









Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e dos serviços de atendimento especializado em Minas Gerais, 2019

Isabella Vitral Pinto¹ , Iracy Silva Pimenta² , Maria Bevilacqua Alves³ , Ana Pereira dos Santos¹ , Cristiane Magalhães de Melo⁴ , Janete Gonçalves Evangelista¹ , Kate Aparecida Rocha Lacerda¹ , Paula Dias Bevilacqua¹ 

¹Instituto René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz, Grupo de Pesquisa Violências, Gênero e Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil

²Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania, Belo Horizonte, MG, Brasil

³Universidade Federal de Viçosa, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Agrícola – Recursos Hídricos e Ambientais, Viçosa, MG, Brasil

⁴Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Serviço Social, Viçosa, MG, Brasil

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil sociodemográfico dos casos notificados de violência sexual (VS) e a distribuição dos serviços de atendimento ao agravo em Minas Gerais, Brasil, 2019. **Métodos:** estudo descritivo dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e dos serviços registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. **Resultados:** foram identificadas 4.418 notificações de VS no período, correspondendo a mais de 12 notificações/dia; houve maior frequência de notificações no sexo feminino (87,0%) e entre crianças e adolescentes (72,0%); a distribuição dos serviços mostrou vazios assistenciais em quatro das 14 macrorregiões de saúde do estado; as distâncias máximas percorridas para atendimento em serviços de referência variaram de 93 a 327 km. **Conclusão:** a escassez de serviços de atendimento a pessoas em situação de VS nas microrregiões e macrorregiões de Minas Gerais sinalizam a necessidade de planejamento de políticas públicas visando aumentar o acesso a esses serviços.

Palavras-chave: Violência de Gênero; Abuso Sexual na Infância; Notificação de Abuso; Sistemas de Informação em Saúde; Epidemiologia Descritiva.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é definida como qualquer ato sexual forçado, ou realizado mediante uso de coação ou ameaça, incluindo estupro, tentativa de estupro, toque sexual indesejado ou formas de violência sexual sem contato.¹ Embora possam ocorrer com mulheres e com homens, as desigualdades de gênero contribuem para que meninas e mulheres, raça/cor da pele preta, mulheres trans e/ou pessoas com deficiências sejam quem mais sofra violências sexuais.²

Características sociais locais, como (i) os baixos níveis de educação, (ii) as atitudes e normas de naturalização da violência e das desigualdades de gênero, (iii) a falta de emprego para mulheres, (iv) as leis discriminatórias de gênero, relacionadas à propriedade, casamento, divórcio, (v) as crenças na honra da família e na pureza sexual, (vi) as ideologias de direitos sexuais masculinos e (vii) a imposição de débeis sanções legais para a violência sexual, impõem maior risco da ocorrência desse agravo.³ No mundo, uma a cada três mulheres sofreu violência física e/ou sexual provocada por parceiro íntimo e/ou sexual por qualquer autor, pelo menos uma vez na vida; e 13% sofreram esse tipo de violência nos últimos 12 meses.³

No Brasil, em 2019, foram registrados 66.348 casos de estupro, 5.009 deles no estado de Minas Gerais, sendo 85% e 86%, respectivamente, em pessoas do sexo feminino.⁴ Reconhecidamente, mulheres que sobrevivem ao estupro enfrentam estigmas sociais, sentimento de culpa pela violência sofrida, rejeição de suas famílias e comunidades, fatores indutores que contribuem para a subnotificação dos registros dessa forma de violência^{3,4} e dificultam sua visibilidade. Portanto, é mais do que reconhecida a necessidade de políticas públicas dirigidas ao enfrentamento da violência sexual.^{5,6}

A instituição Saúde, além de atuar no atendimento às pessoas sobreviventes de violência sexual, tem, juntamente com a Segurança Pública, importante papel na produção de dados sobre o fenômeno. Desde 2011, os casos

Contribuições do estudo	
Principais resultados	Foram registradas mais de 12 notificações de violência sexual por dia em Minas Gerais, em 2019, mais frequentes no sexo feminino, em crianças e adolescentes, pardos/pretos. Foram identificados vazios assistenciais em quatro macrorregiões do estado.
Implicações para os serviços	Observou-se a necessidade de as vítimas percorrerem grandes distâncias, para atendimento em municípios com serviço de referência na atenção integral à violência sexual, o que pode dificultar o acesso e o cuidado em tempo oportuno.
Perspectivas	Espera-se que os resultados contribuam para aperfeiçoar políticas públicas, considerando-se a necessidade de planejar estrategicamente a localização dos serviços especializados de atendimento a pessoas em situação de violência sexual.

de violência sexual são de notificação obrigatória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).⁷ A comunicação do agravo à secretaria municipal de saúde deve ocorrer no período de até 24 horas, a partir do conhecimento do caso.⁸ Tal urgência justifica-se pela necessidade de garantir acesso imediato à profilaxia do vírus da imunodeficiência humana [*human immunodeficiency virus* (HIV)] e demais infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), além da contracepção de emergência nos casos de pessoas que possam gestar.⁹ No Brasil, o atendimento às pessoas em situação de violência sexual é assegurado pela Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, o que garante a elas a oferta de atendimento emergencial, integral e multidisciplinar pelos hospitais.¹⁰ Para organizar a rede de atenção a esses casos, as Portarias nº 485, de 1º de abril de 2014, nº 618, de 18 de julho de 2014, e nº 1.662, de 2 de outubro de 2015, redefiniram o funcionamento do Serviço nº 165 de

Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual (SAP/VS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado segundo quatro classificações:¹¹⁻¹³ Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual (AIP/VS); Atenção Ambulatorial às Pessoas em Situação de Violência Sexual (AAP/VS); Interrupção de Gravidez (IG), nos casos previstos em lei; e Coleta de Vestígios de Violência Sexual (CV/VS).

