados em espaços públicos (grupo de referência). Após o ajuste por faixa etária, as associações mantiveram-se significativas, embora com redução nas magnitudes: as próprias residências apresentaram RP ajustada de 1,2 (IC 95%: 1,17–1,33) e outros locais, uma RP ajustada de 1,5 (IC 95%: 1,40–1,68).

Na análise bruta, a razão de prevalência foi de 0,8 (IC 95%: 0,77–0,85), o que já sugeria uma associação inversa. Após ajuste por faixa etária, a associação permaneceu significativa, ainda que com menor magnitude, com uma RP ajustada de 0,9 (IC 95%: 0,82–0,90).

Além disso, a violência sexual esteve significativamente associada a situações com apenas um agressor. Na análise bruta, a razão de prevalência foi de 1,6 (IC 95%: 1,49–1,71), indicando que, proporcionalmente, casos com um único agressor estavam mais relacionados à violência sexual do que às demais formas de violência interpessoal. Após o ajuste por faixa etária, essa associação tornou-se ainda mais evidente, com uma RP ajustada de 1,8 (IC 95%: 1,73–1,98).

O sexo masculino foi o fator de maior magnitude de associação com a violência sexual. Na análise bruta, a razão de prevalência foi de 9,7 (IC 95%: 8,30–11,37), aumentando para 12,3 após ajuste por faixa etária da vítima (IC 95%: 10,53–14,43). Essa elevação indica que, mesmo controlando a idade das vítimas, o sexo masculino é um fator fortemente associado à violência sexual como agressores. Quanto à faixa etária do agressor, a associação foi mais modesta, mas ainda relevante. Na análise bruta, agressores com 25 anos ou mais apresentaram RP de 0,6 (IC 95%: 0,54–0,61), sugerindo inicialmente menor relação com a violência sexual. A suspeição de uso de álcool pelo agressor foi registrada em 19,0% da VS e em 30,6% de outras VIs, com RP de 1,7 (IC95% 1,64-1,69) que se manteve significativa com o ajuste pela idade das vítimas, embora com redução da sua magnitude (RP 1,1; IC 95%: 1,08-1,22).

Na análise bruta, as razões de prevalência para violência sexual em comparação às demais violências interpessoais foram próximas de 1: familiares (RP = 1,0; IC 95%: 0,91–1,06), conhecidos (RP = 1,0; IC 95%: 0,91–1,07) e outros vínculos (RP = 1,0; IC 95%: 0,92– 1,13), tendo como referência os desconhecidos. Após o ajuste por faixa etária, os valores permaneceram praticamente inalterados: familiares (RP ajustada = 1,0; IC 95%: 0,91–1,07), conhecidos (RP ajustada = 1,0; IC 95%: 0,92–1,09) e outros (RP ajustada= 1,0; IC 95%: 0,89–1,09).

Em resumo, a violência sexual contra mulheres e meninas no ES entre 2017 e 2023 apresentou características distintas das outras formas de violência

interpessoal. Destaca-se sua maior ocorrência em faixas etárias jovens, especialmente meninas de 10 a 14 anos. A prevalência é maior entre mulheres sem companheiro, em áreas urbanas e periurbanas, e em ambientes privados como residências. No entanto, é importante ter em mente que foram computados como sem companheiros, as vítimas solteiras, viúvas ou separadas, ou seja, a relação com os ex-parceiros íntimos pode estar sublimada na análise. Mulheres gestantes ou com deficiência e/ou transtornos mentais mostraram maior vulnerabilidade à violência sexual. Essa violência tende a ocorrer como evento único, o que não é garantia de que realmente foi apenas uma ocorrência, com um único agressor predominantemente do sexo masculino e com idade acima de 25 anos. Assim como em outras violências, o uso de álcool pelo agressor está associado à violência sexual. Observou-se também um aumento na notificação da violência sexual entre 2019 e 2023, possivelmente relacionado à maior exposição ou melhor detecção (Tabela 4).

Tabela 4 - Razão de prevalências brutas e ajustadas por faixa etária de notificação de violência sexual por faixa etária, segundo características da vítima, da agressão e do agressor contra mulheres e meninas na comparação com outras violências (n=34.197). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

Variáveis	Análise Bivariada		Modelo ajustado [#]	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Faixa Etária			-	-
≤ 9 anos	9,4	7,62-11,67	-	-
10-14 anos	15,2	12,27-18,72	-	-
15-19 anos	8,0	6,46-9,92	-	-
20-29 anos	3,5	2,81-4,34	-	-
30-59 anos	2,2	1,79-2,75	-	-
60 anos ou mais	1		-	-
Raça/Cor				
Branca	1		1	
Preta/Parda	1,2	1,09-1,21	1,0	0,94-1,04
Amarela/Indígena	1,0	0,8-1,13	0,9	0,82-1,05
Escolaridade				
≤ 4 anos	1,2	1,02-1,28	0,5	0,41-0,53
5 < 9 anos	1,7	1,49-1,81	0,6	0,53-0,62
9 < 12 anos	0,9	0,78- 0,96	0,6	0,53-0,65
12 anos ou mais	1		1	
Estado Civil				
Com companheiro	1		1	
Sem companheiro	3,4	3,13-3,64	1,8	1,68-1,98
Zona de moradia				
Rural	1		1	
Urbana/Periurbana	1,2	1,08-1,25	1,1	1,05-1,21

Região de Saúde				
Sul	1		1	
Metropolitana	1,0	0,92-1,05	1,0	0,93-1,05
Norte	1,0	0,89-1,08	1,0	0,92-1,11
Central	1,0	0,88-1,08	1,0	0,88-1,08
Ano de Notificação				
2017	1		1	
2018	1,0	0,93-1,13	1,0	0,89-1,08
2019	1,3	1,18-1,42	1,2	1,05-1,27
2020	1,2	1,12-1,38	1,2	1,04-1,28
2021	1,3	1,16-1,40	1,2	1,05-1,27
2022	1,4	1,30-1,54	1,1	1,05-1,25
2023	1,4	1,29-1,52	1,1	1,05-1,24
Gestante				
Sim	2,3	2,18-2,51	1,7	1,58-1,82
Não	1		1	
Deficiência/Transtorno				
Sim	1,1	1,01-1,22	1,4	1,29-1,47
Não	1		1	
Local da Ocorrência				
Espaços Públicos	1		1	
Residência	1,3	1,19-1,35	1,2	1,17-1,33
Outros	1,9	1,75-2,10	1,5	1,40-1,68
Violência de Repetição				
Sim	0,8	0,77-0,85	0,9	0,82-0,90
Não	1		1	
Número de Envolvidos				
Um	1,6	1,49-1,71	1,8	1,73-1,98
Dois ou mais	1		1	
Faixa Etária do Agressor				
≤ 24 anos	1		1	
25 ou mais	0,6	0,54-0,61	1,1	1,00-1,11
Sexo do Agressor				
Feminino	1		1	
Masculino	9,7	8,30-11,37	12,3	10,53-14,43
Ambos	1,6	1,21-1,98	1,1	0,85-1,40
Uso de Álcool pelo Agressor				
Não	1		1	
Sim	1,7	1,64-1,69	1,1	1,07-1,22
Vínculo com o Agressor				
Desconhecidos	1		1	
Familiares	1,0	0,91-1,06	1,0	0,91-1,07
Conhecidos	1,0	0,91-1,07	1,0	0,92-1,09
Outros	1,0	0,92-1,13	1,0	0,89-1,09

RP: Razão de Prevalências (regressão de Poisson), indicando a magnitude da associação com VS em relação a outros tipos de VI. IC95%: Intervalo de Confiança de 90%. #Ajuste por faixa etária. FONTE: SINAN:2017 A 2019 (EXTRAÍDO EM 13.09.23) E, E-SUS VS: 2020 A 2023 (EXTRAÍDO EM 29.06.2024).

5.2 QUALIDADE DOS DADOS OBTIDOS

A análise da qualidade dos dados provenientes das fichas de notificação de violência revelou limitações importantes, especialmente no que se refere à completude das informações.

No presente estudo, observou-se que variáveis como estado civil e suspeita de uso de álcool apresentaram taxas de incompletude superiores a 30%, sendo classificadas como de qualidade “muito ruim”. Variáveis como gestante, anos de estudo, violência de repetição e faixa etária do agressor apresentaram entre 20% e 30% de dados ausentes, sendo consideradas “ruins”. A variável deficiência/transtorno, por sua vez, foi classificada como “regular”, com incompletude de 16,6%. Por outro lado, as variáveis “local de ocorrência”, “número de agressores envolvidos” e “vínculo com o agressor” demonstraram qualidade “boa”, com taxas entre 5% e 10% de preenchimento ausente. Apenas as variáveis raça/cor, zona de moradia e sexo do agressor apresentaram padrão de excelência, com menos de 5% de incompletude, mesmo após a qualificação do banco de dados (Tabela 5).

Tabela 5 - Classificação da completude das variáveis das notificações de violência sexual contra mulheres e meninas (n = 8.109). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

Variáveis	Incompletude (N 34.197)		Classificação
	N	%	
Raça/cor	268	3,2	Excelente
Gestante	2.786	22,0	Ruim
Deficiência/Transtorno	1.350	16,6	Regular
Anos de estudo	2.291	28,2	Ruim
Estado Civil	2.731	33,5	Muito Ruim
Zona	298	3,7	Excelente
Local de ocorrência	699	8,6	Bom
Violência de repetição	1.955	24,1	Ruim
Números de envolvidos	804	9,9	Bom
Vínculo com o agressor	607	7,8	Bom
Sexo do agressor	397	4,9	Excelente
Suspeita de uso de álcool pelo agressor	3.242	40,0	Muito Ruim
Faixa etária do agressor	1.715	21,1	Ruim

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

6 DISCUSSÃO

A análise deste estudo ampliou a compreensão da magnitude e das características dessa grave violação de direitos humanos que é a violência sexual. O perfil das mulheres e meninas vítimas de violência sexual no ES reflete o padrão nacional descrito na literatura base deste estudo, inclusive na pandemia de COVID-19. Os resultados deste estudo revelam padrões recorrentes e determinantes associados à violência sexual, que, em comparação com outras formas de violência interpessoal, evidenciam especificidades no perfil das vítimas e na dinâmica das agressões. Tais achados refletem a persistência de desigualdades estruturais de gênero, sustentadas por relações patriarcais e sexistas que naturalizam a violência contra mulheres e meninas como fenômeno socialmente tolerado (Mastropáolo, 2022).

Essa naturalização é resultado de um processo histórico de dominação simbólica e material sobre o corpo e a sexualidade feminina, o que reforça hierarquias de poder e perpetua vulnerabilidades. Conforme argumenta Trugilho (2020), o enfrentamento da violência sexual requer a superação de barreiras históricas, culturais e institucionais, que limitam a efetivação de políticas públicas e o acesso a redes de proteção e cuidado. Nesse sentido, é indispensável o fortalecimento do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a melhoria da qualidade dos dados e o aprimoramento da articulação intersetorial entre os serviços de saúde, segurança pública e assistência social, de modo a garantir respostas integrais e qualificadas às vítimas (Schuelter-Trevisol *et al.*, 2024).

Os resultados apontaram uma redução do número de notificações em 2019 que pode ter ocorrido devido à alternância de processo de trabalho com a alteração do sistema de coleta de dados da violência. Essa hipótese considera que as fichas eram todas inseridas no SINAN por um digitador da vigilância, que recebia e digitava as fichas de todos os agravos de notificação. Com isso, alguns agravos eram priorizados, considerando a gravidade da doença, em detrimento de outros, não sendo possível manter o registro da violência em tempo real. Uma vez disponibilizado o novo sistema, e SUS VS, automaticamente desativou-se o sistema SINAN, anteriormente utilizado, mantendo a vítima em uma linha de cuidados garantido por portaria. Mas é uma hipótese que demanda uma investigação detalhada visando

localizar em que semana epidemiológica esta redução ocorreu para que a evidência comprove essa afirmativa. A redução observada nas notificações de violência em 2020 no ES, e sua retomada gradual em 2021, alinha-se aos padrões nacionais (Trugilho, 2020; Brasil, 2024).

Essa queda (2020) é atribuída às medidas de proteção impostas pela pandemia de COVID-19, que restringiram o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, dificultaram a notificação e o acesso à assistência. Por outro lado, a histórica dificuldade de busca por ajuda nos casos de violência, pode ter sido potencializado pelo receio da população em frequentar espaços de saúde, evitando contaminações por COVID 19. Mesmo assim, em nível mundial, múltiplos relatos de aumento da violência intra-domiciliar contra mulheres foram apontados para este período (ONU Mulheres, 2020). Segundo o MS, a redução observada em 2020 ocorreu, também, em todos os demais estados brasileiros (Brasil, 2024). O Atlas da Violência 2024 relata, também, uma redução no mesmo ano em todos os estados, com retomada de crescimento no ano seguinte (Cerqueira; Bueno 2024) (Figura 7).

A Região Metropolitana, por concentrar o maior parque de serviços de saúde do estado, tende a apresentar maior capacidade de organização das ações de enfrentamento às violências, entre outros serviços, refletindo-se em respostas mais rápidas e em maior número de notificações no período pós-pandêmico. No Brasil, estudos apontam que macro e microrregiões com maior infraestrutura de saúde, como as áreas metropolitanas do Sudeste, apresentam maior volume de notificações de violências interpessoais e autoprovocadas, em função da presença de serviços sentinela e maior articulação intersetorial (Melo *et al.*, 2022; Morais *et al.*, 2023).

Contrariamente, a Região Norte, com menor número de estabelecimentos de saúde, apresenta barreiras institucionais de acesso, embora tenha mantido o crescimento de notificação de violência em todo o período, exceto em 2023, alcançando o segundo maior crescimento. A Região Central, com grande defasagem de VIVAs municipais, obteve a menor taxa de crescimento de notificações, em relação a 2017. Diferentemente, a partir de 2020, a Região Sul implantou dois Núcleos Municipais de Prevenção da Violência e Promoção da Paz - NUPREVI, nos municípios de Maratázes e Presidente Kennedy em acordo à Portaria MS Nº 936/2004, ampliando em muito as notificações, a organização da rede de atenção e

cuidados, o correto encaminhamento das pessoas assistidas, devidamente pautados na intersetorialidade das mais variadas instituições que vão desde a assistência social, educação, conselho tutelar, ONGS e segurança pública.

Os resultados deste estudo revelam um perfil marcante da violência sexual contra mulheres e meninas, distinguindo-o de outras formas de violência interpessoal. Destaca-se a forte concentração dos casos em crianças e adolescentes, particularmente na faixa etária de 10 a 14 anos. Essa predominância em idades mais jovens ecoa achados de estudos prévios que consistentemente apontam a infância e a adolescência como períodos de maior vulnerabilidade. No ES, Pedroso e Leite (2024) já reportavam, para o período de 2011 a 2018, uma alta prevalência de notificações de violência sexual em meninas de até 9 anos (23,5%) e de 10 a 19 anos (43,9%). Em âmbito nacional, o Atlas da Violência (FBSP, 2024) reforça essa tendência ao indicar que 30,4% das violências sexuais notificadas no Brasil, em 2022, envolveram meninas de até 9 anos, e 49,06% estavam entre 10 e 14 anos. O Boletim Epidemiológico do MS (2021), analisando 2015 a 2021, também demonstrou que 41,2% (N= 83.571) das notificações eram de crianças menores de 9 anos, e 58,8% (N=119.377) de adolescentes entre 10 e 19 anos.

Corroborando essa perspectiva, o Boletim Epidemiológico de Minas Gerais (2023) identificou um crescimento expressivo de estupros contra menores de 14 anos. Schuelter-Trevisol *et al.*, (2024) correlaciona a elevada prevalência de violência sexual em crianças e jovens à sua dependência de adultos, à limitada capacidade de reconhecer e se proteger contra abusos, à manipulação por perpetradores que exploram sua ingenuidade e confiança, à facilidade de acesso dos abusadores (frequentemente do círculo social da vítima) e ao medo de denunciar, fatores que interagem (Schuelter-Trevisol *et al.*, 2024). Outro aspecto importante é o fato de que toda relação sexual com menor de 14 anos é considerada estupro de vulnerável. Isso leva a um maior número de notificações, pois independentemente da existência de relacionamento afetivo prévio ou de qualquer tipo de "consentimento", a legislação não reconhece a capacidade dessas adolescentes de consentirem o ato sexual. A violência sexual, embora se manifeste na sexualidade, é essencialmente uma questão de poder e desigualdade de gênero (Mastropáolo, 2022).

A partir de 2019, observa-se no banco deste estudo, um aumento expressivo

nas notificações de violência sexual, fenômeno que contribuiu para ampliar sua visibilidade em relação a outras formas de violência interpessoal. Essa elevação pode estar associada não apenas ao agravamento das ocorrências, mas também à melhoria dos mecanismos de vigilância, notificação e resposta institucional, bem como à maior disposição das vítimas em buscar os serviços de saúde e denunciar as agressões.

Segundo o Ministério da Saúde (2023), entre 2010 e 2019 as notificações de violência sexual contra mulheres cresceram cerca de 68%, refletindo tanto o fortalecimento das políticas de enfrentamento quanto o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica e do fluxo intersetorial de atenção. Em consonância, estudo de séries temporais sobre violências contra crianças no Brasil identificou uma tendência crescente de notificações de violência sexual entre 2011 e 2019, indicando avanços na detecção, registro e conscientização social sobre o tema (Ribeiro et al., 2023).

Esses achados sugerem que o aumento observado a partir de 2019 pode refletir um movimento combinado de maior exposição das vítimas, aprimoramento das políticas públicas e fortalecimento das redes de proteção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo após o controle para idade, a gestação da vítima permaneceu um fator de maior vulnerabilidade, sugerindo que, proporcionalmente, a violência sexual é mais recorrente entre gestantes do que outras formas de violência interpessoal. Esse fato é importante, uma vez que mulheres que sofrem violência física, sexual e psicológica de seus parceiros durante a gravidez apresentam mais depressão, ansiedade e estresse, maior risco de suicídio, menor conexão com o filho e menos amamentação (OMS, 2011).

Neste estudo, a mudança na associação entre escolaridade e tipo de violência, após ajuste por idade, sugere que a violência sexual é proporcionalmente menos prevalente entre mulheres e meninas com menor escolaridade do que outras violências interpessoais sendo mais frequente em grupos com maior escolaridade quando a idade da vítima é considerada. Esse fato sugere que a educação pode empoderar as mulheres, aumentando sua consciência sobre os direitos humanos e de gênero (ONU Mulheres, 2020) e talvez faça a violência sexual em mulheres com maior escolaridade, ter maior prevalência nas notificações na comparação às outras

violências interpessoais.

Os dados sobre estado civil indicam que a violência sexual notificada ocorre predominantemente fora de relacionamentos conjugais, contrastando com outras VIs frequentemente associadas a parceiros íntimos. Outro estudo sobre as notificações de violência encontrou a violência sexual dentre as violências por parceiros íntimos, mas igualmente, não foi a de maior frequência (Mascarenhas et al., 2022). No presente estudo, a maior proporção de VS entre mulheres com deficiência ou transtornos (após ajuste por idade) reforça a vulnerabilidade interseccional desses grupos. O estudo de Mascarenhas et al., (2020), também observou maior proporção de violências de natureza sexual, considerando o total de notificações de VPI sexual entre mulheres com deficiência e/ou transtorno, apontando que a complexa vulnerabilidade desse grupo é impulsionada por múltiplos fatores, incluindo uma possível dependência física e funcional do agressor (o parceiro), somada a maiores índices de pobreza e isolamento social (Mascarenhas et al., 2020).

O local de ocorrência da violência sexual, predominantemente em ambientes privados (mesmo após ajuste por idade), reforça seu caráter oculto e intrafamiliar, contrastando com outras VI que tendem a ocorrer mais em espaços públicos. Isso remete a importância de ações intersetoriais (Brasil, 2017; Pedroso; Leite, 2024), muito pautada na Atenção Básica em Saúde e na educação na prevenção e identificação precoce dessa violência em ambientes considerados "seguros". O número de agressores na violência sexual com predominância de um único agressor (associação que se fortalece ao controlar a idade da vítima), contrasta com outras VIs que tendem a envolver mais de um agressor nos vários tipos de violência interpessoal.

A garantia da autonomia reprodutiva é um princípio fundamental dos direitos sexuais e reprodutivos e pressupõe o respeito à integridade corporal e à capacidade de decisão da pessoa gestante. No entanto, exigências normativas e procedimentais em casos de abortamento legal, como a obrigatoriedade de visualização do feto ou preservação de fragmentos, têm sido apontadas como barreiras institucionais que limitam a autonomia e o acesso oportuno aos serviços de saúde. Estudos em bioética e saúde pública evidenciam que tais medidas refletem tensões éticas e normativas entre a autonomia da mulher e concepções sobre a "personalidade fetal",

influenciando práticas e políticas reprodutivas (Purdy, 2006; Samerski, 2015).

Embora revogadas por gestões subsequentes, a controvérsia entre a Nota Técnica Conjunta nº 2/2024-SAPS/SAES/MS e a Resolução CFM nº 2.378/2024 evidenciou a fragilidade dos direitos reprodutivos no Brasil, ao expor a influência de disputas morais e políticas sobre decisões técnicas em saúde pública. Enquanto a Nota Técnica reafirmou o direito ao abortamento legal sem limite gestacional, conforme parâmetros da OMS (2022), a resolução médica impôs exigências sem respaldo científico, criando barreiras ao acesso humanizado. A revogação dessa medida, após pressão social e judicial, revela a instabilidade normativa e institucional que ainda permeia a efetivação da autonomia reprodutiva feminina (Drezett, 2023).

A violência sexual é intrínseca a dinâmicas históricas, sociais e econômicas que estabeleceram desigualdades de gênero (Rodrigues, 2018). A alarmante ausência de denúncias (menos de 10% dos casos denunciados à polícia no Brasil) reflete o medo das vítimas e a dificuldade de acesso à justiça (Rodrigues, 2018). A violência, por suas consequências em morbimortalidade, é um problema de saúde pública que exige abordagem integrada e compreensão de suas raízes estruturais em estreita consonância com as desigualdades sociais, econômicas e de gênero, que perpetuam relações de poder desiguais e a exclusão de grupos historicamente vulnerabilizados.

No caso da violência sexual contra mulheres, essas desigualdades se manifestam por meio do patriarcado, do sexismo institucionalizado e da naturalização social da violência, fatores que reforçam a subordinação feminina e limitam o acesso a redes de proteção e atenção em saúde (Mastropáolo, 2022; Trugilho, 2020). (OMS, 2002; Trugilho, 2020). A OMS e a OPAS reiteram a violência por parceiros íntimos e sexual como graves violações de direitos humanos, com impactos devastadores na saúde física, mental, sexual e reprodutiva (WHO, 2014; OPAS, 2020). A violência na infância pode gerar transtornos emocionais e perpetuar ciclos de abuso (OPAS, 2020; UNICEF, FBSP, 2024).

A associação mais forte com vítimas sem companheiro e com maior escolaridade sugere dinâmicas específicas. É crucial reconhecer que o grupo “sem companheiro” inclui mulheres separadas, e muitos atos de violência são perpetrados

por ex-parceiros. Tais achados reforçam que a violência sexual possui motivações próprias, muitas vezes ligadas ao controle do corpo e da sexualidade feminina, seja por figuras externas ou por ex-companheiros. Estudos indicam que agressões podem ser motivadas por fatores como vingança, exploração econômica, dominação simbólica e coerção social, demonstrando que a violência sexual não se limita a questões individuais, mas reflete dinâmicas estruturais e relacionais de poder (Minayo *et al.*, 2018; FBSP, 2022). Compreender essa multiplicidade de fatores é essencial para a formulação de políticas públicas integradas e estratégias intersetoriais de prevenção e atenção às vítimas. Embora a PNRMAV preveja a prevenção, ações efetivas para combater a perpetração da violência por parceiros íntimos e não-parceiros são um foco mais recente (Stöckl; Sorenson, 2024).

A suspeita de consumo de álcool pelo agressor mostrou uma associação com a VS após ajuste por idade, sugerindo que o álcool é um fator predominante na dinâmica da VS, assim como nas outras formas de Vis (Valença; Nascimento; Nardi, 2013, Paludo e Schiro, 2012; OPAS, 2024; Mascarenhas *et al.*, 2022). A violência de repetição na VS, mesmo com a faixa etária exercendo algum efeito, indica que, ao contrário de outras VI que apresentam caráter crônico, a VS tende a ser registrada como evento único. Apesar de os dados apontarem uma menor associação entre violência sexual e repetição de episódios, isso não implica ausência de reincidência. Esse resultado pode refletir subnotificação de casos recorrentes, que pode resultar na subestimação da gravidade da violência, obscurecer padrões de reincidência e dificultar a identificação de fatores de risco associados à repetição de agressões. Além disso, refletem ainda, as dificuldades de acesso aos serviços, descrença da vítima no serviço, falhas nos registros ou inabilidade profissional no reconhecimento dos sinais e sintomas e até do preenchimento das notificações. Pode ainda, ser reflexo da invisibilidade ou da vergonha da violência nas relações conjugais, sendo notificadas apenas os casos ocorridos fora da rotina de casa.

A persistência da violência em mulheres já atendidas representa uma falha crítica dos sistemas de saúde e proteção social (Vieira *et al.*, 2015), destacando a necessidade de fortalecer a escuta qualificada e o acompanhamento contínuo das vítimas. A efetividade das estratégias de prevenção de reincidência, como as linhas de cuidado, permanecem um desafio, e a menor chance de repetição observada pode refletir limitações no seguimento dos casos e não uma superação do risco. Isso exige

aprimoramento contínuo dos mecanismos de registro, vigilância e monitoramento, com qualificação dos serviços (Espírito Santo, 2020, 2022). O estudo em Santa Catarina por Delziovo *et al.*, (2017) reforça essa complexidade, ao indicar que a violência sexual em relações íntimas é frequentemente “sublimada”, pautada na crença da privacidade e na não identificação de que a relação sexual sem consentimento é violência.

A estabilidade entre os modelos bruto e ajustado sobre o vínculo entre a vítima e o agressor sugere que a idade da vítima não atuaria como confundidor da associação entre o vínculo e o tipo de violência notificado. Isso sugere que tanto a violência sexual quanto as demais formas de violência interpessoal podem ocorrer em diversas relações sociais — familiares, conhecidas ou desconhecidas — reforçando a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordagens intersetoriais e contextualizadas. O ambiente domiciliar se consolidou como o principal local de ocorrência da violência sexual, desafiando a concepção do lar como espaço seguro.

No entanto, o fato de a maioria dos casos notificados ocorrerem na residência, não torna necessariamente a residência um local de risco. É um espaço onde também podem haver riscos, os quais devem ser reconhecidos e enfrentados. É importante ter cautela para produzir estigmas sobre a família e o lar rotulando-os como agressores, pois em regra o bom funcionamento familiar é um fator de proteção para as violências sexuais, assim como para outras formas de violência. Essa centralidade exige estratégias específicas de proteção e denúncia, especialmente em contextos de isolamento e ausência de redes de apoio. A prevalência de notificações em zonas urbanas sugere desigualdades territoriais que podem estar relacionadas à distribuição e acessibilidade dos serviços, capacitação de profissionais e cultura local.

Em contraste, outras formas de violência interpessoal apresentaram distribuição mais ampla, incluindo zonas rurais e espaços públicos, indicando contextos de ocorrência distintos. As análises indicam disparidades raciais significativas na violência sexual, com maior vulnerabilidade de meninas negras e pardas, evidenciando como desigualdades estruturais e históricas, incluindo o racismo institucional, limitam o acesso a direitos, à justiça e a serviços de saúde

(Minayo *et al.*, 2018). Tais padrões ressaltam a necessidade de abordagens interseccionais nas políticas públicas, considerando simultaneamente fatores de raça/cor, classe, idade, deficiência, gestação e território, para garantir respostas equitativas e efetivas no enfrentamento da violência interpessoal e sexual (FBSP, 2022).

Por fim, o sexo masculino é um fator fortemente associado à VS como agressores (Mascarenhas, 2022), representando 91,8% dos agressores (RP ajustada = 12,3) neste estudo. Agressores adultos (25 anos ou mais) estão relativamente mais associados à violência sexual. O estudo de Mascarenhas corrobora estes achados ao afirmar que a violência sexual está entre as três VI (junto com física e psicológica) de maior proporção perpetrada por parceiros íntimos, ou seja, adultos do sexo masculino. o perfil do agressor é crucial.

A associação elevada com o sexo masculino (RP ajustada= 12,3) evidencia a marca de gênero da violência sexual, apontando para a manutenção de estruturas patriarcais que legitimam o domínio masculino sobre o corpo feminino. Embora agressores adultos (25 anos ou mais) apresentem uma associação mais discreta com a violência sexual, esse dado sublinha a importância de considerar as complexas relações de poder intergeracionais envolvidas. O presente estudo reforça o caráter da violência sexual, frequentemente marcada por relações assimétricas e oportunistas. Tais achados ressaltam a urgência de protocolos específicos para investigação, acolhimento e responsabilização dos agressores, especialmente quando as violências ocorrem em contextos de intimidade pregressa, como ex-companheiros.

Quanto ao estado civil, a categoria “sem companheiro” não deve ser interpretada de forma simplista, mas sim como um indicativo de vínculos anteriores que, mesmo formalmente encerrados, ainda configuram riscos à integridade física e emocional das mulheres. A literatura corrobora que rompimentos amorosos podem gerar cenários de ciúmes, vingança, sentimento de posse ou rejeição à autonomia da vítima, elevando o risco de feminicídio (OPAS, 2005; Delzियो *et al.*, 2017).

No ano em que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) completa 35 anos, torna-se essencial reforçar a proteção integral de crianças e adolescentes,

conforme previsto pelo próprio ECA (BRASIL, 1990) e pela Lei nº 13.431/2017, que instituiu o sistema de garantia de direitos para o atendimento especializado de crianças vítimas ou testemunhas de violência. Ambas as legislações determinam a remoção do agressor do ambiente familiar como medida prioritária de proteção; entretanto, estudos mostram que, na prática, a alternativa mais frequentemente implementada é o acolhimento institucional da vítima, muitas vezes por limitações estruturais ou lacunas na rede de proteção familiar e comunitária (Minayo *et al.*, 2018).

Essa discrepância evidencia a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e da articulação intersetorial, garantindo que medidas protetivas efetivamente respeitem os direitos das crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária, sempre considerando o princípio da proteção integral e da prioridade absoluta (FBSP, 2022). Muitos estudiosos apontam que esta alternativa causa mais dor e sofrimento psíquico aos abrigados institucionalmente. Marchant (2019) afirma que a literatura clássica do desenvolvimento infantil converge na crítica de que cuidados básicos como alimentação e moradia são insuficientes para a proteção e o desenvolvimento adequado de crianças em acolhimento institucional.

O consenso estabelecido por pesquisadores como John Bowlby (1998), René Spitz (1968) e Anna Freud (1945) apontam a separação afetiva e a carência de vínculos contínuos e ternos como as principais causas de transtornos graves em crianças institucionalizadas. Bowlby enfatizou a separação afetiva como a principal causa dos transtornos, enquanto Spitz destacou a carência afetiva como um fator tão prejudicial quanto a falta de alimento para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Anna Freud reforçou que a interrupção das relações de objeto, e Donald Winnicott (1945) associou a falta de relação afetiva ao desenvolvimento de comportamentos antissociais (Marchant, 2019).

Apesar dos avanços legislativos e das melhorias nos sistemas de notificação, os resultados deste estudo indicam que o perfil das vítimas de violência sexual permanece consistente, reforçando a necessidade de ações de proteção mais incisivas. Dados recentes do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2024) corroboraram essa tendência, revelando um novo recorde de estupros consumados no Brasil em 2023 (83.988 vítimas), um aumento de 91,5% em treze anos se

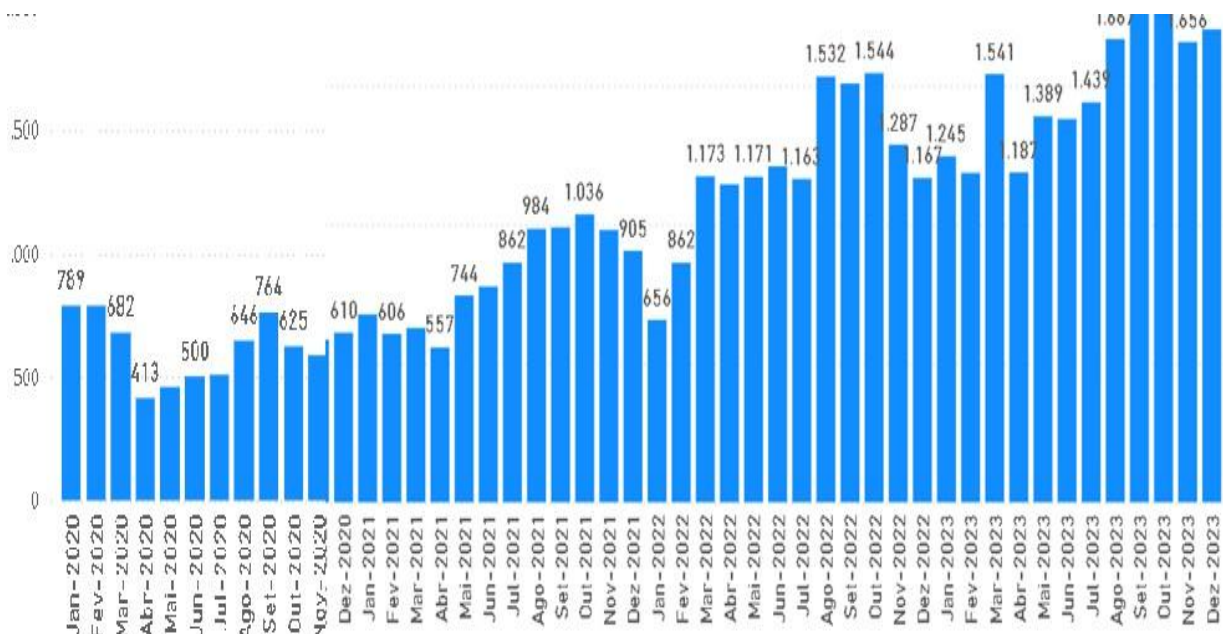
comparado a 2011 (43.869 vítimas), o que indica um crescimento praticamente contínuo no país.

Todas estas análises levam à reflexão de que a evolução das notificações no Espírito Santo entre 2020 e 2023 demonstra o impacto de mudanças estruturais significativas. A digitalização dos dados via e-SUS VS, a obrigatoriedade da notificação estendida a diversos profissionais (saúde, educação, assistência social, conselho tutelar pela Lei Estadual Nº 11.147/2020), e o fortalecimento das ações de vigilância, como a articulação intersetorial com a educação, contribuíram para essa elevação. Contudo, apesar da otimização no fluxo de dados, a alta proporção de reincidências (42,4% do total correspondente a aproximados 60% dos dados válidos) evidencia que o aumento na notificação, por si só, não tem sido suficiente para modificar a realidade da violência dentro do setor saúde. A melhoria na completude de variáveis como raça/cor, impulsionada pelo Plano de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), também destaca o papel dos incentivos institucionais, especialmente os financeiros, na produção de dados de qualidade.

A implantação do e-SUS VS em 2020, substituindo formulários físicos, trouxe benefícios, como a facilidade de inclusão de parceiros do SUS a partir de qualquer instituição que tenha acesso a WEB, a ciência dos casos em tempo real pelas referências municipal, regional e estadual. E, também, a disponibilidade dos dados por dashboard facilitando a interpretação deles. No entanto, a implantação foi prematura e o e-SUS VS também gerou desafios substanciais em capacitação, infraestrutura e conectividade, exacerbados pela pandemia de COVID-19.

Nesse contexto, a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) adaptou sua atuação, publicando uma Nota Técnica (Espírito Santo, 2020) e intensificando capacitações on-line. Com a Lei do Cuidado, a VIVA focou no aumento e precocidade das notificações, fortalecendo a articulação com o setor da educação, sobretudo estadual, via APOIE para rápida disseminação de conhecimento e produção de normativas para os diversos profissionais da educação, capilarizando a notificação ao SUS. As análises sugerem que o aumento percebido nas notificações foi impulsionado por essa articulação, com reduções durante as férias e picos nos períodos letivos pós-férias (Figura 8).

Figura 8 - Evolução da frequência absoluta de notificação de violência, Espírito Santo, Brasil, 2017 a 2023



Fonte: e-SUS/VS (2017-2023).

O incremento no volume de notificações e de serviços notificadores reflete um aprimoramento das ações da VIVA. No entanto, este aumento não implica, necessariamente, em uma elevação da incidência da violência, mas sinaliza uma maior sensibilidade do setor saúde no acolhimento e registro desses casos. Da mesma forma, a diminuição de aproximadamente 32% no total de notificações de violência no primeiro ano da pandemia (Espírito Santo, 2022) não representou uma redução real da violência, sendo confirmada como subnotificação por relatório da Subsecretaria Estadual de Política para as Mulheres do Espírito Santo (Espírito Santo, 2020).

Embora pouco evidenciado no Espírito Santo, o domínio territorial exercido por facções criminosas é um fator relevante que pode restringir o acesso das vítimas aos serviços públicos, conforme o controle geográfico da violência urbana. Esse fenômeno sublinha que, em muitos territórios, a vida das mulheres é regida pelas normas do crime organizado, sobrepondo-se às garantias do Estado Democrático de Direito (FBSP, 2024). No caso da violência sexual, esse contexto é relevante porque o domínio territorial e a insegurança podem restringir o acesso das vítimas a serviços de saúde, assistência social e justiça, criando barreiras adicionais para denunciar agressões ou buscar proteção. Nessa linha, o Governo do Estado do Espírito Santo tem dado continuidade ao Programa Estado Presente, uma iniciativa que já se

mostrou bem-sucedida em 2012, período em que o estado iniciou a redução de seus índices de homicídio.

Esse sucesso se atribui à recomposição do efetivo da segurança pública, por meio de concursos, à aquisição de novos equipamentos, armamentos e viaturas, e ao robustecimento do parque tecnológico, que modernizou os processos investigativos. Em um contraste notável, o Espírito Santo, que em 2009 enfrentava uma alarmante taxa de 58,3 homicídios por 100 mil habitantes — uma das mais altas do país na época —, alcançou uma taxa parcial calculada para o primeiro quadrimestre que indica uma queda expressiva para 18,5 homicídios por 100 mil habitantes, o que consolida o avanço das políticas públicas de prevenção à violência estadual, (IJSN,2025), em sua maioria voltada para a segurança pública. Assim, mesmo com avanços na redução de homicídios através de programas como o Estado Presente, o controle social exercido por grupos armados mantém zonas de vulnerabilidade específicas, onde mulheres e meninas podem estar mais expostas à violência sexual, especialmente em contextos de marginalização territorial (FBSP, 2024; IJSN, 2025).

Historicamente, o enfrentamento da violência tem sido predominantemente restrito aos setores da segurança pública e do sistema judiciário. Essa abordagem contribuiu para uma compreensão limitada por parte dos profissionais de saúde, que frequentemente circunscreviam sua atuação ao atendimento das consequências físicas e mentais da violência, delegando as causas e o enfrentamento a outras áreas (Krug *et al.*, 2002). Essa dificuldade da saúde em assumir a violência como campo de trabalho decorre de sua organização moderna, focada na recuperação de doentes e controle de epidemias, consolidada como um campo altamente tecnologizado.