Em Minas Gerais, estado com 853 municípios, fazem-se presentes as quatro classificações do SAP/VS no SUS. Entretanto, apesar da obrigatoriedade do atendimento hospitalar¹⁰ e da organização dos SAP/VS,¹¹⁻¹³ uma pesquisa realizada em 2017 mostrou que a oferta de serviços especializados era insuficiente para atender às demandas de atendimento, além da existência de vazios assistenciais.¹⁴

O objetivo do estudo foi descrever o perfil sociodemográfico dos casos notificados de violência sexual e a distribuição dos serviços de atendimento a esse agravo.

MÉTODOS

Estudo descritivo de casos de violência sexual notificados no Sinan em Minas Gerais, no ano de 2019, e a distribuição dos SAP/VS do estado registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil no mês de julho de 2019.

Foram incluídas todas as notificações realizadas em 2019 com o tipo de violência assinalado na Ficha de Notificação como “violência sexual”, independentemente de sexo ou da faixa etária do caso.

Foram utilizadas as seguintes variáveis, segundo sexo (feminino; masculino) e grupos etários [em anos: 0 a 9 (crianças); 10 a 19 (adolescentes); 20 ou mais (adultos)]:

a) demográficas – raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena; ignorado) e situação conjugal (solteiro(a); casado(a) ou em união consensual; viúvo(a); separado(a); não se aplica; ignorado) –;

- b) possuir deficiência (possui deficiência; não possui deficiência; ignorado);
- c) ser gestante (sim; não; não se aplica; ignorado);
- d) violência ocorreu outras vezes (sim; não; ignorado);
- e) local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública; comércio/serviços; indústrias/construção; outro; ignorado);
- f) tipo de violência sexual (assédio sexual; estupro; pornografia infantil; exploração sexual; outros);
- g) número de agressores envolvidos (um; dois ou mais; ignorado);
- h) sexo do provável autor da agressão (masculino; feminino; ambos os sexos; ignorado);
- i) vínculo/grau de parentesco do agressor com a pessoa atendida [familiares; parceiros(as) ou ex-parceiros(as); amigos(as) ou conhecidos(as); desconhecidos(as); outros].

Os dados do Sinan e do CNES estavam disponíveis para acesso público na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS (Datasus).^{15,16} O ano de 2019 foi selecionado para o estudo por referir a última base com dados finais disponibilizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, a base que já passara pelo processo de limpeza e exclusão de duplicidades no nível federal. A base de dados do Sinan foi acessada em 24 de novembro de 2021. A base de dados do CNES foi acessada em 20 de setembro de 2021.

Foram calculadas as taxas de incidência de notificação de violência sexual (por 100 mil habitantes) segundo três faixas etárias (em anos: 0 a 9; 10 a 19; 20 ou mais), para o sexo feminino e o sexo masculino, nas 89 microrregiões de saúde de Minas Gerais. Para o numerador, considerou-se o número total de notificações de violência sexual no Sinan em 2019, segundo sexo, faixa etária e microrregião de saúde;¹⁷ o denominador compreendeu o total da população da microrregião em 2019, segundo sexo e faixa etária, baseado nas estimativas de população residente.¹⁸ Para a faixa etária de 20 anos ou mais, foi calculada a taxa padronizada

de notificação de violência sexual utilizando-se o método direto e a distribuição da população brasileira como padrão.

Foram descritas a quantidade e a distribuição geográfica do SAP/VS, segundo as 14 macrorregiões¹⁷ de saúde do estado, nas quatro classificações do Serviço.

Para analisar a distância percorrida por pessoas com notificação de violência sexual, até a referência de AIP/SP mais próxima e dentro da mesma macrorregião de saúde, foi realizado o cálculo da distância – em linha reta e em quilômetros – entre o município de notificação e o serviço de referência mais próximo (município com a classificação de referência para AIP/VS, dentro de cada macrorregião de saúde). Nessa análise, não foram incluídas as macrorregiões sem registro no CNES para essa classificação, quais sejam: Noroeste, Nordeste, Leste e Leste do Sul. Para o cálculo da distância, utilizou-se a função Euclidean Distance (*software ArcGIS*) e as malhas disponibilizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Ministério do Planejamento e Orçamento (Ipea/MPO).¹⁹

Para as comparações entre as macrorregiões de saúde do estado, foram consideradas as distâncias máximas calculadas entre o local das notificações e o serviço especializado, assumindo-se que essa seria a maior distância percorrida por uma pessoa com notificação de violência sexual até a referência AIP/VS mais próxima existente na macrorregião.

Para as análises, foram utilizados o programa R²⁰ e o programa ArcGIS (versão 10.5).

O estudo baseou-se em dados secundários, agregados, sem identificação das pessoas. Como se trata de dados disponíveis em bancos de domínio público, o projeto foi dispensado de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Em 2019, foram identificadas 4.429 notificações de violência sexual em Minas Gerais; um

caso encontrava-se identificado como sexo “ignorado”, nove casos com idade “ignorada” e um caso com município de residência “não identificado”. Estes 11 casos com dados ignorados para sexo, idade e município de residência foram excluídos do estudo, restando 4.418 notificações a serem analisadas: 87,0% do sexo feminino, 72,0% de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) e 18,0% na faixa etária de 20 anos ou mais, sendo “estupro” o tipo de violência sexual mais caracterizado: 60,8% (Tabelas 1 e 2).

Para qualquer faixa etária, o sexo feminino apresentou maior frequência de notificações de violência sexual, superior a 90% entre pessoas com 10 ou mais anos de idade. A maioria das notificações referiu pessoas pardas/pretas, de ambos os sexos e em todas as faixas etárias. A violência sexual praticada contra pessoas com deficiência foi mais frequentemente notificada em indivíduos do sexo masculino, para qualquer faixa etária, alcançando 42,6% de adultos. Entre adolescentes e adultas do sexo feminino, as violências sexuais notificadas já haviam ocorrido outras vezes em 40,4% e 35,2% dos casos, respectivamente. Em ambos os sexos e em qualquer faixa etária, o principal local de ocorrência foi a residência, e o tipo de violência sexual mais reportado, o estupro (Tabelas 1 e 2).