Essa característica fala menos sobre equipamentos e mais sobre a orientação de um modelo científico voltado à produção de tecnologias, que no campo médico-sanitário se reflete na redução dos objetos ao biológico e na naturalização de aspectos sociais (Schraiber; D'Oliveira, 2009). Some-se a esse cenário o investimento limitado dos gestores das três esferas de governo no enfrentamento da violência no setor saúde, situação particularmente acentuada no governo federal anterior. Estudos indicam que, apesar de aumentos nominais nos recursos destinados à saúde, a alocação de verbas nem sempre priorizou a prevenção e o

enfrentamento da violência, refletindo desafios estruturais de financiamento e gestão do SUS (Brasil, 2017; CONASEMS, 2025; Senado Federal, 2018).

Alterações na forma de repasse dos recursos, como a redução de blocos de financiamento do SUS, também contribuíram para a fragilidade das ações voltadas à proteção das vítimas e à atenção integral, demonstrando a necessidade de maior investimento estratégico e intersetorial (BRASIL, 2017). No entanto, é fundamental que a saúde assuma um papel protagonista para além do curativo visando a organização do cuidado integral em seu aspecto ampliado.

Isso se deve pela legislação vigente, mas sobretudo porque a violência é, fundamentalmente, um problema de saúde pública, com impactos severos em morbidade, mortalidade e qualidade de vida (Krug *et al.*, 2002; WHO, 2014; OPAS, 2024). Para ser efetivamente incorporada como objeto legítimo de intervenção no SUS, a violência precisa ser traduzida em termos técnico-científicos, capazes de orientar políticas e práticas eficazes (Schraiber; D'Oliveira, 2009). A atuação da saúde é central no cuidado integral às vítimas, abrangendo prevenção e mitigação de danos, mediante uma rede de serviços acessível, eficiente e com equipe qualificada, conforme a Lei nº 13.427/2017 (Brasil, 2017).

O cuidado em saúde para vítimas de violência sexual abrange ações cruciais como testagem para ISTs, anticoncepção de emergência e profilaxia para HIV, além da interrupção legal da gravidez, quando aplicável, conforme preconizado pela PNRMAV (Brasil, 2005). Estudo de Lima, Larocca e Nascimento (2019) corrobora que, mesmo diante do direito legal, o acesso ao procedimento de abortamento é impedido por julgamentos morais e relações de poder que promovem a revitimização. O corpo feminino, historicamente sob o domínio de estruturas patriarcais, persiste como campo de embate ideológico e institucional, onde cada avanço exige resistência social e jurídica.

A abordagem teórica crítica marxista, dentre múltiplas abordagens, é fundamental para contextualizar a violência dentro da reprodução das desigualdades sociais estruturantes. Embora a violência tenha sido uma constante ao longo da história, seu alcance e impacto atuais exigem uma análise cuidadosa de suas raízes e características dentro de um contexto social influenciado pelo capital, ou seja, a

violência encontra abrigo, também, como uma expressão da sociabilidade capitalista, que exacerba disparidades de classe, raça e gênero, impactando diretamente a saúde e a dignidade das populações periféricas (Trugilho, 2020).

A estrutura e a organização, incluindo o sistema de saúde, têm um impacto direto e indireto na redução, intensificação ou manutenção das desigualdades e injustiças sociais, que são tanto causadas quanto agravadas pelo sistema capitalista de (re)produção. Essas dinâmicas fazem parte de um processo cultural, histórico e político que é multifacetado e complexo, especialmente quando se trata das chamadas políticas de austeridade. Após a crise econômica global de 2008 — conhecida como a “Grande Recessão” —, o conceito de austeridade tem sido associado ao ajuste orçamentário (ou, na prática, à redução dos gastos públicos) como uma ferramenta para estimular o crescimento econômico, particularmente nos países europeus classificados como de alta renda pelo Banco Mundial (Filippon *et al.*, 2022).

Nesta perspectiva, a violência revela disparidades nas relações sociais e manifesta-se através de formas de exploração, dominação, expropriação e opressão. Ela se espalha pela sociedade, causando sérios impactos na saúde e na qualidade de vida de grandes parcelas da população, especialmente entre pessoas de cor/raça parda e preta que vivem em condições de pobreza e residem nas áreas periféricas dos centros urbanos, privadas dos meios de produção (Trugilho, 2020). Essas conexões intergeracionais reforçam a necessidade premente de intervenções precoces, proteção integral e educação em direitos humanos (Stöckl; Sorenson, 2024; OPAS, 2024).

Em síntese, os resultados desta pesquisa evidenciam a complexidade da violência sexual contra mulheres e meninas e sublinham a urgência de políticas públicas integradas. Tais políticas devem articular saúde, educação, justiça e assistência social, com um enfoque interseccional, territorial e baseado nos direitos humanos. A prevenção da violência exige não apenas mudanças legais e institucionais, mas também a transformação das estruturas sociais que perpetuam a desigualdade de gênero e a cultura do estupro no Brasil.

Embora o e-SUS VS tenha dado celeridade e otimizado o processo de notificação direta por serviços de saúde e parceiros externos, manteve-se a elevada

proporção de notificações de ocorrência anterior. Os ganhos ao eliminar o trânsito físico de informações sensíveis, facilitando a gestão do sistema, a descentralização do registro, em contraste com o modelo centralizado do SINAN, e a redução de tempo entre a notificação e a entrada da ficha no SINAN, contrapõem com o resultado de um aumento significativo da incompletude dos dados. Conseqüentemente, a aceleração na entrada de notificações implicou uma redução na qualidade da informação, exigindo um esforço substancial da VIVA na qualificação, validação e garantia da consistência dos dados registrados.

Por outro lado, o desconhecimento profissional perpetua o silenciamento da violência sexual infantojuvenil, apesar da legislação (Lei 12.015/2009) reconhecer como crime a conjunção carnal com menores de 14 anos. Frequentemente, notificações registram relações como “consentidas”, justificadas por profissionais sob a alegação de ciência e apoio familiar, ignorando a ilegalidade de uniões estáveis ou matrimônios com menores de 16 anos (Art. 3º, Código Civil) (Brasil, 1940).

O estudo de Vieira *et al.* (2015), sobre capacitações em violência sexual em quatro capitais revelou que apesar de a saúde ter sido a área de maior número de capacitações, houve pouco investimento em prevenção e promoção de vínculos protetivos, chamando atenção para a participação da atenção primária nesta empreitada. Iniciativas intersetoriais foram raras, e o estudo sugere um plano de capacitação em violências e direitos sexuais de crianças e adolescentes, com ênfase na violência sexual (Vieira, *et al.* 2015).

6.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero que está intimamente relacionada às dinâmicas sociais, econômicas, políticas e históricas, que estabeleceram relações desiguais entre os gêneros desde o início do período colonial no Brasil. As formas atuais de violência ainda refletem essas estruturas históricas, com a persistência de práticas violentas que têm raízes no patriarcado e na escravidão. A violência contra as mulheres, em particular, continua a ser uma questão social urgente que requer ações efetivas de prevenção e repúdio por parte do Estado e da sociedade (Rodrigues, 2019). Esta condição é naturalizada, sendo a violência contra a mulher sustentada por construções históricas como o patriarcado, o sexismo e a cultura do estupro, que tratam a desigualdade de poder como algo

natural. A violência frequentemente é banalizada, sendo vista como normal e inerente à natureza masculina (Fernandes; Jesuino, 2018).

No entanto, quando suas consequências afetam a saúde da população, a violência se configura como um problema de saúde pública, devido à extensão dos seus efeitos em termos de morbidade (agravos, lesões temporárias e permanentes, sequelas) e mortalidade, com implicações significativas para o SUS (Trugilho, 2020).

Recentemente, a OPAS ratificou o conceito da ONU, ao afirmar que a violência praticada por parceiros íntimos e a violência sexual geram sérios problemas para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das sobreviventes e de seus filhos, tanto a curto quanto a longo prazo, além de acarretar elevados custos sociais e econômicos (OPAS, 2024). Essas violências podem resultar em gestações indesejadas, abortos induzidos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV. Quando ocorre durante a gravidez, a violência por parte do parceiro aumenta o risco de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro e nascimento de bebês com baixo peso.

As consequências psicológicas podem incluir depressão, transtorno de estresse pós-traumático, outros transtornos de ansiedade, dificuldades de sono, transtornos alimentares e tentativas de suicídio. No aspecto físico, os efeitos podem se manifestar como dores de cabeça, dores nas costas, dor abdominal, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais, mobilidade limitada e problemas gerais de saúde. Além disso, essa violência pode resultar em lesões graves e até consequências fatais, como homicídio ou suicídio (OPAS, 2024).

A violência sexual, especialmente quando vivida na infância, pode levar a um aumento do tabagismo, do uso de drogas e álcool, bem como a comportamentos sexuais de risco na vida adulta. Também está associada à perpetração de violência (em homens) e à vivência de violência (em mulheres). Crianças que crescem nos lares onde há violência podem desenvolver uma série de transtornos comportamentais e emocionais. Fatores como baixa escolaridade, maus-tratos na infância, exposição à violência familiar, uso nocivo de álcool, atitudes violentas e desigualdade de gênero, abuso sexual na infância, além do uso normativo da agressão para resolver conflitos, estão associados ao aumento do risco de violência (OPAS, 2024).

Além disso, a agressão exercida por parceiros íntimos está ligada a maiores taxas de mortalidade e morbidade entre crianças menores de cinco anos, resultando problemas como doenças diarreicas e desnutrição (OPAS, 2024). Os dados apontados em recente relatório da UNICEF e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) afirmam que os registros de estupro de crianças e adolescentes aumentaram 6% entre 2021 e 2022, e 13,8% em 2023. Esse aumento foi observado em todas as faixas etárias, mas as mais jovens apresentaram o crescimento mais acentuado. No último ano, os registros de estupros de crianças de até 4 anos subiram 23,5%; entre 5 e 9 anos, o aumento foi de 17,3%; na faixa de 10 a 14 anos, houve um crescimento de 11,4%; e, na faixa de 15 a 19 anos, os números subiram 8,4% (UNICEF, FBSP, 2024).

O setor saúde é chamado pela PNRMAV a fazer alinhamento com a rede de proteção e cuidados para reduzir os danos da violência, ofertando o protocolo de cuidados que inclui testes de detecção rápida para as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a anticoncepção de emergência, conhecida como a pílula do dia seguinte e ainda, a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), pelo uso de antiretroviral e ainda a interrupção da gravidez quando a mulher ou menina, que tem uma gravidez por estupro, desejar (Brasil, 2005).

No entanto, alguns estudos como o realizado no serviço de abortamento no Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná, apontaram a dificuldade passada por mulheres para conseguir a garantia dos seus direitos. Analisando os Termos de Relato Circunstanciado (TRC) relatadas as violências sofridas bem como a afirmação do desejo pela interrupção da gestação. As autoras afirmam que as relações de poder estabelecidas acerca do fenômeno interferem diretamente nos comportamentos e condutas pós-violência sexual, culminando em gestações indesejadas (Lima *et al.*, 2019).

Os resultados do presente estudo, também, apontaram para um reduzido uso deste direito no Espírito Santo. Uma vez que a notificação é realizada no primeiro atendimento, pode ocorrer de no ato da interrupção, que é realizado *a posteriori*, a equipe não tenha notificado por não ter ocorrido no primeiro atendimento. Se assim for, percebe-se a necessidade de protocolos mais evidentes para garantir acesso e registros corretos.

O fato é que historicamente o corpo feminino é dominado, e cada avanço que a mulher dispõe é conquistado pelos muitos movimentos sociais que contrapõem o tempo todo contra a hegemonia masculina (Minayo *et al.*, 2018). No governo federal passado, foi produzida nova regulamentação dos serviços de abortamento, que segundo o artigo 8º da Portaria Nº 2.282 de 27.08.2020, a equipe médica deveria informar acerca da possibilidade de a gestante fazer a visualização do feto ou embrião por meio de ultrassonografia, caso a gestante desejasse, e essa deveria preferir expressamente sua concordância, de forma documentada.

Uma vez questionada, essa legislação foi revogada. Na publicação da substituta: Portaria Nº 2.561 de 23.09.2020, revogou-se o artigo sobre a ultrassonografia, porém, permaneceu a determinação para que a equipe preservasse fragmentos do produto para envio à justiça visando a investigação do crime de estupro. Com o retorno do governo democrata, esta legislação também foi revogada, retornando à Portaria Nº 1.508/2005, mais humanizada.

Uma vez que o código penal, ao reconhecer o direito de a mulher interromper a gravidez decorrente de estupro, não determinou idade fetal e atendendo reivindicação antiga dos movimentos de mulheres, o MS produziu uma NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 2/2024-SAPS/SAES/MS com objetivo de analisar a NOTA TÉCNICA Nº 44/2022-DAPES/SAPS/MS (0027713213), removendo a idade limite de 21 semanas e 6 dias para a interrupção de gravidez previstas nos protocolos do SUS. Essa nota foi emitida em razão da abertura do Processo SEI 25000.064515/2022-82 Ofício Nº 2758/2022/PRMG/PRDC - 1.22.000.001276/2022-14 (0026808528), por meio do qual a representação do Ministério Público Federal em Minas Gerais encaminhou a Recomendação Nº 6/2022/MPF/PRMG/PRDC, onde diferentes instituições integrantes do Sistema de Justiça solicitaram que fossem realizadas ações no sentido de atualizar normas e harmonizar as informações sobre as condutas a serem adotadas nos serviços de saúde (Brasil, 2024).

Ocorreu grande movimentação entre os parlamentares contrários, com muitos questionamentos até que a CÂMARA DOS DEPUTADOS, sobretudo por políticos do partidos conservadores emitiram um REQUERIMENTO DE INFORMAÇÃO à Ministra da Saúde, Sra. Nísia Trindade, acerca da Nota Técnica Conjunta Nº 2/2024-

SAPS/SAES/MS, de 28 de fevereiro de 2024, que anulou a Nota Técnica Nº 44/2022-DAPES/SAPS/MS e tornou sem efeito o Manual “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos Casos de Abortamento” de 2022 (Câmara dos Deputados, 2024). Diante deste cenário, o MS recuou, e por meio de nota à imprensa, suspendeu o efeito da referida nota (Brasil, 2024).

No calor dessa discussão, o Conselho Federal de Medicina produziu a RESOLUÇÃO CFM Nº 2.378/2024, publicada em: 03/04/2024, proibindo os profissionais médicos a prática do procedimento nomeado “assistolia fetal”, imprescindível no caso de interrupção da gravidez para idade gestacional acima de 22 semanas (CFM, 2024). Dessa forma, nenhum profissional ousou quebrar esta regra, deixando os serviços desguarnecidos de médicos, impossibilitando o atendimento. Muitas articulações foram feitas, pressão dos movimentos sociais, imprensa, além de questionamento do Supremo Tribunal de Justiça e o Conselho Federal que, forçosamente, revogou a norma (CFM, 2024). Esse episódio ilustra a fragilidade das ações propostas para as mulheres e ainda a luta diária feminina para garantia de seus direitos, especialmente quando ela ousa desafiar papéis impostos pela sociedade como o de mãe ou esposa, enfrentando constantes barreiras e defendendo seu direito à autonomia e saúde.

Embora a PNRMAV já tenha trazido a necessidade de inserir a prevenção da violência e a promoção da saúde como formas de enfrentamento da violência, só recentemente, as ações começaram a se concentrar na prevenção e nos elementos que contribuem para a perpetração da violência por parceiros íntimos e no estupro cometido por homens que não são parceiros (Stockl, 2024).

É interessante perceber que mesmo após vários anos de estudo, as pesquisas sobre a violência sempre foram pautadas nas análises a partir da vítima ou de seu algoz dentro de um relacionamento. Isso ocorre, mesmo que as pesquisas iniciais sobre os fatores de risco e proteção relacionados à violência contra a mulher tenham suas raízes na sociologia, no feminismo e na psicologia (Stockl, 2024). Nesta perspectiva, este trabalho buscou avançar para analisar a violência no contexto dos processos de trabalho da vigilância de violência, já que a busca de artigos que corroborassem os resultados desse estudo restou infrutífera.

7 CONCLUSÃO

A análise dos registros do SINAN e e-SUS VS no Espírito Santo entre 2017 e 2023 evidenciou que a violência sexual contra mulheres e meninas apresenta padrões distintos de outras violências interpessoais, confirmando a hipótese do estudo. Observa-se maior vulnerabilidade em crianças e adolescentes, gestantes, pessoas com deficiência ou transtorno mental e mulheres sem companheiro, com predominância de agressões cometidas por homens adultos, conhecidos, em ambientes privados e concentração em áreas urbanas. Esses achados reforçam o caráter oculto e assimétrico da violência sexual e a necessidade de estratégias específicas de detecção e proteção nos serviços de saúde.

Apesar das limitações estruturais, como subnotificação, incompletude de dados e complexidade dos instrumentos de notificação, a vigilância epidemiológica de violência desempenha papel central no monitoramento do fenômeno e na formulação de políticas públicas. A violência sexual sendo a mais complexa, é apenas 23% das notificações que o agravo compila. Ainda que tenham ocorridos avanços no aumento das notificações amparadas pela legislação estadual e por sistemas próprios de coleta, a estruturação do SUS/ES ainda está longe de atingir o necessário para um bom desempenho da vigilância e ampliar a organização da oferta do cuidado.

O acúmulo de tarefas sobrepostas aos técnicos e a baixa qualidade da estratégia de fixação do servidor ao serviço, como concurso público, não permite que as ações sejam executadas como determinam as legislações, ou o fazem nem sempre dentro do prazo. Segundo Nota da ENSP/Fiocruz (2021), este mesmo cenário é visto em todo o Brasil, pois “apesar da gravidade epidemiológica, a PNRMAV não tem sido priorizada, sofrendo um desmonte progressivo. Isso se manifesta no baixo incentivo à qualificação profissional, na desarticulação da rede de Núcleos de Prevenção, no fechamento de serviços especializados, na desorganização das redes de proteção e na falta de estímulo ao monitoramento e notificação de violências” (ENSP/Fiocruz, 2021).

Esses achados reforçam a importância da vigilância epidemiológica de violência - VIVA, como instrumento estratégico para monitorar a violência, subsidiar políticas públicas e orientar ações de prevenção e atenção integral. O estudo

evidencia, a necessidade de fortalecimento da VIVA, por meio da integração entre níveis de atenção à saúde, investimento em recursos humanos e melhoria da qualidade e completude dos registros, garantindo respostas mais rápidas e efetivas à violência sexual (Minayo *et al.*, 2018; Schuelter-Trevisol *et al.*, 2024; FBSP, 2022).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência não é um fenômeno abstrato; ela é uma realidade concreta que se manifesta de maneira específica em cada estado e município. Portanto, é essencial desenvolver estratégias intersetoriais de enfrentamento. Nas diversas situações, ações coletivas precisam envolver setores como educação, serviços sociais, justiça, segurança pública, ministério público, poder legislativo e movimentos sociais, com o objetivo de promover uma sociedade que valorize a vida e promova a convivência saudável entre seus cidadãos (Minayo, 2013).

É esperado que os gestores coloquem a violência na pauta, não na mesa da segurança pública, mas na saúde, com foco na atenção, cuidado, prevenção e promoção da saúde. Isso se deve ao fato de que a violência e seus impactos criam desafios para o cuidado em saúde. Contudo, a integração desse tema na agenda de saúde pública enfrenta obstáculos que demandam a superação das abordagens tradicionais, visando uma abordagem mais abrangente para o atendimento às vítimas (Ribeiro, 2016).

Apesar dos tempos obscuros do governo federal passado, alguns marcos legais e políticos refletem a recente e contínua evolução das políticas públicas no Brasil em relação à saúde e à prevenção da violência, ocorrida no atual governo democrático, evidenciando o comprometimento com a proteção e o bem-estar da população em todas as suas dimensões. Em 2024, ocorreu a implantação de uma secretaria específica para a vigilância de violência no MS, e o debate voltou a ocorrer com estados e municípios.

Alguns movimentos importantes de partilhar soluções para as necessidades apontadas pelos estados e atualização de instrumentos de gestão como a ficha de notificação têm sido a tônica da equipe atual do MS. Some-se à implantação de projetos estruturantes como o PROJETO TRAUMA cujo propósito é usar a interoperabilidade dos dados do próprio SUS e parceiros como segurança pública para contribuir na qualidade dos dados em relação às causas externas visando predição de condicionantes que aumentam a probabilidade de óbito por violência.

Internamente, a VIVA/ES já havia detectado algumas situações que poderiam passar por qualificação para redução das incompletudes, duplicidades e outros. No

entanto, só depois do início deste estudo, foi ampliada a provocação aos gestores, sensibilizando-os sobre a dificuldade encontrada para as análises, conseguindo então que o gestor da pasta da Vigilância em Saúde apoiasse a proposta de organização dos processos de gestão do dado do e-SUS VS visando qualificação na coleta dos dados, por meio da automação de preenchimento de variáveis e/ou identificando possíveis duplicidades e inconsistências usando a inteligência artificial. Se por um lado resolve-se parcialmente algumas das dificuldades encontradas no decorrer deste estudo, por outro, perde-se na autonomia do sujeito notificador e, em alguma instância, também perde a autonomia das análises pela vigilância.

A vigilância epidemiológica tem sido a responsável pelo desenvolvimento da PNRMAV nos territórios, e isso se torna um desafio, pois embora seja a mesma, ela não se desenvolve de igual maneira como nas doenças transmissíveis. Sobretudo no que diz respeito à investigação, não há protocolos de exames e correlatos sobre a violência em geral para além da materialização dela na vítima, exigindo adaptação e proatividade do técnico do agravo. Considerando a magnitude, o impacto e as implicações que acidentes e violência trazem consigo, na vigilância epidemiológica de violência, a interação com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, é uma situação *sine qua non*, com uma peculiaridade de que esta harmonização entre os serviços não se esgota no SUS. Para garantir a atenção integral às pessoas em situação de violência, a PNRMAV preconiza o trabalho parceiro com a segurança pública, educação, assistência social, direitos humanos, conselhos e todos os segmentos que possam contribuir para alterar a realidade da pessoa e cessar e/ou reduzir a convivência com a violência.

Por tudo isso, percebe-se que a Vigilância de Violência e Acidentes — VIVA — demanda um regramento diferente, com profissionais proativos, quase militantes da causa da construção da paz, com perfil diferenciado e vínculos perenes que um processo de seleção de recursos humanos não consegue resolver. Por isso, ao encontrar um profissional com perfil, muitas vezes subjetivos, deve-se evitar a substituição do servidor, pois interrompe o necessário processo de acreditação dos serviços parceiros, circunstanciando a acumulação de conhecimento e de acordos firmados na rede de atenção, cuidado e proteção.

E, ao considerar as diretrizes da PNRMAV, também cabe à vigilância a provocação interna de implantação de serviços especializados para o atendimento às pessoas em situação de violência, a partir do perfil das vítimas encontrados no banco de dados. Da mesma forma, a implantação de NUPREVI nos territórios se torna imperioso para garantir a efetividade da intersectorialidade de maneira horizontalizada, mas com regramentos claros previstos na portaria 936/2004.

Embora pareça fácil, é uma tarefa extenuante e que demanda uma disciplina e regulação da VIVA para a eficácia do enfrentamento da violência pelo setor saúde. Obviamente que a VIVA é, legalmente, sem sombra de dúvidas, a inteligência epidemiológica que regula todas as demais ações. Deve ser por isso que o MS adotou uma espiral como símbolo da VIVA, pois a cada novo caso, uma nova parceria se faz necessária, ampliando a rede de contatos da VIVA. Diante da dimensão e impacto, a violência constitui um grave problema e desafio para o setor saúde, também no Espírito Santo.

8.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E DIFICULDADES NA PREPARAÇÃO DOS BANCOS

As limitações deste estudo incluem, inicialmente, a seleção das notificações de violência sexual, que geralmente correspondem aos casos de maior complexidade de revelação pela vítima, detecção e credibilidade pela equipe dos serviços de saúde, o que dificulta o manejo adequado. Nascimento (2023) destaca que mulheres vítimas de violência sexual enfrentam barreiras significativas para acessar serviços de saúde, incluindo medo de revitimização, vergonha, estigma social e falta de informações sobre seus direitos.

Além disso, os registros abrangem casos suspeitos e/ou confirmados, muitas vezes de maior gravidade, submetidos a protocolos com prazos definidos (72 horas) para redução dos danos imediatos, enquanto os impactos da violência sexual tendem a se estender por períodos prolongados ao longo da vida. A violência sexual deixa consequências de longo prazo para as vítimas, incluindo trauma psicológico, problemas de saúde física e dificuldades de reintegração social, afetando mulheres e meninas ao longo de suas vidas (ONU, 2024). Tais impactos persistem mesmo após o término do episódio de violência, reforçando a necessidade de políticas e

serviços de apoio contínuo.

Outra limitação refere-se à natureza dos dados secundários, coletados por meio dos sistemas de informação e vigilância em saúde (SINAN e e-SUS VS), os quais dependem da qualidade, completude e precisão dos registros realizados pelos profissionais de saúde, da educação, da assistência social e conselho tutelar, no caso do Espírito Santo. Essas bases podem apresentar subnotificação, inconsistências e dados incompletos, limitando a capacidade de caracterizar plenamente a magnitude e os padrões da violência sexual (Brasil, 2016; Mello; Silva, 2025).

A subnotificação de casos de violência é um desafio reconhecido (Vasconcelos *et al.*, 2024), agravado pelo fato de que a maioria das vítimas de violência não procura serviços de saúde ou assistência. Embora a notificação de violência seja obrigatória para profissionais de saúde e, desde 2020, para outros parceiros da rede de cuidado e proteção (Lei Nº 11.147), o preenchimento das fichas de notificação é influenciado por múltiplos fatores. Primeiramente, depende da percepção e do reconhecimento de sinais e sintomas de violência pelos profissionais, visto que as vítimas nem sempre explicitam a situação nos serviços de saúde, assistência social ou no ambiente escolar. Isso leva à subnotificação da violência interpessoal contra mulheres e meninas.

No caso específico da violência sexual, a percepção da ocorrência é ainda mais complexa: em contextos escolares, apenas casos relatados pelas vítimas ou aqueles com impactos graves no comportamento ou na funcionalidade, ou ainda as gestações são visibilizados; em serviços de assistência, queixas explícitas de violência sexual grave são mais comuns, mas casos ocorridos no âmbito doméstico (que afetam desproporcionalmente meninas e adolescentes) raramente são encaminhados ou as vítimas são frequentemente acompanhadas por agressores ou cúmplices, dificultando a identificação e a notificação adequada.

Vale ressaltar que embora ambos os sistemas de informação (SINAN e e-SUS) utilizem a mesma normativa, o banco apresenta diferenciações quanto a localização de algumas variáveis, bem como na nomenclatura de outras, gerando um dificultador na junção dos bancos.

Adicionalmente, observou-se uma elevada taxa de incompletude e inconsistência nos dados registrados nas fichas de notificação. Por fim, é crucial considerar que municípios com mecanismos de vigilância mais estruturados e equipes mais capacitadas tendem a apresentar taxas de notificação mais elevadas, o que nem sempre reflete uma maior incidência de violência nessas localidades, mas sim uma melhor capacidade de registro.

REFERÊNCIAS

AMARIJO, C. L. *et al.* Fatores associados à violência sexual contra mulheres: análise de ocorrências policiais. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 761-767, out./dez. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37649>. Acesso em: set. 2023.

BOWLBY, J. **La separación. España**: paidos, 1998. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5492180&pid=S2317-2509201900020000800001&lng=pt. Acesso em: 10 jul. 2025.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 21, 2003. Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-3-21>. Acesso em: 5 out. 2025.

BERTINI, L. M.; FROTA, F. H. da S. Estado, políticas públicas e segurança no Pronasci. **Revista Conhecer: Debate entre o Pensamento Científico e a Prática Educacional**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 68-79, 2018. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistaconhecer/article/download/1050/953/4319>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Notificação e Investigação de Violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.992**, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 28 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da mulher brasileira**: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Brasília Ministério da Saúde, mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023>. Acesso em: 5 out. 2025.

BRASIL. Governo do Brasil. **Presidente sanciona lei que proíbe discriminação em bolsas acadêmicas por motivo de gestação ou adoção**. Brasília, 24 abr. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2025/04/presidente-sanciona-lei-que-proibe-discriminacao-em-bolsas-academicas-por-motivo-de-gestacao-ou-adoacao>. Acesso em: 5 out. 2025.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. **Relatório Nacional**: Implementação da Convenção de Belém do Pará. Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**.

Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 1.973**, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D1973.htm. Acesso em: 15 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília: Presidência da República, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 09 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto Nº 7.958**, de 13 de março de 2013. Dispõe sobre a cooperação da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na execução de ações de segurança pública e defesa social, e sobre a constituição do sistema integrado de comandos e controle. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8072.htm. Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p.18055, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 11.530**, de 24 de outubro de 2007. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens — Projovem; cria o Conselho Deliberativo do Projovem; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 24 out. 2007.

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; conforme inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal; e revoga a Lei Nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial da União, Brasília, n. 151, Seção 1, p. 1-4, 10 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 4 maio 2025.

BRASIL. **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. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12650.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 13.104**, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei Nº

2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei Nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 10 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.641**, de 3 de abril de 2018. Altera a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 4 abr. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13641.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.772**, de 19 de dezembro de 2018. Altera o Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para dispor sobre o registro não autorizado da intimidade sexual, e o Decreto-Lei Nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para dispor sobre a não aplicação do art. 120. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13772.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 14.321**, de 31 de março de 2022. Altera a Lei Nº 13.869, de 2019, para tipificar o crime de “stalking” por perseguição reiterada. Brasília: Presidência da República, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14321.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. (C. Projetos, Programas e Relatórios). ISBN 85-334-0781-5. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p. color. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos — Caderno Nº 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde; Pactos pela Saúde 2006, v. 13).

BRASIL, MS, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios**. Brasília: Ministério da Justiça, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Marcos legais**: leis que visam prevenir e coibir a violência contra as mulheres. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/assuntos/leis-nacionais-e-marcos-legais>. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Memória 2003-2006**: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/Presidência da República. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 120 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/publicacoes/publicacoes/2006/livro-memoria-site.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**, lançado em agosto de 2007 pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, como parte da Agenda Social do Governo Federal. Brasília, DF, 2007. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/pacto-nacional-pelo-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/sobre/a-secretaria/subsecretaria-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **O que é CEDAW**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/onu-1/o%20que%20e%20CEDAW.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **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 União: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 9 jul. 2024.

BRASIL. **Lei nº 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 8 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 12.737**, de 30 de novembro de 2012. Dispõe sobre a tipificação criminal de delitos informáticos; altera o Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12737.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 12.845**, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Presidência da República, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12845.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.427**, de 30 de março de 2017. Altera o art. 7º da Lei Nº 8.080,

de 19 de setembro de 1990, para incluir, entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o princípio da organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral. Diário Oficial da União, Brasília, n. 62, Seção 1, p. 1, 31 mar. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13427.htm. Acesso em: 4 maio 2025.

BRASIL. **Lei Nº 13.642**, de 3 de abril de 2018. Altera a Lei Nº 10.446, de 8 de maio de 2002, para atribuir à Polícia Federal a investigação de crimes cibernéticos. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13642.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **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 ou de cena de estupro de vulnerável, de cena de sexo ou de pornografia, e para tornar pública incondicionada a ação penal dos crimes contra a dignidade sexual. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.819**, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 13.882**, de 8 de outubro de 2019. Altera a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para garantir a matrícula dos dependentes da mulher vítima de violência doméstica e familiar em instituição de educação básica mais próxima de seu domicílio. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13882.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13931.htm. Acesso em: 21 fev. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.132**, de 31 de março de 2021. Altera o Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para incluir o art. 147-A, que dispõe sobre o crime de perseguição; e revoga o art. 65 do Decreto-Lei Nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2021/lei/L14132.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.149**, de 3 de maio de 2021. Institui o Formulário Nacional de Avaliação de Risco, a ser aplicado à mulher vítima de violência doméstica e familiar, para subsidiar a atuação dos órgãos de segurança pública, do Ministério Público e do Poder Judiciário e para fins de subsidiar a celebração de convênios, termos de cooperação ou ajustes congêneres com Estados e Municípios; e altera a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). Brasília: Presidência

da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2021/lei/L14149.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 14.188**, de 28 de julho de 2021. Altera a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para instituir o Programa Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica e Familiar. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 jul. 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm. Acesso em: 5 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.192**, de 4 de agosto de 2021. Estabelece normas para prevenir, reprimir e combater a violência política contra a mulher; e altera a Lei Nº 9.504, de 30 de setembro de 1997 (Lei das Eleições), a Lei Nº 4.737, de 15 de julho de 1965 (Código Eleitoral), e a Lei Nº 9.096, de 19 de setembro de 1995 (Lei dos Partidos Políticos). Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2021/lei/L14192.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 14.214**, de 6 de outubro de 2021. Institui o Programa de Proteção e Promoção da Saúde Menstrual e dispõe sobre a oferta gratuita de absorventes higiênicos femininos e outros cuidados básicos de saúde menstrual. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2021/lei/L14214.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 14.245**, de 22 de novembro de 2021. Altera o Decreto-Lei Nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), o Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e a Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer o direito a ter sua integridade física e psicológica garantida no curso do processo. Brasília: Presidência da República, 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2021-2022/2021/lei/L14245.htm. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.679**, de 27 de setembro de 2023. Altera a Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, para incluir o princípio da proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários no contexto da saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14679.htm. Acesso em: 12 jun. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.847**, de 16 de maio de 2024. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre o atendimento de mulheres vítimas de violência em ambiente privativo e individualizado nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14847.htm. Acesso em: 1 jul. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.867**, de 27 de maio de 2024. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o direito das mulheres vítimas de qualquer tipo de violência de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Presidência da República, 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14867.htm. Acesso em: 12 jun. 2024.

BRASIL. **Lei Nº 14.899**, de 17 de junho de 2024. Dispõe sobre a elaboração e a implementação de plano de metas para o enfrentamento integrado da violência doméstica e familiar contra a mulher, da Rede Estadual de Enfrentamento da

Violência contra a Mulher e da Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; e altera a Lei Nº 13.675, de 11 de junho de 2018. Brasília: Presidência da República, 2024. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14899.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 15.123**, de 24 de abril de 2025. Altera o art. 147-B do Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para estabelecer causa de aumento de pena no crime de violência psicológica contra a mulher quando praticado com o uso de inteligência artificial ou de qualquer outro recurso tecnológico que altere imagem ou som da vítima. Brasília: Presidência da República, 2025. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15123.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 15.124**, de 24 de abril de 2025. Dispõe sobre medidas de combate à discriminação contra mulheres na ciência. Brasília: Presidência da República, 2025. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15124.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 15.125**, de 24 de abril de 2025. Altera o Decreto-Lei Nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), para estabelecer o uso de tornozeleira eletrônica em situações específicas, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2025. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15125.htm. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. **Lei Nº 15.126**, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2025. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/L15126.htm. Acesso em: 01 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemiologia.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. 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)**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em: 30 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 737**, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 96, Seção 1E, 18 maio 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 4 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 936**, de 19 de maio de 2004. Brasília, DF, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em: 12 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.378**, de 9 de julho de 2013. Regulamenta diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da saúde, Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.508**, DE 1º DE SETEMBRO DE 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html. Acesso em: 15 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.026**, de 24 de agosto de 2011. Estabelece as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, como parte da Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2026_24_08_2011_comp.html. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.048**, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, 6 nov. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 9 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: MS, 2016. 92 p., il. (2ª ed. do Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018**: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. p. 195-214.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 4**, de 28 de setembro de 2017, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-6-734-de-18-de-marco-de-2025-620767223>. Acesso em: 19 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, **Boletim Epidemiológico**, v. 54, n. 08, 29 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>. Acesso em: 1 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 78**, de 18 de janeiro de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: MS, 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/>

web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021- 299955146. Acesso em: 12 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Define terminologias e lista de notificação compulsória no território nacional. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 12 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 427–430, ago. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 19 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 1.356**, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo à Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela. Diário Oficial da União, Brasília, 24 jun. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Programa Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes: Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil (PAIR)**. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://asbrad.org.br/wp-content/uploads/2018/08/PAIR-3.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2023.

BUENO, S.; BOHNENBERGER, M.; SOBRAL, I. **A violência contra mulheres e meninas no ano pandêmico**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020. Disponível em: <https://soscorpo.org/wp-content/uploads/SOS-Corpo.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2024.

CARDOSO, F. H. **Dependência e desenvolvimento na América Latina: ensaio de interpretação sociológica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. Disponível em: https://www.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/4906/res1_22.pdf

CARVALHO, E. F. M. de; LAGUARDIA, J.; DESLANDES, S. F. Sistemas de informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1235-1246, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.08722021>. Acesso em: 17 ago. 2024.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (Coord.). **Atlas da violência 2024**. Brasília: Ipea; FBSP, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>. Acesso em: 3 maio 2025.

CERQUEIRA, D. R. de C. et al. **Uma avaliação de impacto de política de segurança pública: o programa Estado Presente do Espírito Santo**. Texto para Discussão. Brasília: Ipea, fev. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/4954-td2543.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Relatório de Acompanhamento do Programa Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica**. Brasília: CNJ, 2024. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programa-sinal-vermelho/>. Acesso em: 5 out. 2025.

CONTI, T. V. **Armas, guerras e instituições: os Estados Unidos, 1840- 1940**. 2019.

Tese (Doutorado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2019.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl., 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>. Acesso em: 4 ago. 2024.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 11 abr. 2025.

DELZIOVO, C. R. *et al.* Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 1-12, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>. Acesso em: 10 set. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 7.461**, de 28 de fevereiro de 2024. Estabelece diretrizes para prevenir e combater a violência obstétrica no âmbito do Distrito Federal. Sistema de Legislação do Distrito Federal (SINJ-DF), 28 fev. 2024. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/5ca82d543373405aa73b45b25ad7a0ab/Lei_7461_28_02_2024.html. Acesso em: 19 maio 2024.

DREZETT, J. Aborto legal e a ética do cuidado em saúde. **Revista Bioética**, v. 31, n. 1, p. 11-22, 2023.

DURANO, M. F. B. Women's agency in the midst of crises. *In: SOCIAL WATCH*. Social Watch Report 2004. Montevideo, Uruguay: Social Watch, 2004. p. 32-33. Disponível em: https://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/womensagency2004_eng.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

DUTTA, D. K.; MAHANTA, P. Analysis of the risk factors for sexual violence on women and its neurobiological aspects. **International Journal of Health Research and Medico Legal Practice**, v. 5, n. 2, p. 90-93, jul. 2019. DOI: 10.31741/ijhrm lp.v5.i2.2019.21. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335745804_Analysis_of_the_risk_factor_s_for_sexual_violence_on_women_and_its_neurobilogical_aspects#fullTextFileContent. Acesso em: 10 set. 2024.

ENSP/FIOCRUZ. **Nota sobre os 20 anos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 25 jun. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nota-sobre-os-20-anos-da-politica-nacional-de-reducao-de-morbimortalidade-por-acidentes-e>. Acesso em: 17 ago. 2024.