Para o sexo feminino, nas idades de 0 a 9 e dos 10 aos 19 anos, os principais autores da agressão foram familiares (34,5% e 26,0%, respectivamente) e amigos ou conhecidos (27,9% e 30,8%, respectivamente); já entre adultas, os principais autores da agressão foram desconhecidos (33,9%) e parceiros/ex-parceiros (30,1%) (Tabelas 1 e 2).

Entre pessoas do sexo masculino, nas faixas etárias de 0 a 9 anos e dos 10 aos 19 anos, os principais autores da agressão foram amigos ou conhecidos (33,3% e 37,3%, respectivamente), seguidos de familiares (29,0% e 18,6%, respectivamente); já entre adultos homens, os principais autores da agressão foram desconhecidos (38,5%) e amigos ou conhecidos (30,8%) (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 – Descrição das características das notificações de violência sexual entre crianças e adolescentes, segundo sexo e grupo etário, Minas Gerais, 2019

Variáveis	Crianças (n = 1.473)				Adolescentes (n = 1.706)			
	Feminino (n = 1.130)		Masculino (n = 343)		Feminino (n = 1.541)		Masculino (n = 165)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Raça/cor da pele								
Branca	346	30,6	108	31,5	407	26,4	47	28,5
Preta	92	8,1	38	11,1	222	14,4	21	12,7
Amarela	9	0,8	–	–	13	0,8	1	0,6
Parda	560	49,6	151	44,0	794	51,5	84	50,9
Indígena	6	0,5	1	0,3	7	0,5	2	1,2
Ignorado	117	10,4	45	13,1	98	6,4	10	6,1
Situação conjugal								
Solteiro(a)	–	–	–	–	1.159	75,2	108	65,5
Casado(a) ou em união consensual	–	–	–	–	43	2,8	2	1,2
Separado(a)	–	–	–	–	3	0,2	–	–
Não se aplica	1.130	100,0	343	100,0	227	14,7	41	24,8
Ignorado	–	–	–	–	109	7,1	14	8,5
Deficiência/transtorno								
Possui deficiência	24	2,1	25	7,2	133	8,6	29	17,6
Não possui deficiência	946	83,7	277	80,8	1.277	82,9	114	69,1
Ignorado	160	14,2	41	12,0	131	8,5	22	13,3
Gestante								
Sim	–	–	–	–	112	7,3	–	–
Não	1.130	100,0	–	–	923	59,9	–	–
Não se aplica	–	–	343	100,0	308	20,0	165	100,0
Ignorado	–	–	–	–	198	12,8	–	–
Ocorreu outras vezes								
Sim	323	28,6	110	32,1	622	40,4	60	36,4
Não	382	33,8	118	34,4	679	44,0	69	41,8
Ignorado	425	37,6	115	33,5	240	15,6	36	21,8
Local de ocorrência								
Residência	740	65,4	213	62,1	933	60,6	84	50,9
Habitação coletiva	8	0,7	1	0,3	16	1,0	7	4,3
Escola	63	5,6	27	7,8	21	1,4	4	2,4
Local de prática esportiva	2	0,2	1	0,3	7	0,4	2	1,2
Bar ou similar	3	0,2	4	1,2	16	1,0	–	–
Via pública	22	2,0	17	5,0	181	11,8	15	9,1
Comércio/serviços	2	0,2	2	0,6	13	0,8	4	2,4
Indústrias/construção	–	–	–	–	7	0,5	1	0,6
Outro	98	8,7	24	7,0	160	10,4	27	16,4
Ignorado	192	17,0	54	15,7	187	12,1	21	12,7
Tipo de violência sexual^a								
Assédio sexual	496	38,8	118	29,6	575	30,4	55	26,7
Estupro	580	45,4	218	54,6	1.156	61,2	119	57,8
Pornografia infantil	53	4,1	14	3,5	37	2,0	6	2,9
Exploração sexual	38	2,9	20	5,0	64	3,4	9	4,4
Outros	112	8,8	29	7,3	56	3,0	17	8,2
Número de envolvidos								
Um	812	71,8	249	72,6	1.217	79,0	105	63,6
Dois ou mais	151	13,4	52	15,2	248	16,1	50	30,3

Continua

Continuação

Tabela 1 – Descrição das características das notificações de violência sexual entre crianças e adolescentes, segundo sexo e grupo etário, Minas Gerais, 2019

Variáveis	Crianças (n = 1.473)				Adolescentes (n = 1.706)			
	Feminino (n = 1.130)		Masculino (n = 343)		Feminino (n = 1.541)		Masculino (n = 165)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ignorado	167	14,8	42	12,2	76	4,9	10	6,1
Sexo do autor								
Masculino	880	77,9	289	84,2	1.452	94,2	146	88,5
Feminino	58	5,1	15	4,4	23	1,5	4	2,4
Ambos os sexos	23	2,0	4	1,2	16	1,0	5	3,0
Ignorado	169	15,0	35	10,2	50	3,3	10	6,1
Vínculo do autor com a pessoa atendida^b								
Familiares	357	34,5	93	29,0	394	26,0	30	18,6
Parceiros ou ex-parceiros	–	–	–	–	151	10,0	1	0,6
Amigos ou conhecidos	289	27,9	107	33,3	468	30,8	60	37,3
Desconhecidos	81	7,8	28	8,7	265	17,4	17	10,6
Outros	309	29,8	93	29,0	239	15,8	53	32,9

a) Variável com possibilidade de múltipla escolha, em que, entre crianças, foram identificados 1.279 registros para o sexo feminino e 399 para o sexo masculino, e entre adolescentes, 1.888 registros para o sexo feminino e 206 para o sexo masculino; b) Variável com possibilidade de múltipla escolha, em que, entre crianças, foram identificados 1.036 registros para o sexo feminino e 321 para o sexo masculino, e entre adolescentes, 1.517 registros para o sexo feminino e 161 para o sexo masculino.