ENTGES, B. *et al.* Violência sexual ao longo da vida entre mulheres transgênero e travestis (MTG) no Brasil: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, supl. 1, p. e240013. supl.1, 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Ordinária nº 11.147**, de 2020. Define a obrigatoriedade de notificação compulsória de violência de interesse do SUS à autoridade sanitária estadual por todos os profissionais da saúde, instituição de ensino e assistência social de caráter público, privado ou filantrópico em todo o território do Espírito Santo. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/lei-ordinaria-n-11147-2020-espirito-santo-define-a-obrigatoriedade-de-notificacao-compulsoria-dos-eventos-de-violencia-de-interesse-do-sistema-unico-de-saude-sus-a-autoridade-sanitaria-estadual-por-todos-os-profissionais-dos-servicos-de-saude-instituicao-de-ensino-e>

assistencia-social-de-carater-publico-privado-ou-filantropico-em-todo-o-territorio-do-estado-do-espírito-santo-e-da-outras-providencias. Acesso em: 26 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 830, de 5 de julho de 2016. Cria a Secretaria de Estado de Direitos Humanos – SEDH e dá outras providências. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lec8302016.html>. Acesso em: 26 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 1.038**, de 30 de março de 2023. Cria a Secretaria Estadual das Mulheres – SESM e dá outras providências. Disponível em: <https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/LEC10382023.html>. Acesso em: 26 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 001-R**, de 02 de janeiro de 2020. Institui o Sistema de Informação em Saúde E-SUS VIGILÂNCIA EM SAÚDE (E-SUS VS) como único Sistema Oficial para Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde (BR). Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documents/diario_oficial_2020-01-03_completo-15-16.pdf. Acesso em: 7 abr. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 018-R**, de 03 de fevereiro de 2021. Define a comunicação externa dos eventos de violência de interesse do Sistema Único de Saúde — SUS à autoridade policial em todo o território do Estado do Espírito Santo, e dá outras providências. Secretaria de Estado da Saúde. Vitória, ES, 04 fev. 2021. Disponível em: <https://ioes.dio.es.gov.br/portal/visualizacoes/pdf/5464#/p:14/e:5464>. Acesso em: 12 set. 2022.

ESPÍRITO SANTO. **Portaria nº 072-R**, de 3 de maio de 2023. Regulamenta a Lei nº 11.147/2020. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/violencia-cultura%20de%20paz/Port%2010%20S-%20Regulamenta%20a%20Lei%2011147.2020.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2023.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 5.174-R**, de 14 de julho de 2022. Altera a Estrutura Organizacional Básica e transforma cargos de provimento em comissão e funções gratificadas no âmbito da Secretaria de Estado de Direitos Humanos — SEDH, sem elevação da despesa fixada. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/decreto-n-5174-2022-espírito-santo-altera-a-estrutura-organizacional-basica-e-transforma-cargos-de-provimento-em-comissao-e-funcoes-gratificadas-no-ambito-da-secretaria-de-estado-de-direitos-humanos-sedh-sem-elevacao-da-despesa-fixada>. Acesso em: 26 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO. **Decreto nº 5.264-R**, de 30 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a instalação da Secretaria de Estado Extraordinária de Políticas para Mulheres — SEPM e dá outras providências. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/es/decreto-n-5264-2022-espírito-santo-dispoe-sobre-a-instalacao-da-secretaria-de-estado-extraordinaria-de-politicas-para-mulheres-sepm-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 26 abr. 2022.

ESPÍRITO SANTO. **Nota Técnica COVID-19 n. 68**: cuidado às vítimas de violência. Secretaria de Estado da Saúde. Vitória, ES, 19 ago. 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Notas%20T%C3%A9cnicas/NOTA%20T%C3%89CNICA%20COVID.19%20N.%2068%20Cuidado%20%C3%A0s%20v%C3%ADtimas%20de%20viol%C3%Aancia.pdf>.

Acesso em: 3 maio 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Políticas para as Mulheres do Espírito Santo – PEPM/ES**. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. Vitória, ES, 2019. Disponível em: <https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202019/PLANO%20ESTADUAL%20DE%20POL%C3%8DTICAS%20PARA%20MULHERES%20-%20REVIS%C3%83O%202019%20-%20ATUALIZADO.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Pacto Estadual pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria de Direitos Humanos. Vitória, ES, 2019. Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/sedh/DOCUMENTOS%202019/Pacto%20Estadual%20Pelo%20Enfrentamento%20%C3%80%20Viol%C3%AAncia%20Contra%20As%20Mulheres_Vers%C3%A3o%20Final_2019.pdf. Acesso em: 12 jul. 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Quem somos. Subsecretaria de Estado de Políticas para Mulheres**. Disponível em: <https://mulheres.es.gov.br/quem-somos>. Acesso em: 24 ago. 2024.

ESPÍRITO SANTO. **Relatório: Dados de violência interpessoal/autoprovocada de pessoas notificadas ao SUS do Espírito Santo, 2016 a 2021**. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo; Gerência de Vigilância em Saúde – GEVS; Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Causas Externas. 2022. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/ViolenciaCulturadePaz/BoletinsEpidemiologicos/RELATORIO_Dados%20de%20viol%C3%AAncia%20interpessoal_e_autoprovocada%20de%20pessoas%20notificadas%20ao%20SUS%20ES%202016%20a%202021.pdf

ESPÍRITO SANTO. **Espírito Santo encerra abril com recorde histórico e menor marca de homicídios desde 1996**. Secretaria de Economia e Planejamento. Vitória, 1 maio 2025. Atualizado em: 6 maio 2025. Disponível em: <https://seplag.es.gov.br/Noticia/espírito-santo-encerra-abril-com-recorde-historico-e-menor-marca-de-homicídios-desde-1996>. Acesso em: 13 jul. 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Mulheres e violência na pandemia do Covid-19 no Espírito Santo**: uma breve exposição sobre dados da segurança, justiça e saúde. Disponível em: https://sedh.es.gov.br/Media/Sedh/Documentos%202020/2_analise_mulher_violencia_covid19.pdf. Acesso em: 13 jul. 2025.

FERNANDES, F. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Disponível em: https://interpretacoesdobrasil.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/fernandes_a-revoluc3a7c3a3o-burguesa-no-brasil. Acesso em: 24 ago. 2024.

FERNANDES, N. C.; JESUINO, C. dos S. A naturalização da violência contra a mulher. *In*: V Simpósio Gênero E Políticas Públicas, 2018, Universidade Estadual de Londrina. **Anais...**Londrina: [s.n.], 2018. ISSN 2177-8248. Disponível em: <https://revistas.ancib.org/index.php/tpbci/article/view/517>. Acesso em: 24 ago. 2024.

FILIPPON, J. *et al.* **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil**: perspectivas da economia política. São Paulo: Hucitec, 2022. (Saúde em debate; 337).

FIOROTTI, K.; PEDROSO, M. R. d'O.; LEITE, F. M. C. Análise dos casos notificados de violência sexual contra a população adulta. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO018466>. Acesso em:

10 set. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024**. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 4 maio 2025.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2019**. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. ISBN 978-85-67450-14-8. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 5 jul. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. São Paulo: FBSP, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/>. Acesso em: 5 out. 2025.

FREUD, A. *Enfants san Famille*. Paris: PUF, 1948. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=5492185&pid=S2317-2509201900020000800002&lng=pt. Acesso em: 5 out. 2025.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil 2021-2023**. ago. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contracrianças-e-adolescentes-no-brasil-2021-2023>. Acesso em: 20 ago. 2024.

FURTADO, C. **Formação econômica do Brasil**. São Paulo: Nacional, 1971. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/eduardojanser/disciplinas/economia-brasileira-comex/livro-formacao-economica-do-brasil-celso-furtado/view>.

GALTUNG, J. Violence, peace, and peace research. **Journal of Peace Research**, v. 6, n. 3, p.167-191, 1969.

GREGORI, J. de. Feminismos e resistência: trajetória histórica da luta política para conquista de direitos. **RECIIS — Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, p. 1-13, out./dez. 2017. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/default/files/pdfs/feminismos_e_resistencia_gregori.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.

HOLANDA, S. B. de. **Raízes do Brasil**. 13. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1976. Disponível em: <http://www.etnolinguistica.org/biblio:holanda-1956-raizes>. Acesso em: 21 set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha**. Texto para Discussão, Brasília, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstreams/9f2c99e8-5305-429c-acbf-1f2b4350e88a/download>. Acesso em: 4 out. 2025. Repositório IPEA

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da violência 2021: violência contra as mulheres**. Brasília, DF: IPEA; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 4 out. 2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Atlas da Violência 2025**:

Análise da Situação da Mulher no Brasil. Brasília: IPEA, 2025. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37713. Acesso em: 5 out. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama das cidades**. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 10 set. 2023.

KRUG, E. G. *et al.* (Org.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>.

KRUG, E. G. *et al.* World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.

LEITE, F. M. C.; FERRARI, B.; FIOROTTI, K. F. **Análise de casos notificados de violência sexual no Espírito Santo, sudeste do Brasil**, 2011– 2018. BMC Public Health, v. 23, 914, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15722-8>. Acesso em: 10 set. 2024.

LIMA, C. R. N. de A. Gênero, trabalho e cidadania: função igual, tratamento salarial desigual. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 3, p. e47164, 2018.

LIMA, Cheila Marina de; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; SILVA, Marta Maria Alves da. Vigilância de violências e acidentes no Brasil. *In*: NJAINE, Kathie *et al.* (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2020.

LIMA, Maria Cristina Dias de; LAROCCA, Liliana Muller; NASCIMENTO, Dênis José. Abortamento legal após estupro: histórias reais, diálogos necessários. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 123-134, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912110>. Acesso em: 10 set. 2024.

MANNELL, J.; *et al.* Risk factors for violence against women in high-prevalence settings: a systematic review. **BMJ Global Health**, v. 7, n. 3, e007704, 2022. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/7/3/e007704.full.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.

MARCHANT, M. Memória e infância: reflexões sobre o acolhimento institucional. **Clín. & Cult.**, São Cristóvão, v. 8, n. 2, p. 95-107, dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-25092019000200008. Acesso em: 13 jul. 2025.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, supl. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 28 jul. 2025.

MASTROPÁOLO, J. Punição e controle do feminino: Funcionalidade da violência sexual no capitalismo. *In*: CAVALCANTI, L. F. (org.). **Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2022. p. 114. Disponível em: https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17171/1/ebook_Violencia-sexual-contra-a-mulher_1ed_2022.pdf#page=114. Acesso em: 28 jul. 2025.

MELO, E. M. *et al.* Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 27, n. 9, p. 3715-3728, 2022. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.18682021>. Acesso em: 3 maio 2025.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Violência contra crianças e adolescentes em Minas Gerais - **Boletim Epidemiológico** 2023. Belo Horizonte: SES/MG, 2023. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/violencia-contracriancas-e-adolescentes-em-minas-gerais/?wpdmdl=17312>. Acesso em: 3 maio 2025.

MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl., p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>.

MINAYO, M. C. de S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1857-1866, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 12 set. 2024.

MINAYO, M. C. de S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. *In*: NJAINE, K. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: eAd/ENSP, 2013.

MINAYO, M. C. de S.; LIMA, C. A. de. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *In*: NJAINE, K. *et al.* (Org.). **Impactos da Violência na Saúde**. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: ENSP, Fiocruz, 2020. p. 37-55. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080948>. Acesso em: 5 jul. 2024.

MORAIS, R. M. S. *et al.* Notificações de violências contra crianças no Brasil: uma análise temporal (2011–2019). **BMC Public Health**, v. 23, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17072-5>. Acesso em: 5 jul. 2024.

NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo**: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU, 2015. Disponível em:

<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>. Acesso em: 5 jul. 2024.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres**. Nova Iorque, 20 dez. 1993. Resolução 48/104. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>. Acesso em 15 de julho de 2024.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres**. Nova Iorque, 18 dez. 1979. Resolução 34/180. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>. Acesso em :11 de julho de 2025.

NASCIMENTO, A. C. do. Fatores que dificultam mulheres vítimas de violência sexual na busca por serviços de saúde. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/8854/5431>. Acesso em: 5 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1986. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global->

conference. Acesso em: 12 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women**: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization, 2013. 142 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>. Acesso em: 12 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Comissão Sobre Determinantes Sociais Da Saúde. **Aumentando a equidade em saúde por meio da ação nos determinantes sociais da saúde**: Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <https://brainly.com.br/tarefa/61030838>. Acesso em: 12 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global Status Report on Violence Against Women**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039326>. Acesso em: 5 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Determinantes sociales de la salud**. [Washington, D.C.]: OPAS, [20--?]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Acesso em: 05 jun.2025.

ONU, Brasil. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2015**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 25 fev. 2025.

ONU. **Marco de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável 2023-2027**. Brasília, agosto de 2023. Disponível em: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2023-11/Brazil_Cooperation_Framework-2023-2027pdf.pdf. Acesso em: 20 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Relatório do Secretário-Geral sobre Violência Sexual em Conflitos. Nova York: ONU, 2024. Disponível em: <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2025/08/report/report-of-the-secretary-general-on-conflict-related-sexual-violence/SG-Report-2024-FINAL.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Plano de Ação Mundial para a Implementação dos Objetivos do Ano Internacional da Mulher. Cidade do México, 19 jun.–2 jul. 1975. Nova York: Nações Unidas, 1976. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/700866>. Acesso em: 4 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. Copenhagen, 14–30 July 1980. New York: United Nations, 1980.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. Nairobi, 15–26 July 1985. New York: United Nations, 1985.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Vienna Declaration and Programme of Action. World Conference on Human Rights, Vienna, 14–25 June 1993. New York: United Nations, 1993a.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaration on the Elimination of Violence against Women. New York: United Nations, 1993b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Report of the Fourth World

Conference on Women: Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing, 4–15 Sept. 1995. New York: United Nations, 1995.

O'CONNOR, J. *et al.* Social Connections as a Protective Factor for Sexual Violence-Related Attitudes. *Violence Against Women*, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10778012241270187?int.sj-full-text.similar-articles.5> Acesso em: 10 set. 2024.

ONU MULHERES. **Maria da Penha e a lei que transformou a luta contra a violência de gênero no Brasil**: entrevista especial. 2024. Disponível em: site da ONU Mulheres. Acesso em: 4 out. 2025. ONU Mulheres

ONU MULHERES. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil**: avanços e desafios das políticas públicas. Brasília: ONU Mulheres Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br>. Acesso em: 4 out. 2025.

PALUDO, S. dos S.; SCHIRÒ E. D. B. de. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/gdWfKGN8H97wy9Y6Cd4hxkg/?lang=pt#>. Acesso em: 10 set. 2024.

PEDROSO, M. R. d'O.; LEITE, F. M. C. Prevalência e fatores associados à violência sexual contra crianças em um estado brasileiro. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 19, n. 16, p. 9838, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19169838>. Acesso em: 12 set. 2024.

PURDY, L. Women's reproductive autonomy: medicalisation and beyond. **Journal of Medical Ethics**, v. 32, n. 5, p. 287-291, 2006.

RIBEIRO, H. **Saúde Global**: olhares do presente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. 106 p. (Coleção Temas em Saúde) Disponível em: https://www.google.com.br/books/edition/Sa%C3%BAde_global/s6wCEAAQBAJ?hl=pt-PT&gbpv=1&dq=RIBEIRO,+Helena.+Sa%C3%BAde+Global:+olhares+do+presente.+Rio+de+Janeiro:+Editora+Fiocruz,+2016.&pg=PA4&printsec=frontcover. acesso em: 12 de julho de 2025.

RODRIGUES, V. I. A trajetória histórica da violência de gênero no Brasil. **Anais... XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 1, n. 1, 2018. Comunicações orais - Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Sexualidades. Publicado em: 21 mai. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22410>. Acesso em: 24 ago. 2024.

ROMERO, D.E., CUNHA, C. B. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.3, p.673-84, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HXqrdsBsMrr4R9Ydnnmqcf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2024.

SAMERSKI, S. Pregnancy, personhood, and the making of the fetus. *In*: DISCH, L.; HAWKESWORTH, M.(orgs.). **The Oxford Handbook of Feminist Theory**. Oxford: Oxford University Press, 2015.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei Nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em:

https://www.tjsp.jus.br/Download/Pdf/Comesp/Leis/Lei_17097_2017.pdf. Acesso em: Acesso em 12 set. 2024.

SANTOS, S. B.; VIEIRA, C. M. C.; CAVALCANTI, V. R. S. A Relevância Social E Política Da História Das Mulheres No Brasil. **Cadernos Cedes**, v. 44, n.122, p.6-16, jan. 2024.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 2–4, ago. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BcZTPKft66tc3WsQ3bMx8cs/>. Acesso em: 17 jul. 2025.

SCHUELTER-TREVISOL, F. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial dos casos de violência sexual notificados no Brasil entre 2013 e 2022. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 8, p. e11852024, 2025. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-temporal-e-distribuicao-espacial-dos-casos-de-violencia-sexual-notificados-no-brasil-entre-2013-e-2022/19365>. Acesso em: 4 out. 2025.

SILVA, M. M. A. Reflexões interseccionais e decoloniais à luz do feminismo negro sobre a violência contra as mulheres no contexto de crise econômica e pandêmica: desafios teóricos políticos para o Serviço Social. *In: Anais...I Simpósio Serviço Social E Relações Étnico-Raciais*, 15-18 dez. 2020. Edições SOS Corpo, 2020. Disponível em: <https://soscorpo.org/wp-content/uploads/SOS-Corpo.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2024.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Genebra: World Health Organization (WHO), 2010. (Social Determinants of Health Discussion Paper, 2). Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 4 ago. 2025.

SPITZ, R. **De la naissance à la parole**: la première année de la vie. Paris: PUF, 1968. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=scinlinks&ref=5492199&pid=S2317-2509201900020000800008&lng=pt>. Acesso em: 4 ago. 2025.

STÖCKL, H.; SORENSON, S. B. Violência contra as mulheres como um problema de saúde pública global. **Revisão Anual de Saúde Pública**, v. 45, p. 277-294, maio 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138>. Acesso em: 9 jul. 2024.

TEIXEIRA, F. V. S. **Desafios no atendimento às mulheres vítimas de violência na Atenção Primária à Saúde**: uma revisão integrativa de literatura. Belo Horizonte, 2024. 1 v. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) — Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2024.

TRUGILHO, S. M. A violência como manifestação da questão social com rebatimentos na saúde. *In: Encontro Internacional de Política Social*, 8, 2020, Vitória. **Anais... 8º Encontro Internacional de Política Social e 15º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória: UFES, 2020.

VALENÇA, A. M.; NASCIMENTO, I.; NARDI, A. E. Relação entre crimes sexuais e transtornos mentais e do desenvolvimento: uma revisão. **Arquivos de Psiquiatria Clínica**, v.40, n.3, p.97-104, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/vMrCCnqJzZtpBFTNJQ94rVn/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

VASCONCELOS, N. M. *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Cien. Saude Colet.**, v. 29, n. 10, p. 07732023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFrQ75wXPKNTVGt97yGFCRG/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2024.

VASCONCELOS, N. M *et al.* Prevalência de violência sexual em escolares no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.26, 2022. Disponível em: https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-276220220001002. Acesso em: 10 set. 2024.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* Capacitação para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes em quatro capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3407-3416, nov. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/75mvg8PJybsMRXbQsVHjT5t/>. Acesso em: 4 maio 2025.

WELLUM, A. K. *et al.* Taxa de prevalência e fatores de risco de agressão sexual entre estudantes universitários na Holanda. **Journal of Interpersonal Violence**, v.38, v.23-24, p.12210–12232, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08862605231192849>. Acesso em: 10 set. 2024.

WHITEHEAD, M.; BURSTRÖM, B; DIDERICHCEN, F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 2, p. 255-270, jan. 2000.

WINNICOTT, D. **El regreso al hogar**.1945. Disponível em: http://psicopsi.com/El_regreso_al_hogar_1945.asp. Acesso em: 10 set. 2024.

WHO. **Violence against women prevalence estimates, 2018**: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 5 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Injuries and violence**: the facts. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149798/9789241508018_eng.pdf. Acesso em 07 jan.2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_report/en/. Acesso em: 13 jul. 2025.

APÊNDICE A - ARTIGO SUBMETIDO NA REVISTA SAÚDE PÚBLICA
(Normas da revista - Vancouver)

**COMPARAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS CONTRA
MULHERES/MENINAS: ESTUDO TRANSVERSAL, ESPÍRITO SANTO, BRASIL
(2017–2023)**

COMPARAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES/MENINAS

**COMPARISON OF INTERPERSONAL VIOLENCE AGAINST WOMEN/GIRLS: A
CROSS-SECTIONAL STUDY, ESPÍRITO SANTO, BRAZIL (2017–2023)**

COMPARISON OF VIOLENCE AGAINST WOMEN AND GIRLS

**COMPARACIÓN DE LA VIOLENCIA INTERPERSONAL CONTRA
MUJERES/NIÑAS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL, ESPÍRITO SANTO, BRASIL
(2017-2023)**

COMPARACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

RESUMO

Violência sexual são atos não consentidos e afrontam direitos humanos. Estudo transversal das notificações do SINAN/e-SUSVS no Espírito Santo (2017–2023), objetivou identificar os fatores presentes em casos de VS de forma comparada a outros tipos de violência interpessoal (VI), descrevendo singularidades e interseções entre os perfis das vítimas, contextos de ocorrência e tendências temporais, numa abordagem epidemiológica quantitativa. Entre 2017-2023, registraram-se 34.197 notificações, sendo 23,7% de VS (n=8.109). Observou-se queda de 30,3% em 2020, possivelmente pela pandemia e aumento em seguida. As notificações concentraram-se em áreas urbanas, Metropolitana, sendo a VS em meninas de 10-14 anos (RP = 15,2; IC95%: 12,27–18,72) e crianças até 9 anos (RP = 9,4; IC95%: 7,62–11,67), sem companheiros (56,8%), enquanto as VIs predominaram em mulheres de 30-59 anos (46,6%) com companheiros (30,3%), apontando não identificação da VS dentro dos relacionamentos. Pretas/pardas foram maioria das vítimas (VS 69,9% – VI 65,5%), evidenciando desigualdades interseccionais e a crescente magnitude da VS. Limitações incluíram subnotificação e uso de dados secundários. A VS apresentou tendência ascendente e vulnerabilidades específicas, reforçando a necessidade de fortalecimento da vigilância e do SUS.

Palavras-chave: violência contra a mulher, delito sexual, vigilância epidemiológica.

ABSTRACT

Sexual violence is a non-consensual act and an affront to human rights. A cross-sectional study of notifications from SINAN/e-SUSVS in Espírito Santo (2017–2023) aimed to identify the factors present in cases of sexual violence (SV) in comparison to other types of interpersonal violence (IV), describing singularities and intersections between the profiles of victims, contexts of occurrence, and temporal trends, in a quantitative epidemiological approach. Between 2017 and 2023, 34,197 notifications were registered, with 23.7% being SV (n=8,109).

A 30.3% decrease was observed in 2020, possibly due to the pandemic, followed by an increase. Notifications were concentrated in urban, metropolitan areas, with sexual violence (SV) occurring in girls aged 10-14 years (PR = 15.2; 95% CI: 12.27–18.72) and children up to 9 years old (PR = 9.4; 95% CI: 7.62–11.67), without partners (56.8%), while vicarious sexual violence (VI) predominated in women aged 30-59 years (46.6%) with partners (30.3%), indicating a lack of identification of SV within relationships. Black/brown women were the majority of victims (SV 69.9% – VI 65.5%), highlighting intersectional inequalities and the increasing magnitude of SV. Limitations included underreporting and the use of secondary data. Violence against women showed an upward trend and specific vulnerabilities, reinforcing the need to strengthen surveillance and the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: violence against women, sexual offense, epidemiological surveillance.

RESUMEN

La violencia sexual consiste en actos no consentidos y viola los derechos humanos. Este estudio transversal de las notificaciones del SINAN/e-SUSVS en Espírito Santo (2017-2023) tuvo como objetivo identificar los factores presentes en los casos de violencia sexual (VS) en comparación con otros tipos de violencia interpersonal (VI), describiendo las singularidades e intersecciones entre los perfiles de las víctimas, los contextos de ocurrencia y las tendencias temporales, mediante un enfoque epidemiológico cuantitativo. Entre 2017 y 2023, se registraron 34.197 notificaciones, de las cuales el 23,7% fueron VS (n=8.109). En 2020 se observó una disminución del 30,3%, posiblemente debido a la pandemia, seguida de un aumento. Las notificaciones se concentraron en áreas urbanas y metropolitanas, y la violencia sexual (VS) se presentó en niñas de 10 a 14 años (RP = 15,2; IC del 95 %: 12,27–18,72) y niños de hasta 9 años (RP = 9,4; IC del 95 %: 7,62–11,67), sin pareja (56,8 %), mientras que la violencia sexual vicaria (VI) predominó en mujeres de 30 a 59 años (46,6 %) con pareja (30,3

%), lo que indica una falta de identificación de la VS dentro de las relaciones. Las mujeres negras/morenas fueron la mayoría de las víctimas (VS 69,9 % – VI 65,5 %), lo que destaca las desigualdades interseccionales y la creciente magnitud de la VS. Las limitaciones incluyeron la falta de denuncia y el uso de datos secundarios. La violencia contra la mujer mostró una tendencia ascendente y vulnerabilidades específicas, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia y el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

Palabras-clave: violencia contra la mujer, delito sexual, vigilancia epidemiológica.

INTRODUÇÃO

A violência sexual contra mulheres e meninas constitui uma das expressões mais extremas das desigualdades de gênero, gerando impactos físicos, psicológicos e sociais de longa duração¹. Violência sexual são atos não consentidos e afrontam os direitos humanos. Estimativas globais indicam que cerca de 19% das mulheres sofreram violência sexual antes dos 18 anos, evidenciando a magnitude do problema¹. No Brasil, foram registrados 74.930 estupros em 2022, majoritariamente contra meninas de até 13 anos². No Espírito Santo, em 2022³, o SUS notificou 1.025 casos de violência sexual contra o sexo feminino, número influenciado pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19 e pela Lei nº 13.979/2020.

Apesar dos avanços, persistem lacunas na análise integrada das violências interpessoais. Diferentemente de estudos que examinam eventos de forma isolada, esta investigação compara a violência sexual a outras formas de violência interpessoal, articulando indicadores epidemiológicos, sociodemográficos e territoriais. Tal abordagem amplia a compreensão das dinâmicas de gênero e das vulnerabilidades estruturais que atravessam esses eventos, contribuindo para o aprimoramento das políticas de prevenção e cuidado no âmbito da vigilância em saúde.

Embora realizado no Espírito Santo, o estudo apresenta alta comparabilidade com diferentes contextos, dada a padronização nacional da base utilizada. As dimensões analisadas — perfis das vítimas, características das agressões, contexto territorial e tendências temporais — dialogam com padrões recorrentes em diversos territórios e se alinham às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001)⁴, reforçando seu potencial para subsidiar análises comparativas e o fortalecimento das ações intersetoriais.

Diante da relevância do tema para a saúde pública, este estudo teve como objetivo identificar, de forma comparativa, os fatores associados à violência sexual em relação a outros tipos de

violência interpessoal contra mulheres e meninas, descrevendo singularidades e interseções entre perfis das vítimas, contextos de ocorrência e tendências temporais, incluindo possíveis impactos da pandemia de COVID-19 no Espírito Santo, entre 2017 e 2023.

MÉTODOS

Foi conduzido um estudo transversal, analisando dados secundários de uma população composta por 34.197 notificações validadas de violência contra mulheres e meninas em todas as faixas etárias, notificadas ao SUS do ES, de 2017 a 2023. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e e-SUS Vigilância em Saúde (e-SUS VS) entre 2017 e 2023.

Esse estudo faz parte de uma dissertação de mestrado, onde pode ser encontrado maiores detalhes. O banco de dados foi obtido da Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA) com a autorização do Instituto Capixaba de Pesquisa e Inovação (ICEPi) e passou por rigoroso processo de qualificação das informações. Foram incluídas todas as notificações de violência interpessoal em pessoas do sexo feminino em qualquer ciclo de vida, no período de 2017-2023. Foram excluídas notificações duplicadas, incompletas de variáveis de interesse do estudo, com sexo ignorado/não qualificável, e de vítimas não residentes ou de residência não identificável. Inconsistências possíveis (e.g., gestação/aborto em faixas etárias incompatíveis) e campos “em branco/ignorado” foram corrigidas com base nas demais informações de campos abertos ou, caso a correção não tenha sido possível, foram excluídas. Casos de “lesão autoprovocada” não foram elegíveis. A completude das variáveis foi avaliada segundo Romero e Cunha⁵, com escores de “excelente” (<5% de incompletude) a “muito ruim” ($\geq 30\%$).

A variável dependente foi a ocorrência de violência interpessoal (VI) entre vítimas do sexo feminino, categorizada em violência sexual (VS) e outras VI. Essas outras VIs incluíram

violência física, psicológica, financeira/patrimonial, negligência, tortura, trabalho infantil, tráfico de pessoas, intervenção legal e outras, considerando o interesse do MS e a disponibilização no banco. As variáveis independentes de interesse incluíram características da vítima (faixa etária, raça/cor autodeclarada, condição gestacional, deficiência e/ou transtorno, anos de estudo, estado civil, zona de moradia, região de saúde), da ocorrência (local, ano, tipo de VS) e do agressor (violência de repetição, número de agressores, vínculo com a vítima, faixa etária, sexo, suspeita de uso de álcool); entre as vítimas de VS, foram ainda coletadas informações acerca do tipo de VS e realização de aborto legal. O período pandêmico foi definido entre 2020 e 2021.

Para a análise estatística descritiva, utilizaram-se frequências absolutas e relativas. A distribuição diferencial entre os grupos de violência foi investigada com testes de qui-quadrado de Pearson. A relação entre as variáveis independentes e o desfecho foi analisada por modelos de regressão de Poisson com variância robusta, estimando razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) brutas e ajustadas pela faixa etária da vítima. A taxa de notificação de VS foi calculada anualmente, por 100.000 habitantes femininas. Os dados foram processados no Excel e analisados no Stata® v.15.1. Todos os testes foram bicaudais, com nível de significância de 0,05.

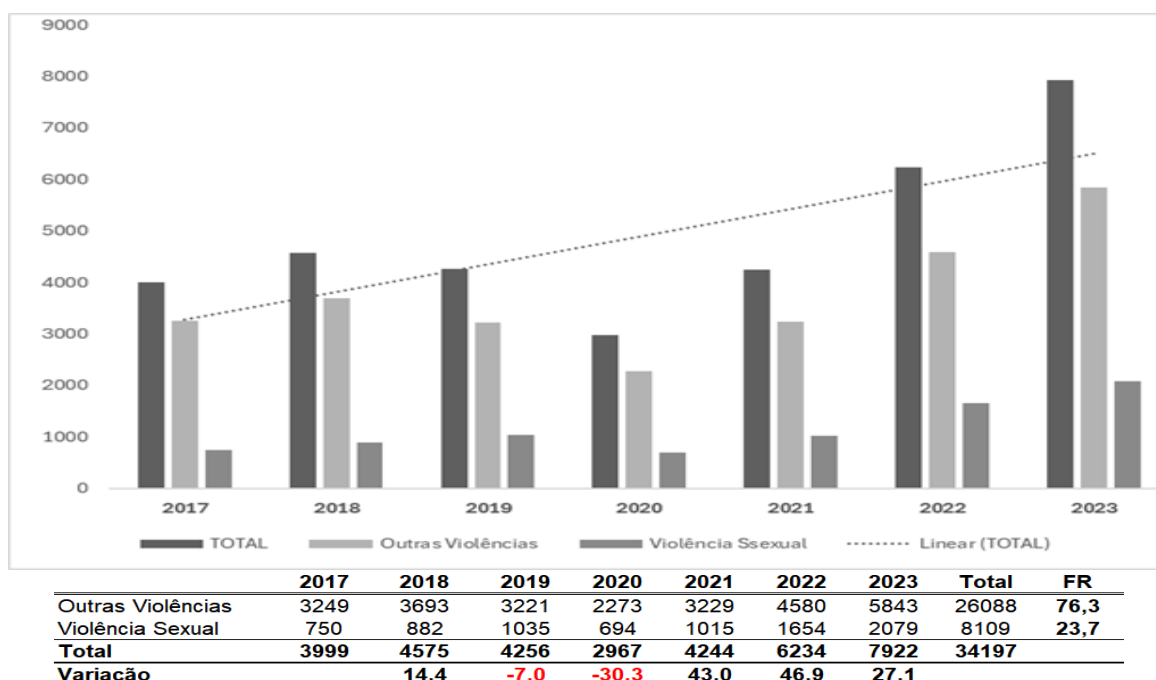
O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (CAAE 687336623.4.0000.5060) e, por analisar dados secundários, foi dispensando o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

No ES, foram identificadas 34.197 notificações válidas de VIs contra mulheres e meninas entre 2017 e 2023. Dessas, 8.109 (23,7%) foram casos suspeitos ou confirmados de VS e 26.088 (76,3%) de outras VIs. Observou-se uma redução nas notificações de aproximadamente 37,3% (2019: 7,0%) e (2020:30,3%), com posterior retomada de

crescimento. A linha de tendência permaneceu ascendente considerando os anos iniciais e finais do estudo (**Figura 1**).

FIGURA 1. Frequência absoluta e percentual de variação das notificações de violência interpessoal; frequência total e distribuição por tipo de violência, entre mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

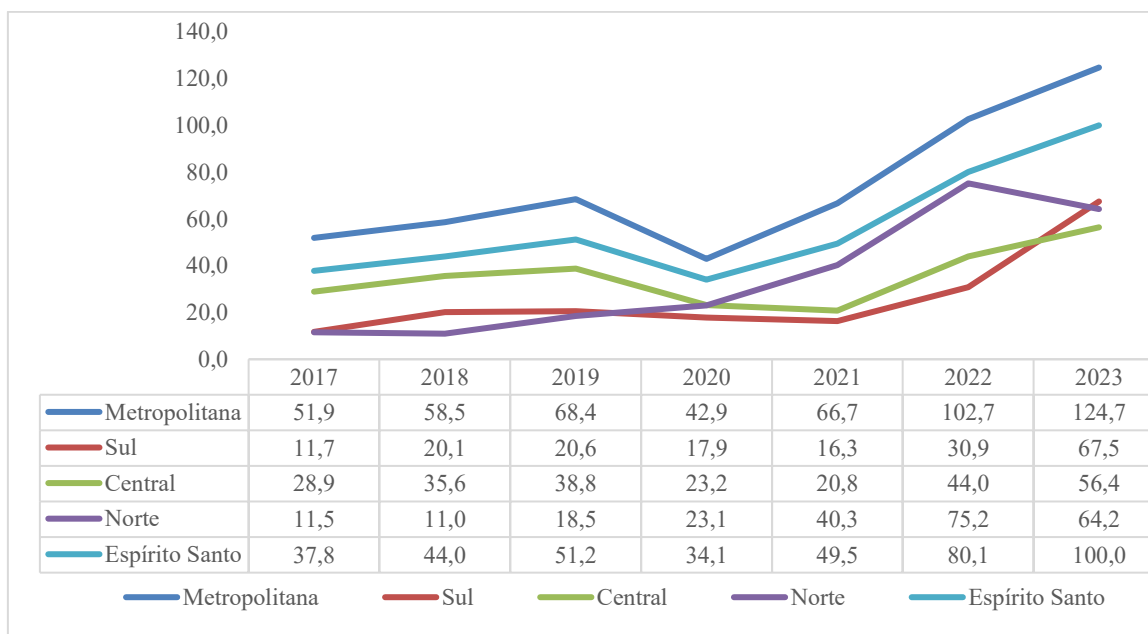


Fonte: Sinan (2017/2019) e-SUS VS (2020/2023)

Observa-se que a Região Metropolitana manteve as maiores taxas ao longo de todo o período, passando de 51,9/100mil em 2017 para 124,7 em 2023, o que representa um aumento de aproximadamente 2,4 vezes de notificação. A Região Sul apresentou a maior razão de crescimento (5,8), indicando uma elevação acentuada das notificações, sobretudo a partir de 2021, quando as taxas praticamente quadruplicaram. A Região Norte também se destacou, com aumento superior a cinco vezes (razão de 5,6), mostrando um crescimento expressivo após 2020. Já a Região Central teve uma expansão mais moderada, com razão de 2,0, mantendo-se entre as menores variações relativas do estado. No conjunto, o Espírito Santo apresentou uma tendência ascendente, com razão 2017/2023 de 2,6, sugerindo ampliação significativa da visibilidade e da notificação dos casos de violência sexual no

período analisado, ainda que com heterogeneidade regional (Figura 2).

FIGURA 2. Taxas de notificação de violência sexual, segundo regiões de saúde, por 100 mil mulheres e meninas residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023, e razão entre as taxas de 2023 e 2017



Fonte: Sinan (2017/2019) e-SUS VS (2020/2023)

Observa-se que a violência sexual representa cerca de um quarto das notificações totais, configurando-se como um evento de elevada magnitude e relevância para a saúde pública estadual. Em relação à faixa etária, a diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$), evidenciando padrões distintos de vulnerabilidade. A violência sexual concentrou-se majoritariamente entre meninas de 10 a 14 anos (33,9%), seguida pelas faixas de ≤ 9 anos (20,4%) e 15 a 19 anos (15,8%), o que demonstra o predomínio de vítimas em idade infantojuvenil. Já as outras violências interpessoais apresentaram maior frequência entre mulheres adultas de 30 a 59 anos (46,6%) e de 20 a 29 anos (22,2%), indicando perfis etários distintos de exposição, relacionados a contextos como as demais violências do estudo.

Quanto à raça/cor autodeclarada, também houve diferença significativa ($p < 0,01$), com predominância de pretas e pardas tanto entre as vítimas de violência sexual (69,9%) quanto das demais violências (65,5%). A variável anos de estudo igualmente apresentou associação

significativa ($p<0,01$). Observa-se que entre as vítimas de violência sexual prevaleceram aquelas com 5 a 8 anos de escolaridade (36,2%), enquanto as demais violências concentraram-se entre as que possuíam 9 a 11 anos (27,7%). Ademais, a proporção de casos classificados como “não se aplica” foi maior nas violências sexuais (15,5%), refletindo o grande contingente de vítimas menores de idade, para as quais a variável escolaridade não é plenamente aplicável.

Em relação ao estado civil, a associação foi significativa ($p<0,05$). A maioria das vítimas de violência sexual declarou-se sem companheiro (56,8%), enquanto as demais violências interpessoais ocorreram com maior frequência entre mulheres com companheiro (30,3%). No que se refere à zona de moradia, observou-se predominância de casos em áreas urbanas ou periurbanas em ambos os grupos (86,5% e 84,3%, respectivamente), com diferença significativa ($p<0,01$). A distribuição por regiões de saúde do estado não apresentou variação expressiva entre os grupos. A Região Metropolitana concentrou a maior parte dos casos (71,1% nas violências sexuais e 71,2% nas demais), seguida das regiões Sul, Norte e Central, mantendo proporções semelhantes (Tabela 1).