Tabela 2 – Descrição das características das notificações de violência sexual entre adultos, segundo sexo, Minas Gerais, 2019

Variáveis	Adultos (n = 1.239)			
	Feminino (n = 1.171)		Masculino (n = 68)	
	n	%	n	%
Raça/cor da pele				
Branca	393	33,6	32	47,0
Preta	186	15,9	5	7,4
Amarela	12	1,0	–	–
Parda	528	45,0	29	42,7
Indígena	2	0,2	–	–
Ignorado	50	4,3	2	2,9
Situação conjugal				
Solteiro(a)	622	53,1	50	73,5
Casado(a) ou em união consensual	284	24,2	10	14,7
Separado(a)	125	10,7	1	1,5
Viúvo(a)	31	2,7	2	2,9
Não se aplica	15	1,3	–	–
Ignorado	94	8,0	5	7,4
Deficiência/transtorno				
Possui deficiência	218	18,6	29	42,6
Não possui deficiência	833	71,1	32	47,1
Ignorado	120	10,3	7	10,3

Continua

Continuação

Tabela 2 – Descrição das características das notificações de violência sexual entre adultos, segundo sexo, Minas Gerais, 2019

Variáveis	Adultos (n = 1.239)			
	Feminino (n = 1.171)		Masculino (n = 68)	
	n	%	n	%
Gestante				
Sim	112	9,6	–	–
Não	781	66,7	–	–
Não se aplica	128	10,9	68	100,0
Ignorado	150	12,8	–	–
Ocorreu outras vezes				
Sim	412	35,2	18	26,5
Não	616	52,6	37	54,4
Ignorado	143	12,2	13	19,1
Local de ocorrência				
Residência	644	55,0	29	42,6
Habitação coletiva	15	1,3	–	–
Escola	6	0,5	2	2,9
Local de prática esportiva	4	0,3	–	–
Bar ou similar	19	1,6	–	–
Via pública	242	20,7	21	30,9
Comércio/serviços	24	2,0	–	–
Indústrias/construção	3	0,3	1	1,5
Outro	110	9,4	7	10,3
Ignorado	104	8,9	8	11,8
Tipo de violência sexual^a				
Assédio sexual	304	23,0	13	18,0
Estupro	938	71,1	54	75,0
Exploração sexual	30	2,3	3	4,2
Outros	48	3,6	2	2,8
Número de envolvidos				
Um	927	79,2	39	57,4
Dois ou mais	193	16,4	26	38,2
Ignorado	51	4,4	3	4,4
Sexo do autor				
Masculino	1.124	96,0	64	94,2
Feminino	11	0,9	2	2,9
Ambos os sexos	3	0,3	–	–
Ignorado	33	2,8	2	2,9
Vínculo do autor com a pessoa atendida^b				
Familiares	61	5,3	6	9,2
Parceiros ou ex-parceiros	348	30,1	8	12,3
Amigos ou conhecidos	251	21,7	20	30,8
Desconhecidos	392	33,9	25	38,5
Outros	103	9,0	6	9,2

a) Variável com possibilidade de múltipla escolha, em que foram identificados 1.320 registros para o sexo feminino e 72 para o sexo masculino;

b) Variável com possibilidade de múltipla escolha, em que foram identificados 1.155 registros para o sexo feminino e 65 para o sexo masculino.

As taxas de incidência de notificação mais elevadas foram verificadas entre adolescentes do sexo feminino: 455/100 mil hab. em Diamantina; 405/100 mil hab. no Serro; e 396/100 mil hab. em Uberaba (Figura 1 e Figura Suplementar).

Em Minas Gerais, em julho de 2019, os serviços de referência em AIP/VS, AAP/VS e CV/VS foram os que apresentaram maiores frequências de registros no CNES: respectivamente, 28, 20 e 19 serviços registrados (Tabela 3). Entre as 89 microrregiões de saúde do estado,

somente 30 contavam com algum tipo de SAP/VS registrado no CNES (Tabela 3). Com relação às 14 macrorregiões de saúde, quatro delas (Leste; Leste do Sul; Nordeste; Noroeste) não contavam com serviço de AIP/VS, sendo que na microrregião Leste do Sul não foi identificado qualquer SAP/VS. Destaca-se o registro de apenas sete serviços de referência para interrupção de gravidez (IG), em todo o estado. A macrorregião Centro foi a que apresentou maior número e diversidade de serviços cadastrados (Tabela 3).

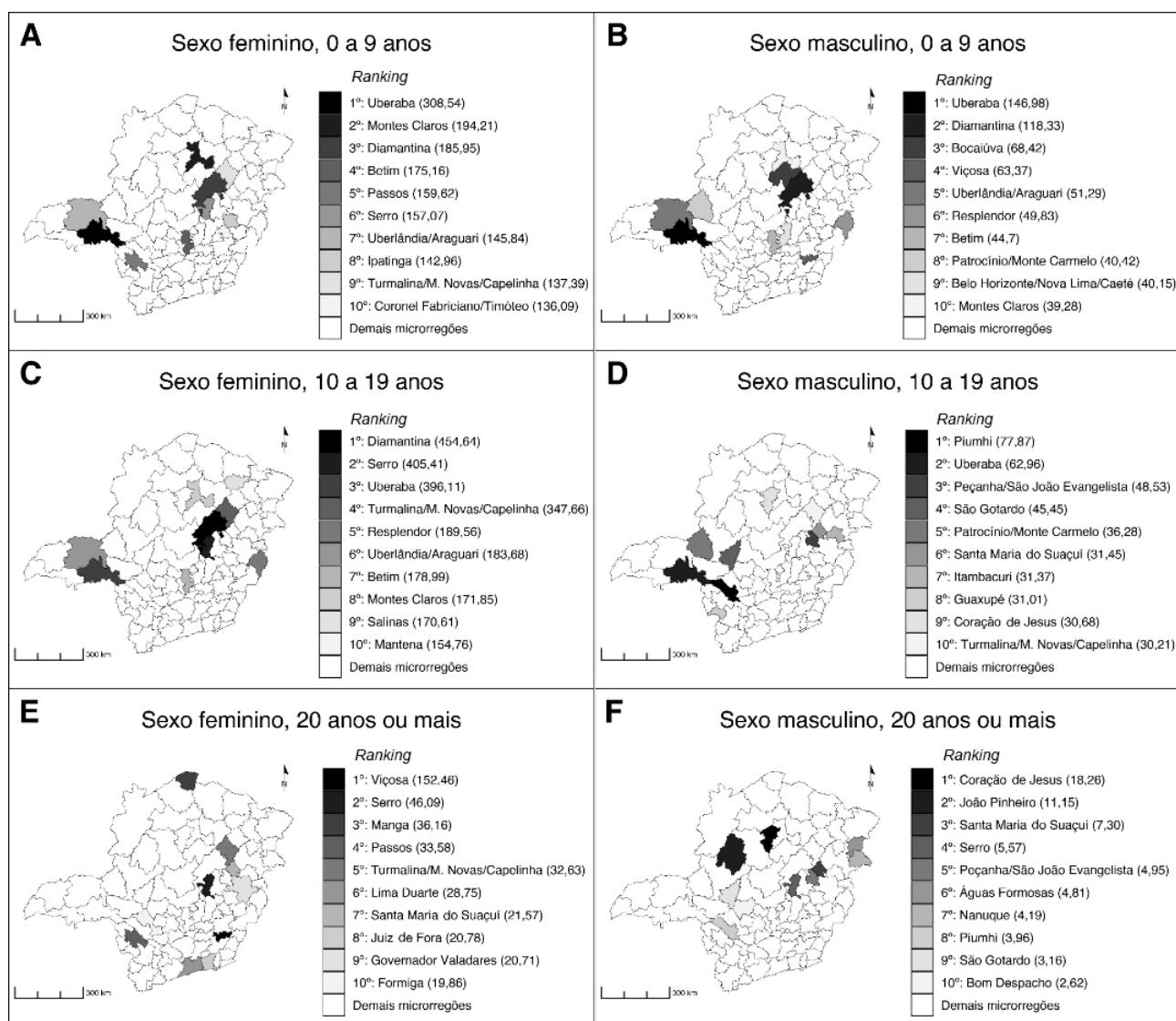


Figura 1 – Ranking das dez microrregiões de saúde com maiores taxas de incidência de notificação de violência, segundo sexo e grupos etários, Minas Gerais, 2019

Tabela 3 – Distribuição das quatro classificações da Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Minas Gerais, julho de 2019

Microrregião de saúde	Macrorregião de saúde	Atenção integral	Atenção ambulatorial	Interrupção de gravidez	Coleta de vestígios
Almenara/Jacinto	Nordeste	–	1	–	–
Araxá	Triângulo do Sul	1	–	–	–
Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté	Centro	4	–	4	6
Betim	Centro	2	–	–	2
Congonhas	Centro-Sul	–	1	–	–
Conselheiro Lafaiete	Centro-Sul	1	–	–	1
Contagem	Centro	3	2	–	2
Coração de Jesus	Norte	–	–	–	1
Diamantina	Jequitinhonha	1	–	–	–
Divinópolis	Oeste	1	–	–	1
Governador Valadares	Leste	–	1	–	–
Ipatinga	Vale do Aço	1	1	–	–
Itabira	Centro	1	–	1	1
Itajubá	Sul	1	–	–	1
Itaobim	Nordeste	–	1	–	–
João Monlevade	Centro	1	1	–	–
Juiz de Fora	Sudeste	1	1	–	1
Lima Duarte	Sudeste	–	3	–	–
Montes Claros	Norte	1	–	–	1
Passos	Sul	1	–	–	–
Patrocínio/Monte Carmelo	Triângulo do Norte	–	2	–	–
Pedra Azul	Nordeste	–	2	–	–
Pouso Alegre	Sul	1	–	–	–
São João Del Rei	Centro-Sul	–	1	1	1
São João Nepomuceno/Bicas	Sudeste	–	1	–	–
São Sebastião do Paraíso	Sul	1	–	–	–
Três Corações	Sul	1	–	–	–
Uberaba	Triângulo do Sul	3	–	–	–
Uberlândia/Araguari	Triângulo do Norte	2	1	1	1
Unai	Noroeste	–	1	–	–
Total		28	20	7	19

Quanto à distância percorrida por uma pessoa com notificação de violência sexual até o serviço de referência em AIP/VS mais próximo existente na macrorregião de saúde, observaram-se distâncias máximas a variar de 327 km a 93 km. As cinco macrorregiões com as maiores distâncias máximas foram: Triângulo do Sul (327 km); Norte (301 km); Triângulo do Norte (262 km); Jequitinhonha (257 km); e Centro (242 km). As distâncias médias variaram de 42 km (Vale do Aço) a 149 km (Norte) (Figura 2).

DISCUSSÃO

As notificações de violência sexual em 2019, no estado de Minas Gerais, mostraram um cenário preocupante: mais de 12 notificações a cada dia, nos serviços de saúde do estado. Os registros concentraram-se no sexo feminino, crianças e adolescentes e pessoas pardas/pretas, sendo a residência o principal local de perpetração da violência e pessoas do sexo masculino os principais agressores.