TABELA 1: Distribuição sociodemográfica e área de residência dos casos notificados de violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas ($n=34.197$) residentes no Espírito Santo, Brasil, 2017-2023

Características	Violência interpessoal					
	Sexual		Outras VI		Total	
	N	%	N	%	N	%
Notificações	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Total	8.109	23,7	26.088	76,3	34.197	100
Faixa Etária						
≤ 9 anos	1.654	20,4	2.375	9,1	4.029	11,8
10-14 anos	2.745	33,9	1.415	5,4	4.160	12,2
15-19 anos	1.282	15,8	2.397	9,2	3.679	10,8
20-29 anos	1.040	12,8	5.797	22,2	6.837	20,0
30-59 anos	1.299	16,0	12.149	46,6	13.448	39,3
60 anos +	89	1,1	1.955	7,5	2.044	6,0
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Raça/Cor						
Branca	1869	23,0	6.775	26,0	8.644	25,3
Preta/Parda	5670	69,9	17.089	65,5	22.759	66,6
Amarela/Indígena	310	3,8	1.137	4,4	1.447	4,2
Ignorados/branco	260	3,2	1.087	4,2	1.347	3,9
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Anos de Estudo						
≤ 4 anos	823	10,1	2.637	10,1	3.460	10,1
5 < 9 anos	2.937	36,2	5.658	21,7	8.595	25,1

9 < 12 anos	1.584	19,5	7.218	27,7	8.802	25,7
12 anos ou mais	474	5,8	1.808	6,9	2.282	6,7
Não se aplica	1.259	15,5	2.151	8,2	3.410	10,0
Ignorado/branco	1.032	12,7	6.616	25,4	7.648	22,4
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Estado Civil						
Com companheiro	776	9,6	7.908	30,3	8.684	25,4
Sem companheiro	4.602	56,8	10.669	40,9	15.271	44,7
Não se aplica	1.664	20,5	2.372	9,1	4.036	11,8
Ignorado/branco	1.067	13,2	5.139	19,7	6.206	18,1
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Zona						
Urbana/Periurbana	7.016	86,5	21.986	84,3	29.002	84,8
Rural	795	9,8	3.012	11,5	3.807	11,1
Ignorado/branco	298	3,7	1.090	4,2	1.388	4,1
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100
Região de Saúde						
Sul	1.094	13,5	3.459	13,3	4.553	13,3
Metropolitana	5.768	71,1	18.572	71,2	24.340	71,2
Norte	666	8,2	2.164	8,3	2.830	8,3
Central	581	7,2	1.893	7,3	2.474	7,2
Total	8.109	100	26.088	100	34.197	100

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

N: frequência bruta

%: frequência relativa

Teste Chi-quadrado de Pearson; foram excluídos do cálculo os casos com dados faltantes (não se aplica, ignorado/branco):

*p<0,05; ** p<0,01

Na Tabela 2 observa-se que em 2020, ocorreu uma redução acentuada nas notificações de violência sexual (n = 694; 8,6%) e nas outras violências interpessoais (n = 2.273; 8,7%), em comparação com os anos anteriores e posteriores. Observa-se, ainda, um aumento progressivo das notificações de violência sexual, com crescimento expressivo no período pós pandemia de Covid 19 (2022 e 2023), quando representaram 46% do total acumulado no período de estudo, indicando intensificação das notificações e possível aprimoramento da vigilância epidemiológica de violência. A maior parte das vítimas não estava gestante (66,6%), embora a proporção de gestantes entre casos de violência sexual (11,4%) seja superior à observada nas demais violências (3,6%), evidenciando vulnerabilidade reprodutiva associada a essa forma de violência.

A residência foi o principal local de ocorrência para ambos os tipos de violência (67,1%), o que

reforça a prevalência da violência contra as mulheres e meninas no âmbito doméstico e intrafamiliar. A ocorrência outras vezes da violência foi registrada em 42,4% dos casos sexuais e 45,7% das demais violências. Em relação aos agressores, a maioria das vítimas foi violentada por homens (91,8%), predominantemente com 25 anos ou mais (51,8%), e com vínculo familiar (49,6%), características que diferenciam a violência sexual por seu maior enraizamento em contextos de confiança e proximidade. Por fim, destaca-se que o uso suspeito de álcool foi menos frequente entre os autores de violência sexual (19,0%) do que nas outras formas de violência interpessoal (30,6%) (Tabela 2).

TABELA 2. Caracterização por ano de notificação e características da vítima, da agressão e do agressor da violência sexual e outras violências interpessoais contra mulheres e meninas (n=34.197), Espírito Santo, Brasil, 2017-2023.

Características	Violência Interpessoal			
	Violência sexual		Outras Vis	
	N	%	N	%
Ano de Ocorrência**				
2017	750	9,2	3.249	12,5
2018	882	10,9	3.693	14,2
2019	1.035	12,8	3.221	12,3
2020	694	8,6	2.273	8,7
2021	1.015	12,5	3.229	12,4
2022	1.654	20,4	4.580	17,6
2023	2.079	25,6	5.843	22,4
Gestação Atual**				
Sim	921	11,4	941	3,6
Não	5.402	66,6	20.141	77,2
Não se aplica	1.520	18,7	3.407	13,1
Ignorado/branco	266	3,3	1.599	6,1
Abortamento Legal				
Sim	190	2,3		
Não	5.922	73,0		
Não se aplica	640	7,9		
Ignorado/branco	1.357	16,7		
Deficiência/Transtorno**				
Não	5.690	70,2	17.584	67,4
Sim	1.069	13,2	2.754	10,6
Ignorado/branco	1.350	16,6	5.750	22,0
Local de Ocorrência**				
Residência	5.445	67,1	17.502	67,1
Espaços Públicos	1.206	14,9	5.227	20,0
Outros	759	9,4	1.355	5,2
Ignorado/branco	699	8,6	2.004	7,7
Violência de Repetição**				
Sim	3.438	42,4	11.913	45,7
Não	2.716	33,5	7.041	27,0
Ignorado/branco	1.955	24,1	7.134	27,3
Número de Envolvidos**				
Um	6.306	77,8	18.408	70,6
Dois ou mais	999	12,3	5.249	20,1
Ignorado/branco	804	9,9	2.431	9,3

Faixa Etária do Agressor**				
≤ 24 anos	2.196	27,1	4.809	18,4
25 ou mais	4.198	51,8	15.925	61,0
Ignorado/branco	1.715	21,1	5.354	20,5
Vínculo com o Agressor				
Familiares	4.022	49,6	13.086	50,2
Conhecidos	1.966	24,2	6.331	24,3
Desconhecidos	718	8,9	2.277	8,7
Outros	796	9,8	2.456	9,4
Ignorado/branco	607	7,5	1.938	7,4
Sexo do Agressor**				
Feminino	159	2,0	4.952	19,0
Masculino	7.448	91,8	17.200	65,9
Ambos	105	1,3	2.073	7,9
Ignorado/branco	397	4,9	1.863	7,1
Suspeita de Uso de Álcool pelo Agressor**				
Sim	1.544	19,0	7.972	30,6
Não	3.323	41,0	8.396	32,2
Ignorado/branco	3.242	40,0	9.720	37,3

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

N: frequência bruta

‰: frequência relativa

Modelo de Poisson de variância robusta.

#Ajustado por faixa etária.

Em negrito: associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Os resultados da Tabela 3 evidenciaram diferenças marcantes nas razões de prevalência (RP) entre os grupos analisados, destacando perfis distintos de risco para a violência sexual em comparação com outras formas de violência interpessoal contra mulheres e meninas no Espírito Santo, entre 2017 e 2023. As maiores razões de prevalência brutas foram observadas entre meninas de 10 a 14 anos (RP = 15,2; IC95%: 12,27–18,72) e crianças com até 9 anos (RP = 9,4; IC95%: 7,62–11,67), com magnitude de risco muito superior às demais faixas etárias, o que revela a concentração da violência sexual em fases precoces da vida. A probabilidade de notificação de violência sexual diminuiu progressivamente com o avanço da idade, atingindo seu menor valor entre mulheres idosas (grupo de referência), o que reforça a relação entre juventude e vulnerabilidade sexual.

No modelo ajustado por faixa etária, as associações mais expressivas permaneceram para estado civil sem companheiro (RP = 1,8; IC95%: 1,68–1,98), gestação atual (RP = 1,7;

IC95%: 1,58–1,82) e deficiência ou transtorno (RP = 1,4; IC95%: 1,29–1,47), indicando maior risco de violência sexual em grupos que acumulam situações de vulnerabilidade social e física. A residência como local da ocorrência (RP = 1,2; IC95%: 1,17–1,33) manteve-se como espaço de maior prevalência, o que reforça o caráter doméstico e relacional das agressões contra pessoas do sexo feminino, no Espírito Santo, no período estudado.

Entre os fatores relacionados ao agressor, o sexo masculino apresentou a mais alta razão de prevalência ajustada (RP = 12,3; IC95%: 10,53–14,43), representando um risco mais de doze vezes superior em relação a agressores do sexo feminino, o que confirma o predomínio da violência de gênero na dinâmica das agressões sexuais. O número reduzido de envolvidos, também, mostrou associação significativa (RP = 1,8; IC95%: 1,73–1,98), caracterizando a violência sexual como ato geralmente praticado por um único autor. Além disso, o uso de álcool pelo agressor apresentou associação moderada (RP = 1,1; IC95%: 1,07–1,22), sugerindo influência comportamental e situacional no desencadeamento da violência. No que se refere ao tempo de notificação, as razões ajustadas indicaram tendência de aumento da prevalência entre 2019 e 2023, com valores consistentemente acima da referência de 2017 (RP variando de 1,1 a 1,2 nos anos finais). As demais variáveis, como raça/cor, escolaridade e região de saúde, não mantiveram associação significativa após o ajuste (Tabela 3).

TABELA 3. Razão de prevalências brutas e ajustadas de violência sexual comparada a outras violências interpessoais contra mulheres e meninas, segundo características da vítima, da agressão e do agressor (n=34.197). Espírito Santo, Brasil, 2017-2023.

Variáveis	Análise Bivariada		Modelo ajustado [#]	
	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Faixa Etária				
≤ 9 anos	9,4	7,62-11,67	-	-
10-14 anos	15,2	12,27-18,72	-	-
15-19 anos	8,0	6,46-9,92	-	-
20-29 anos	3,5	2,81-4,34	-	-
30-59 anos	2,2	1,79-2,75	-	-
60 anos ou mais	1		-	-
Raça/Cor				
Branca	1		1	
Preta/Parda	1,2	1,09-1,21	1,0	0,94-1,04
Amarela/Indígena	1,0	0,8-1,13	0,9	0,82-1,05
Escolaridade				
≤ 4 anos	1,2	1,02-1,28	0,5	0,41-0,53
5 < 9 anos	1,7	1,49-1,81	0,6	0,53-0,62

9 < 12 anos	0,9	0,78- 0,96	0,6	0,53-0,65
12 anos ou mais	1		1	
Estado Civil				
Com companheiro	1		1	
Sem companheiro	3,4	3,13-3,64	1,8	1,68-1,98
Zona de moradia				
Rural	1		1	
Urbana/Periurbana	1,2	1,08-1,25	1,1	1,05-1,21
Região de Saúde				
Sul	1		1	
Metropolitana	1,0	0,92-1,05	1,0	0,93-1,05
Norte	1,0	0,89-1,08	1,0	0,92-1,11
Central	1,0	0,88-1,08	1,0	0,88-1,08
Ano de Notificação				
2017	1		1	
2018	1,0	0,93-1,13	1,0	0,89-1,08
2019	1,3	1,18-1,42	1,2	1,05-1,27
2020	1,2	1,12-1,38	1,2	1,04-1,28
2021	1,3	1,16-1,40	1,2	1,05-1,27
2022	1,4	1,30-1,54	1,1	1,05-1,25
2023	1,4	1,29-1,52	1,1	1,05-1,24
Gestante				
Sim	2,3	2,18-2,51	1,7	1,58-1,82
Não	1		1	
Deficiência/Transtorno				
Sim	1,1	1,01-1,22	1,4	1,29-1,47
Não	1		1	
Local da Ocorrência				
Espaços Públicos	1		1	
Residência	1,3	1,19-1,35	1,2	1,17-1,33
Outros	1,9	1,75-2,10	1,5	1,40-1,68
Violência de Repetição				
Sim	0,8	0,77-0,85	0,9	0,82-0,90
Não	1		1	
Número de Envolvidos				
Um	1,6	1,49-1,71	1,8	1,73-1,98
Dois ou mais	1		1	
Faixa Etária do Agressor				
≤ 24 anos	1		1	
25 ou mais	0,6	0,54-0,61	1,1	1,00-1,11
Sexo do Agressor				
Feminino	1		1	
Masculino	9,7	8,30-11,37	12,3	10,53-14,43
Ambos	1,6	1,21-1,98	1,1	0,85-1,40
Uso de Álcool pelo Agressor				
Não	1		1	
Sim	1,7	1,64-1,69	1,1	1,07-1,22
Vínculo com o Agressor				
Desconhecidos	1		1	
Familiares	1,0	0,91-1,06	1,0	0,91-1,07
Conhecidos	1,0	0,91-1,07	1,0	0,92-1,09
Outros	1,0	0,92-1,13	1,0	0,89-1,09

Fonte: SINAN:2017 a 2019 (extraído em 13.09.23) e, e-SUS VS: 2020 a 2023 (extraído em 29.06.2024).

IC 95%:

Intervalo de Confiança de 95%,

RP: Razão de prevalência,

Modelo de Poisson de variância robusta.

#Ajustado por faixa etária.

Em negrito: associações estatisticamente significativas.

A violência sexual contra mulheres e meninas notificadas no Espírito Santo, entre 2017 e 2023, apresentou predominância de estupro, correspondendo a 79,1% dos casos (n=6.414) notificados, enquanto outras formas de violência sexuais representaram 20,9% (n=1.695). Entre as vítimas de todas as violências, 11,4% eram gestantes (n=921), porém, apenas 2,3% de todas as vítimas de violência sexual tiveram registro de interrupção legal da gestação (n=190) (dados não apresentados em tabelas).

A análise da qualidade dos dados existentes indicou elevada incompletude em diversas variáveis. Nas notificações de VS, “estado civil” e “uso de álcool” pelo agressor apresentaram mais de 30% de dados ausentes, sendo classificadas como “muito ruim”. “Gestação atual”, “anos de estudo”, “violência de repetição” e “faixa etária do agressor” tiveram incompletude entre 20% e 30% (“ruim”), enquanto “deficiência e/ou transtorno” foi classificada como “regular” (16,6%). “Local de ocorrência”, “número de agressores” e “vínculo com o agressor” apresentaram qualidade “boa” (5%–10% de incompletude). Apenas “raça/cor” e “sexo do agressor” tiveram qualidade “ótima”, com menos de 5% de dados faltantes. As variáveis “idade”, “zona de moradia”, “região de saúde” e “ano de notificação” tiveram 100% de preenchimento (dados não apresentados em tabelas).

DISCUSSÃO

A análise realizada amplia a compreensão sobre a magnitude, os padrões e os determinantes da violência sexual contra mulheres e meninas no Espírito Santo, evidenciando sua distinção em relação às demais violências interpessoais. Os achados mostram que a violência sexual permanece enraizada em desigualdades estruturais de gênero, sustentadas pela naturalização histórica do controle sobre o corpo feminino e por práticas simbólicas e materiais que legitimam a dominação masculina^{6,7} Essa característica estrutural confere especificidade ao fenômeno e ajuda a explicar a persistência e a gravidade dos casos.

A variação temporal das notificações revela a influência de fatores operacionais e sociais. A redução observada em 2019 pode estar relacionada à transição do SINAN para o e-SUS VS, com perda potencial de casos menos visíveis ou subnotificados mesmo. Já a queda de 2020 dialoga com os impactos da pandemia de COVID-19, que limitaram mobilidade, acesso a serviços e a capacidade institucional de vigilância^{8,9,10}. A retomada das notificações a partir de 2021 indica tanto possível agravamento dos episódios quanto adaptação dos serviços e melhoria dos fluxos de vigilância^{8,11}. Elementos normativos também influenciaram essa tendência, como a ampliação da notificação compulsória para educação e assistência social com a Lei Estadual nº 11.147/2020, e com as notificações obrigatórias, também, do Conselho tutelar, incorporada na regulamentação da referida lei (Portaria nº 72/2022).

Do ponto de vista espacial, os resultados mostram desigualdades regionais persistentes. A Região Metropolitana concentra maior volume de notificações e maior densidade de serviços, enquanto as regiões Norte e Central apresentam fragilidades institucionais, menor articulação intersetorial e cobertura limitada do VIVA municipal. Em contraste, a Região Sul ampliou notificações após a implantação de dois Núcleos Municipais de Prevenção da Violência (NUPREVI), conforme Portaria MS nº 936/2004, fortalecendo redes de proteção e vigilância.

O perfil das vítimas reafirma achados nacionais: meninas de 10 a 14 anos representaram o grupo mais afetado (33,9%), seguidas por crianças menores de 9 anos (20,4%), enquanto as demais violências predominaram com 46,6% de ocorrência entre mulheres adultas (30 a 59 anos). Esse padrão é compatível com os dados nacionais do Atlas da Violência¹⁰, do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde e outros estudos^{8,12,13,14}. A classificação legal (Lei 12.015/2009) de qualquer relação sexual com menores de 14 anos como estupro de vulnerável reforça o caráter de poder, coerção e desigualdade de gênero associado ao

fenômeno^{6,8}. Ressalta-se que além das repercussões físicas — como infecções sexualmente transmissíveis e gestações indesejadas —, as vítimas enfrentam traumas psíquicos e sociais de longa duração que muitas vezes pode reverberar em outras violências.

Variáveis sociodemográficas, também, revelam nuances importantes. O ajuste para faixa etária mostrou maior prevalência de violência sexual entre mulheres com escolaridade intermediária, possivelmente indicando maior reconhecimento e acesso à notificação^{9,15}. Quanto ao estado civil, a predominância de vítimas sem companheiro contrasta com outras violências, frequentemente associadas a parceiros íntimos¹⁵, sugerindo que a violência sexual no contexto conjugal permanece subnotificada ou invisível. A vulnerabilidade de mulheres com deficiência também se destacou, associada à dependência funcional, isolamento e risco aumentado^{15,16,10}.

O ambiente da ocorrência reforça a natureza intrafamiliar da violência sexual: a residência foi o principal local de violência, diferentemente de outras agressões mais frequentemente observadas em espaços públicos. Isso evidencia a gravidade do fenômeno e a necessidade de estratégias específicas de proteção. Apesar disso, não se deve considerar o domicílio como um espaço invariavelmente perigoso, mas como local onde, na ausência de vínculos saudáveis, emergem dinâmicas de controle e violência^{10,16}. A prevalência de agressor único reforça essa dinâmica, alinhada à literatura que identifica o controle masculino sobre o corpo feminino como elemento central da violência sexual^{2,16}. Nas demais violências, a associação com o uso de álcool pelo agressor confirma achados de estudos sobre fatores facilitadores de agressão^{3,17, 18,19,20}.

A reincidência em 42,4% dos casos demonstra limitações dos mecanismos de proteção, além da insuficiência das políticas públicas vigentes^{3,20}. A discussão sobre o acesso ao aborto legal evidencia obstáculos institucionais e normativos, com exigências que tensionam direitos reprodutivos e impactam diretamente a autonomia das vítimas^{21,22}. A disputa normativa

envolvendo a Nota Técnica Conjunta nº 2/2024-SAPS/SAES/MS e a Resolução CFM nº 2.378/2024, ambas posteriormente suspensas, demonstra a fragilidade do campo dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. Em termos de determinantes sociais, a violência sexual permanece altamente subnotificada: menos de 10% dos casos chegam à polícia²⁴. A análise interseccional reforça maior vulnerabilidade de meninas negras e pardas, impactadas pelo racismo estrutural e pela desigualdade de acesso a serviços^{3,10,16}. Pesquisa nacional conduzida pelo Senado evidenciou que 66% das vítimas têm baixa renda e 85% convivem com seus agressores, mostrando o peso das desigualdades socioeconômicas²⁵. A predominância do sexo masculino entre os agressores (91,8%, RP ajustada=12,3), especialmente adultos, destaca a marca de gênero da violência sexual e a necessidade de protocolos específicos para investigação, acolhimento e responsabilização, considerando relações prévias ou ex-companheiros¹⁵.