A avaliação da distribuição dos SAP/VS mostrou vazios assistenciais de AIP/VS em quatro macrorregiões de saúde; destacou-se a ausência de qualquer tipo de SAP/VC em uma macrorregião do estado. Com relação às distâncias percorridas pelas pessoas com notificação de violência sexual, das dez macrorregiões com presença de serviço de referência para AIP/VS, cinco apresentaram a média dessa distância maior que 100 km, um deslocamento considerável para pessoas em situação de violência sexual. Em seis macrorregiões, a distância máxima percorrida até um serviço de referência para AIP/VS foi ainda maior, superior a 200 km. Observados de forma geral, esses resultados são semelhantes aos de outros estudos sobre violência de gênero e violência sexual, a reforçar que mulheres, pardas/pretas, jovens e por vezes com deficiências, apresentam maiores vulnerabilidades nesse sentido.^{14,21} Estes achados evidenciam como a intersecção das dimensões de gênero, raça/cor da pele, idade e deficiência se relaciona com a experiência da violência

sexual, refletindo as desigualdades impostas por relações de poder distintas e sobrepostas, a afetar as pessoas de diferentes formas.²²

A despeito dos mecanismos de coerção legal existentes, como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006)²³ e a Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015),²⁴ ademais de iniciativas públicas para o enfrentamento e atendimento das pessoas que sofrem violência sexual, a prevalência histórica do agravo entre pessoas do sexo feminino e sua cronicidade, frequentemente associada a essas ocorrências, demonstram que a sociedade e especialmente as mulheres encontram-se envolvidas em modelos e/ou imaginários mentais, produzidos sob relações de poder e dominação fundadas em uma ordem simbólica, cujos principais beneficiários são homens e suas intencionalidades.²⁵

Pactos federativos, como o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil,²⁶ visando garantir proteção às crianças e adolescentes, não impediram a maior ocorrência dessa forma de violência contra esses grupos etários, revelando uma tradição histórica de abuso intrafamiliar, referendada por alguns achados do presente estudo, como a identificação da residência enquanto local de maior ocorrência da agressão; e esta, quase em sua maioria, cometida por familiares, fosse a pessoa em situação de violência do sexo feminino ou do sexo masculino.

O acesso precário às políticas de proteção e à denúncia são fatores diretamente relacionados ao agravamento e surgimento de novos casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, conforme demonstrado aqui; e principalmente contra meninas, cujo lugar discursivo ocupado por seus corpos ainda passa pela ideia sádica de propriedade e domínio, sustentada por um sistema patriarcal colonizado. Nesses casos, as intervenções precoces, realizadas por profissionais de saúde, têm sido uma estratégia importante, apontada por pesquisas de diversos campos de conhecimento interessados no tema, a exemplo da psicologia.²⁷

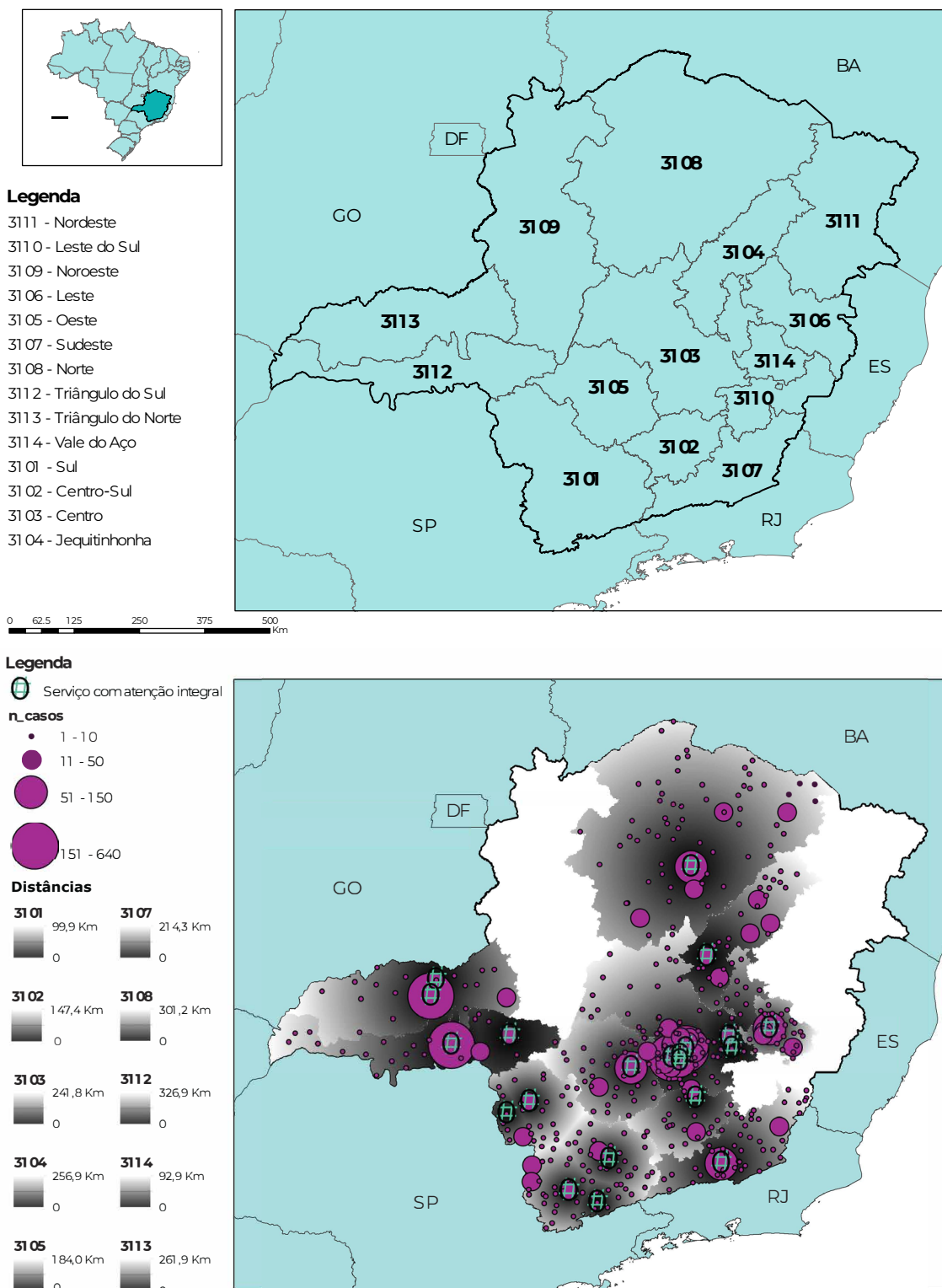


Figura 2 – Distância entre os municípios com notificação de casos de violência sexual e os municípios que ofertam serviços registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde com a classificação de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, segundo macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2019

Os dados do Sinan revelam um retrato parcial desse grave problema: uma importante subnotificação dos casos de violência sexual. Apesar da obrigatoriedade da notificação dessa forma de violência contra pessoas de qualquer idade ou sexo, esse registro depende da formação acadêmica dos profissionais em saúde. A notificação da violência sexual também depende do entendimento e sensibilização desses profissionais no ambiente do serviço, na orientação do cuidado e na promoção da saúde das pessoas afetadas, mais além do preenchimento correto da Ficha de Notificação como instrumento do registro de dados essenciais para a epidemiologia do agravo e as ações de resposta da saúde pública.¹⁴

Nesse sentido, é mister considerar as seguintes hipóteses de abordagem: dificuldade de entendimento e sensibilidade dos profissionais no que se refere à notificação, atenção às crianças e adolescentes vítimas dessa violência e sua prevenção; dificuldade na identificação e registro de violências sexuais em homens adultos; dificuldade de compreensão e registro dos casos em mulheres quando os autores são seus parceiros íntimos ou amigos/conhecidos; e maior registro de casos mais graves, que busquem atendimento em unidades especializadas.

Mesmo considerando-se a existência de subnotificação da violência sexual, as taxas de incidência com base na notificação de casos revelaram-se alarmantes. Na situação em que nem todos os casos atendidos são notificados, o cálculo da taxa de incidência pode destacar com as maiores taxas, injustamente, microrregiões com municípios mais sensibilizados e atuantes na vigilância da violência sexual.

A avaliação da distribuição dos SAP/VS mostrou vazios assistenciais ou pontos de baixa resolubilidade nas seguintes microrregiões: Noroeste, Leste do Sul, Leste e Nordeste. As microrregiões de saúde constituem a base territorial do planejamento da atenção terciária à saúde, ofertando serviços de saúde hospitalar

de maior densidade tecnológica. As microrregiões de saúde, por sua vez, são a base territorial do planejamento da atenção secundária à saúde, ao oferecer serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, alguns serviços de alta complexidade. Em síntese, a microrregião acumula os três níveis de atenção terciária, secundária e básica, enquanto a microrregião acumula os serviços da atenção básica e secundária.

Nesse sentido, a unidade territorial da microrregião deveria ter cadastrados equipamentos de saúde dos três níveis de atenção, para atender pessoas em situação de violência sexual, assim como a unidade da microrregião deveria ter cadastrados os serviços ambulatoriais existentes em sua circunscrição.

Estudo realizados com base em dados de notificações de violência sexual em Minas Gerais, inclusive dos serviços especializados existentes no estado, observou que, no ano de 2017, havia 40 unidades de saúde cadastradas como SAP/VS, distribuídas em 11 das 14 microrregiões do estado, sendo a maioria (37,5%) na microrregião Centro. O mesmo estudo observou que, dos casos de estupros entre mulheres ocorridos no estado, no mesmo ano, aproximadamente 10% aconteceram em microrregiões de saúde onde não havia unidades especializadas e 23% em microrregiões com apenas uma unidade de saúde especializada.¹⁴ A presente pesquisa identificou 48 unidades de saúde cadastradas como SAP/VS, ou seja: apenas oito novos serviços foram cadastrados no período de dois anos. Ademais, na microrregião Leste do Sul, identificada com significativas taxas de violência sexual, permanece o vazio assistencial. Estes resultados revelam que, apesar do investimento realizado pelo governo brasileiro na organização de SAP/VS – sobretudo a partir de 2015, quando o Ministério da Saúde criou mecanismos para cadastramento e remuneração das unidades de saúde prestadoras desse tipo de atenção –, não houve a expansão significativa desses serviços em Minas Gerais.

Além dos vazios assistenciais observados, as distâncias que as pessoas em situação de violência sexual devem percorrer para ter acesso a serviços de atenção integral dificultam o cuidado em tempo oportuno, comprometendo o atendimento dos casos até 72 horas passadas do ato de violência sexual, conforme recomendam as instituições de saúde.

Este estudo apresentou algumas limitações: (i) o cálculo das taxas por microrregião de saúde poderia ocultar situações particulares, em municípios específicos; (ii) as distâncias calculadas corresponderam somente ao território da macrorregião de ocorrência do caso, enquanto, nos casos ocorridos em regiões de fronteira, existe a possibilidade de atendimento em outras macrorregiões de saúde de Minas Gerais e mesmo noutros estados, embora não fosse possível considerar essas situações neste estudo, uma vez que as distâncias foram calculadas em linha reta e sob diferentes aspectos, tanto relacionados à organização da malha viária como de natureza cultural, impondo maiores distâncias a serem percorridas pelas pessoas em busca de atendimento; e finalmente, (iii) os serviços que prestam atendimento a pessoas em situação de violência sexual podem não estar registrados no CNES.