O estudo também destaca transformações estruturais importantes no âmbito da vigilância de violência do estado. A implantação do e-SUS VS, apesar de seus benefícios — como digitação padronizada e descentralizada, compartilhamento de dados em tempo real e dashboards — impôs desafios de infraestrutura, conectividade e capacitação, agravados pela pandemia. A resposta institucional incluiu Nota Técnica estadual e intensificação das capacitações on-line. A aproximação entre saúde, educação, assistência social e conselho tutelar, especialmente após a Lei do Cuidado (Nº 11.147/2020), favoreceu maior capilaridade da notificação, com picos durante períodos letivos e reduções no recesso escolar³.

Apesar da ampliação das notificações, isso não deve ser interpretado como aumento da violência em si. Antes, revela melhorias na sensibilidade do sistema de vigilância com a capilaridade, descoberta da demanda reprimida e maior confiança das vítimas em buscar os serviços¹². O fortalecimento da Vigilância de Violência e Acidentes - VIVA é fundamental para qualificar dados, integrar setores e aprimorar respostas intersetoriais.

O contexto histórico também ajuda a entender as limitações persistentes. Tradicionalmente, o enfrentamento da violência ficou restrito à segurança pública e ao Judiciário, enquanto o setor saúde concentrou-se no atendimento das consequências físicas e psíquicas. Essa visão reducionista decorre da organização da medicina e da pouca priorização institucional da violência como problema de saúde pública^{2,12,24,26,27,28}. A redução dos blocos de financiamento do SUS e investimentos insuficientes durante períodos recentes agravaram a fragilidade das ações de proteção^{25,29} pois, apesar da gravidade epidemiológica, a PNRMAV não tem sido priorizada, sofrendo um desmonte progressivo^{25,29}.

Apesar de seus achados robustos, o estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento transversal e ao uso de dados secundários provenientes de dois sistemas distintos (SINAN e e-SUS VS). Há ainda subnotificação, inconsistências nos registros e elevada frequência de campos incompletos, aspectos que podem influenciar a estimativa das prevalências e associações.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Violence against women prevalence estimates 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
2. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021. São Paulo: FBSP; 2021. Available from: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v4-bx.pdf>
3. Espírito Santo. Secretaria Estadual de Saúde. Relatório: Dados de violência interpessoal/autoprovocada de pessoas notificadas ao SUS do Espírito Santo, 2016 a 2021. Vitória: SESA; 2022. Available from:

- https://saude.es.gov.br/Media/sesa/DANTS/ViolenciaCulturadePaz/BoletinsEpidemiologicos/RELATORIO_Dados%20de%20viol%C3%Aancia%20interpessoal_e_autoprovocada%20de%20pessoas%20notificadas%20ao%20SUS%20ES%202016%20a%202021.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União; 18 maio 2001. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html
 5. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis socioeconômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no SIM do Brasil (1996/2001). Cad Saúde Pública. 2006;22(3):673–84. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>
 6. Mastropáolo J. Punição e controle do feminino: funcionalidade da violência sexual no capitalismo. In: Cavalcanti LF, org. Violência sexual contra a mulher: abordagens, contextos e desafios. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2022. p. 114. Available from: https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17171/1/ebook_Violencia-sexual-contra-a-mulher_1ed_2022.pdf#page=114
 7. Trugilho SM. A violência como manifestação da questão social com rebatimentos na saúde. In: Anais do 8º Encontro Internacional de Política Social; 2020; Vitória. Vitória: UFES; 2020.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. Boletim Epidemiológico. 2024; 54(08). Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>
 9. ONU Mulheres. A pandemia sombria: violência contra as mulheres durante a COVID-19.

- [S.l.]: ONU Mulheres; [2020?]. Available from: <https://eca.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19-0>
10. Cerqueira D, Bueno S, coords. Atlas da Violência 2024. Brasília: Ipea; FBSP; 2024. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>
 11. Ribeiro, F. S. M. et al. *Notificações de violência física, sexual e emocional e negligência contra crianças no Brasil, 2011–2019: estudo ecológico de séries temporais*. *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n. 3, e2023246, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497202300246>
 12. Schuelter-Trevisol F, Orige IA, Parma GOC, Traebert J, Traebert E, Trevisol DJ. Tendência temporal e distribuição espacial da violência sexual no Brasil, 2013-2022. *Ciênc Saúde Colet*. 2024. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-temporal-e-distribuicao-espacial-dos-casos-de-violencia-sexual-notificados-no-brasil-entre-2013-e-2022/19365>
 13. Pedroso MRO, Leite FMC. Prevalência e fatores associados à violência sexual contra crianças em um estado brasileiro. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9838. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0128pt>
 14. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP); UNICEF. Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil 2021-2023. ago. 2024. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/panorama-da-violencia-letal-e-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-no-brasil-2021-2023>
 15. Mascarenhas MDM, Thomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23(Supl 1). Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>
 16. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência

- no SUS: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1857–66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
17. Valença AM, Nascimento I, Nardi AE. Relação entre crimes sexuais e transtornos mentais e do desenvolvimento: revisão. *Arq Psiquiatr Clín*. 2013;40(3):97–104. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000300004>
18. PALUDO S dos S, Schirò EDB dei. **Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos**. 2012S. Disponível em: https://www.scielo.br/j/epsic/a/gdWFkGN8H97wy9Y6Cd4hxkg/?lang=pt#**. Acesso em: 10 set. 2024.
19. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Violência contra as mulheres*. [S.l.]: OPAS; [20--?]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 3 maio 2025.
20. Vieira LJES, Silva RM, Cavalcanti LF, orgs. *Violência sexual contra a mulher: abordagens, contexto e desafios*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ; 2022. 310 p. ISBN: 978-65-88388-32-7. Disponível em https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/17171/1/ebook_Violencia-sexual-contra-a-mulher_1ed_2022.pdf#page=114
21. Drezett J. Aborto legal e a ética do cuidado em saúde. *Rev Bioética*. 2023;31(1):11–22.
22. Martins L. Gravidez decorrente de violência sexual: o que todo ginecologista e obstetra deve orientar às mulheres. FEBRASGO; 2024. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1824-gravidez-decorrente-de-violencia-sexual-o-que-todo-ginecologista-e-obstetra-deve-orientar-as-mulheres>
23. World Health Organization (WHO). *Intimate partner violence during pregnancy: information sheet*. Geneva: WHO; 2011. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf

24. Rodrigues VI. A trajetória histórica da violência de gênero no Brasil. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018;1(1). Available from: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22410>
25. Brasil. Senado Federal. Instituto DataSenado. Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher 2024. Brasília: Senado Federal; 2024. Available from: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/materias/pesquisas/pesquisa-estadual-de-violencia-contra-a-mulher-2024>
26. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. Genebra: OMS; 2002. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
27. Schraiber LB, Pires D'Oliveira AFL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface (Botucatu). 1999;3(5):2–4. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>
28. World Health Organization (WHO). Violence against women prevalence estimates 2018. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
29. ENSP/Fiocruz. Nota sobre os 20 anos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2021. Available from: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nota-sobre-os-20-anos-da-politica-nacional-de-reducao-de-morbimortalidade-por-acidentes-e>

Contribuição dos autores:

Todos os autores contribuíram para a concepção do estudo;

Autor 1: Concepção do estudo; aquisição dos dados; qualificação do banco de dados; análise estatística; interpretação dos resultados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final.

Autor 2: Qualificação do banco de dados; análise estatística; interpretação dos resultados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final.

Autor 3: Concepção e planejamento metodológico do estudo; qualificação do banco de dados; análise estatística; interpretação dos resultados; redação e revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final.

ANEXO A

Ficha De Notificação De Violência Interpessoal/Autoprovocada

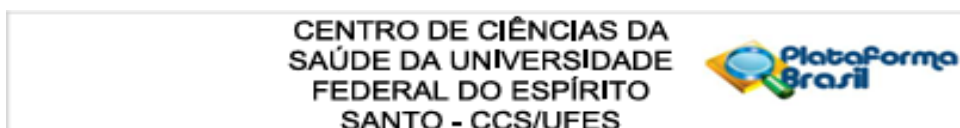
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado(a)	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09			
	3	Data da notificação					
	4	UF	Município de notificação				
Notificação Individual	5	Código (IBGE)					
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros					
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade			
	8	Unidade de Saúde		Código (CNEC)			
Dados de Residência	9	Data da ocorrência da violência					
	10	Nome do paciente					
	11	Data de nascimento					
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor			
Dados de Residência	16	Escolaridade					
	17	Número do Cartão SUS					
	18	Nome da mãe					
	19	UF	Município de Residência		Código (IBGE)		
	20	Município de Residência		Código (IBGE)			
	21	Distrito					
	22	Bairro		Logradouro (rua, avenida...)			
	23	Logradouro (rua, avenida...)		Código			
	24	Número		Complemento (apto., casa...)			
	25	Complemento (apto., casa...)		Geo campo 1			
26	Geo campo 1						
27	Geo campo 2		Ponto de Referência				
28	Ponto de Referência		CEP				
29	CEP						
30	DDD Telefone		Zona				
31	Zona		País (se residente fora do Brasil)				
32	País (se residente fora do Brasil)						
Dados Complementares							
Dados da Pessoa Agravada	33	Nome Social			34	Ocupação	
	35	Situação conjugal / Estado civil					
	36	Orientação Sexual		37		Identidade de gênero	
	38	Possui algum tipo de deficiência/transorno?					
Dados de Ocorrência	39	Se sim, qual tipo de deficiência/transorno?			40	UF	
	40	UF		Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	41	Município de ocorrência		Código (IBGE)		42	Distrito
	43	Bairro		Logradouro (rua, avenida...)		Código	
44	Logradouro (rua, avenida...)		Código		45	Número	
46	Complemento (apto., casa...)		Geo campo 3		47	Geo campo 3	
47	Geo campo 3		Geo campo 4		48	Geo campo 4	
48	Geo campo 4		Ponto de Referência		49	Ponto de Referência	
49	Ponto de Referência		Zona		50	Zona	
50	Zona		Hora da ocorrência		51	Hora da ocorrência	
51	Hora da ocorrência		Local de ocorrência		52	Local de ocorrência	
52	Local de ocorrência		Ocorreu outras vezes?		53	Ocorreu outras vezes?	
53	Ocorreu outras vezes?		A lesão foi autoprovocada?		54	A lesão foi autoprovocada?	
54	A lesão foi autoprovocada?						

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Dificuldade 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Usado do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contraceção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 63 Suspeita do uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 64 Ciclo de vida do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	
Disque Direitos Humanos 100			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada		Sim/não	
SVS 15.06.2015			

ANEXO B

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA I E II

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: MARIA CARMEN MOLDES VIANA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68736623.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.236.372

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que vai avaliar o IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO. A proposta do projeto é analisar dados secundários armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2017-2019 e no ESUSVS de 2020-2022, relativos a violências interpessoal e autoprovocada ocorridas no Espírito Santo nesse período. Também serão identificadas cronologicamente as ações de enfrentamento à COVID-19 e as estratégias implementadas pela equipe da VIVA/ES para incentivar a prática de notificação de violências e verificar se houve correlações com variações do número de notificações.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável os objetivos da pesquisa são:

***Objetivo Primário:**

Avaliar o impacto da COVID-19 na vigilância epidemiológica da violência interpessoal/autoprovocada no SUS/ES entre 2017 a 2022.

Objetivo Secundário:

a) Analisar as notificações de violência interpessoal/autoprovocada de residentes do ES, no período de 2017 a 2022, caracterizando as vítimas segundo sexo, idade, região de saúde, tipo de violência e características do agressor.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar	
Bairro: S/N	CEP: 29.040-091
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211	E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.236-372

- b) Identificar associações entre os tipos de violência e variáveis sócio demográficas, local de ocorrência e outras variáveis de interesse.
- c) Identificar alterações no número de notificações de violência durante a pandemia de COVID-19 e correlaciona-las com a implementação de estratégias de enfrentamento à pandemia de COVID-19.
- d) Identificar alterações no número de notificações de violência durante a pandemia de COVID-19 e correlaciona-las com práticas da gestão estadual na vigilância epidemiológica da violência no Espírito Santo.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com MARIA CARMEN MOLDES VIANA, os riscos e benefícios do projeto IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO são:

*** Riscos:**

Considerando que serão analisados dados já consolidados por sistemas do SUS (e-SUS VS e SINAN), e, embora haja a possibilidade de divulgação de informações, invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, avalia-se que os riscos sejam mínimos, pois, além da assinatura de termos de estrita confidencialidade, as pesquisadoras asseguram que os dados sensíveis de identificação serão manejados apenas pelas mesmas. Além disso, o manejo dos bancos a serem utilizados já é feito por uma das pesquisadoras deste estudo (Edleusa Cupertino), que é servidora e referência em vigilância epidemiológica de violência no ES e está familiarizada com as normativas das legislações vigentes referentes à proteção de dados.

Benefícios:

A pesquisa proposta apresenta como benefícios a possibilidade de entender melhor as vulnerabilidades da população acerca da exposição à violência de notificação durante o período pandêmico, identificando grupos populacionais de maior risco e o impacto das estratégias desenvolvidas pela equipe da VIVA do Espírito Santo para estimular a notificação de violências interpessoal/autoprovocada.*

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 466/12.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.236-372

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO do pesquisador MARIA CARMEN MOLDES VIANA constam os seguintes documentos:

Folha de rosto: apresentada

Projeto detalhado: apresentado

Termo de anuência da instituição da SESA: apresentado

Termo de Sigilo e Confidencialidade: NÃO apresentado

Cronograma: apresentado e necessitando de adequações, observando os trâmites do CEP.

Orçamento: apresentado

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-Inserir o termo de sigilo e confidencialidade que deve se assinado por todos os pesquisadores e deve constar também o CPF.

-Sempre adequar o cronograma no projeto principal e na Plataforma Brasil, tendo em vista o tempo para análise e aprovação do projeto pelo CEP/CCS. Atividades anteriores ao início do projeto, como contato com o local de execução, revisão de literatura, entre outros que não sejam considerados o estudo propriamente dito não devem ser relatados no cronograma. A coleta de dados deve ocorrer somente após a aprovação do CEP.

-O pesquisador DEVERÁ ATENDER as pendências no prazo de trinta (30) dias, contados a partir da emissão deste parecer na Plataforma Brasil (Norma Operacional 01/2013, item 2.2, E)

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** csp.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.236-372

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2112393.pdf	22/07/2023 14:09:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EDLEUSA_PROJ_ICEPI_final.pdf	22/07/2023 14:05:16	MARIA CARMEN MOLDES VIANA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_assinada.pdf	13/04/2023 12:13:31	EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO	Aceito
Outros	ICEPI_TERMOS_ANUENCIA_ASSINADO.pdf	09/04/2023 17:14:22	EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 13 de Agosto de 2023

Assinado por:

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
 Bairro: S/N CEP: 29.040-091
 UF: ES Município: VITÓRIA
 Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO

Pesquisador: MARIA CARMEN MOLDES VIANA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 68736623.4.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.274.082

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que vai avaliar o IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO. A proposta do projeto é analisar dados secundários armazenados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2017-2019 e no ESUSVS de 2020-2022, relativos a violências interpessoal e autoprovocada ocorridas no Espírito Santo nesse período. Também serão identificadas cronologicamente as ações de enfrentamento à COVID-19 e as estratégias implementadas pela equipe da VIVAVES para incentivar a prática de notificação de violências e verificar se houve correlações com variações do número de notificações.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora responsável os objetivos da pesquisa é "Avaliar o impacto da COVID-19 na vigilância epidemiológica da violência interpessoal/autoprovocada no SUS/ES entre 2017 a 2022."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com MARIA CARMEN MOLDES VIANA, os riscos e benefícios do projeto IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO são:

* Riscos:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **Município:** VITORIA **CEP:** 29.040-091
UF: ES **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com
Telefone: (27)3335-7211

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.274-082

Considerando que serão analisados dados já consolidados por sistemas do SUS (e-SUS VS e SINAN), e, embora haja a possibilidade de divulgação de informações, invasão de privacidade e divulgação de dados confidenciais, avalia-se que os riscos sejam mínimos, pois, além da assinatura de termos de estrita confidencialidade, as pesquisadoras asseguram que os dados sensíveis de identificação serão manejados apenas pelas mesmas.

Além disso, o manejo dos bancos a serem utilizados já é feito por uma das pesquisadoras deste estudo (Edleusa Cupertino), que é servidora e referência em vigilância epidemiológica de violência no ES e está familiarizada com as normativas das legislações vigentes referentes à proteção de dados.

Benefícios:

A pesquisa proposta apresenta como benefícios a possibilidade de entender melhor as vulnerabilidades da população acerca da exposição à violência de notificação durante o período pandêmico, identificando grupos populacionais de maior risco e o impacto das estratégias desenvolvidas pela equipe da VIVA do Espírito Santo para estimular a notificação de violências interpessoal/autoprovocada.*

Os riscos e benefícios estão de acordo com a Res. CNS N° 486/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO do pesquisador MARIA CARMEN MOLDES VIANA constam os seguintes documentos:

Folha de rosto: apresentada

Projeto detalhado: apresentado

Termo de anuência da instituição da SESA: apresentado

Termo de Sigilo e Confidencialidade: apresentado

Cronograma: apresentado

Orçamento: apresentado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

Email: csp.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESPÍRITO
SANTO - CCS/UFES**



Continuação do Parecer: 6.274.082

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram resolvidas

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2112393.pdf	21/08/2023 00:56:57		Aceito
Outros	icepi.pdf	21/08/2023 00:56:12	MARIA CARMEN MOLDES VIANA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	EDLEUSA_PROJ_ICEPI_final.pdf	22/07/2023 14:05:16	MARIA CARMEN MOLDES VIANA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO_assinada.pdf	13/04/2023 12:13:31	EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO	Aceito
Outros	ICEPI_TERMO_ANUENCIA_ASSINADO.pdf	09/04/2023 17:14:22	EDLEUSA GOMES FERREIRA CUPERTINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 31 de Agosto de 2023

Assinado por:

**Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio de direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 29.040-091
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

ANEXO C

PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA – ICEPI/SESA

MODELO DE TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO A SER IMPRESSO EM PAPEL COM TIMBRE DA INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "IMPACTO DA COVID 19 NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA NO SUS: A EXPERIÊNCIA DO ESPÍRITO SANTO.", sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Dra. MARIA CARMEN MOLDES VIANA tendo como objetivo "Avaliar o impacto da COVID-19 na vigilância epidemiológica da violência interpessoal/autoprovocada no SUS/ES no período de 2017 a 2022.".

Para a realização da pesquisa e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto, vimos solicitar de V.S. **autorização para acesso aos dados da vigilância epidemiológica de violência, referente ao período de estudo, nas dependências da VTVA/SVS/SESA, e encaminhamos, em anexo, o Requerimento e o Projeto de Pesquisa.**

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

O início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente



Prof. Dra. MARIA CARMEN VIANA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo, Maruípe, Vitória/ES

Vitória, 10 de março de 2023

Prof. Dr. EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Espírito Santo, Maruípe, Vitória/ES

Vitória, 10 de março de 2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por **MARIA CARMEN MOLDES VIANA - SIAPE 1896407** Departamento de Medicina Social - DMS/CCS Em 17/03/2023 às 10:59

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/670275?tipoArquivo=0>



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

PROTOCOLO DE ASSINATURA



O documento acima foi assinado digitalmente com senha eletrônica através do Protocolo Web, conforme Portaria UFES nº 1.269 de 30/08/2018, por **EDSON THEODORO DOS SANTOS NETO - SIAPE 1699235** Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC/CCS Em 17/03/2023 às 15:30

Para verificar as assinaturas e visualizar o documento original acesse o link: <https://api.lepisma.ufes.br/arquivos-assinados/670596?tipoArquivo=0>

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPI

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

 FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL

Considerações: _____

_____ *[Assinatura]* _____ *22/03/2023*
(incluir nome e carimbo do profissional do ICEPI) (incluir data)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

 AUTORIZADO NÃO AUTORIZADO

Considerações: _____

_____ *[Assinatura]* _____
(incluir nome e carimbo do gestor da Unidade Campo da Pesquisa na SESA) (incluir data)