Como potencialidade do estudo, observa-se que, não obstante a subnotificação, as taxas de violência sexual são muito maiores que as

taxas de diversas doenças consideradas como emergência em saúde pública. Portanto, o enfrentamento às violências sexuais no estado carece de políticas que melhor combinem a formação dos trabalhadores em saúde, uma rede de serviços articulada e disponível em todo o território, de acordo com o preconizado pelo Plano Diretor de Regionalização.¹⁷

Conclui-se que o estudo apresentou um retrato das violências sexuais em Minas Gerais, no ano de 2019, caracterizado pela concentração dos casos em pessoas do sexo feminino, crianças e adolescentes, pessoas pardas/pretas, e sua ocorrência no espaço doméstico, íntimo e familiar. Se, por um lado, foram encontradas altas taxas de incidência de notificação nas microrregiões de saúde do estado, por outro lado, identificou-se escassez de SAP/VS e vazios assistenciais entre essas microrregiões, especialmente dos serviços classificados como AAP/VS. As distâncias máximas que as pessoas com notificação de violência sexual devem percorrer, para serem atendidas em um serviço de AIP/VS, foram elevadas, com deslocamentos médios acima de 100 km. Estes resultados sinalizam a necessidade de aperfeiçoamento das políticas públicas e sua implementação, planejamento estratégico na localização dos serviços e ampliação da cobertura de atendimento especializado para os casos de violência sexual no estado de Minas Gerais.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Pinto IV contribuiu na análise formal, conceituação, metodologia, investigação, curadoria de dados, redação, revisão e edição do manuscrito. Pimenta IS contribuiu na análise formal, metodologia, investigação, curadoria de dados, redação, revisão e edição do manuscrito. Alves MB contribuiu na análise formal, metodologia, investigação e redação do manuscrito. Santos AP, Melo CM, Evangelista JG e Lacerda KAR contribuíram na interpretação dos dados, redação, edição e revisão do manuscrito. Bevilacqua PD contribuiu na administração do projeto, análise formal, conceituação, redação e edição, obtenção de financiamento, supervisão e revisão do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

FINANCIAMENTO

O estudo *Redes de enfrentamento à violência contra as mulheres no estado de Minas Gerais: pesquisa avaliativa em diferentes contextos municipais e regionais*, que serviu de base a este relato, foi coordenado pela Dra. Paula Dias Bevilacqua e contou com o apoio financeiro do Programa Fiocruz de Fomento à Inovação (Inova Fiocruz): Processo VPPIS-001-FIO-18-2-77.

Correspondência: Isabella Vitral Pinto | isabella.pinto@fiocruz.br

Recebido em: 16/01/2023 | **Aprovado em:** 17/07/2023

Editora associada: Doroteia Aparecida Höfelmann 

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 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 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 May 15]. 87 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
2. World Health Organization, Pan American Health Organization. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2022 May 15]. 12 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
3. World Health Organization. Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors : fact sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2023 Mar 7]. 4 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112325>
4. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário brasileiro de segurança pública 2020 [Internet]. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2020 [citado 2022 Jul 1]. 331 p. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>
5. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. Melo CM de, Soares MQ, Bevilacqua PD. A violência sexual contra mulheres: contextualização do tema e reflexões para o campo da saúde. In: Pereira LI, Gomes MC, Xavier MRP (orgs.). Gênero, sexualidades

- e violências [recurso eletrônico] [Internet]. Viçosa-MG: Divisão de Gráfica Universitária; 2023. p. 137-62. Disponível em: <https://www.editoraufv.com.br/>
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2022 Maio 15]. 91 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpeosol_autoprovocada_2ed.pdf
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº1.271, 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 Jun 09 [citado 2021 Maio 15], Seção 1:53. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=67&data=09/06/2014>
 9. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Justiça (BR). 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça; 2015. [citado 2021 Maio 15]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf
 10. Brasil. Casa Civil. Lei nº 12.845, de 01 de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 Ago 02 [citado 2022 Maio 18], Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 01 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 Abr 02 [citado 2022 Maio 18], Seção 1:53. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=53&data=02/04/2014>
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a Tabela de Serviços Especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2014 Jul 22 [citado 2022 Maio 18], Seção 1:82. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=82&data=22/07/2014>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.662, de 2 de outubro de 2015. Define critérios para habilitação para realização de coleta de vestígios de violência sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), inclui habilitação no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e cria procedimento específico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 Out 07 [citado 2022 Maio 18], Seção 1:18. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=18&data=07/10/2015>
 14. Melo CM, Soares MQ, Bevilacqua PD. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. *Cien Saude Colet*. 2022;27(9):3715-28. doi: 10.1590/1413-81232022279.07242022
 15. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. DATASUS: Violência interpessoal/ autoprovocada – Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 Nov 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>

16. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. DATASUS: CNES Estabelecimentos - Classificação do serviço [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [2021 Set 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?cnes/cnv/servc2br.def>
17. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Subsecretaria de Gestão Regional. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) [Internet]. Belo Horizonte: Subsecretaria de Gestão Regional de Minas Gerais; 2020 [citado 2021 Set 4]. Disponível em: www.saude.mg.gov.br
18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. DATASUS: Projeção da população das unidades da federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2022 Maio 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IpeaGEO: malhas [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; [2020?] [citado 2021 Out 10]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ipeageo/malhas.html>
20. R Core Team. A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2013 [cited 2022 May 15]. Available from: <http://www.R-project.org/>
21. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence [Internet]. Geneva, World Health Organization, 2010 [cited 2022 May 15]. 94 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44350>
22. Crenshaw KW, Bonis O. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Cah Genre*. 2005;39(2):51-82. doi: 10.3917/cdge.039.0051
23. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006 Ago 08 [citado 2021 Abr 10], Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
24. Brasil. Ministério da Justiça. Lei nº 13.104, de 09 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2015 Mar 10 [citado 2021 Abr 18], Seção 1:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13104.htm
25. Bourdieu P. A dominação masculina. [Rio de Janeiro]: Bertrand Brasil; 2012.
26. Ministério dos Direitos Humanos (BR). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes [Internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2013 [citado 2022 Jun 7]. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/08_2013_pnevsca.pdf
27. França CP. Um corpo maculado na infância: a necessidade de intervenção precoce dos profissionais de saúde. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2017;12(3):1-10.

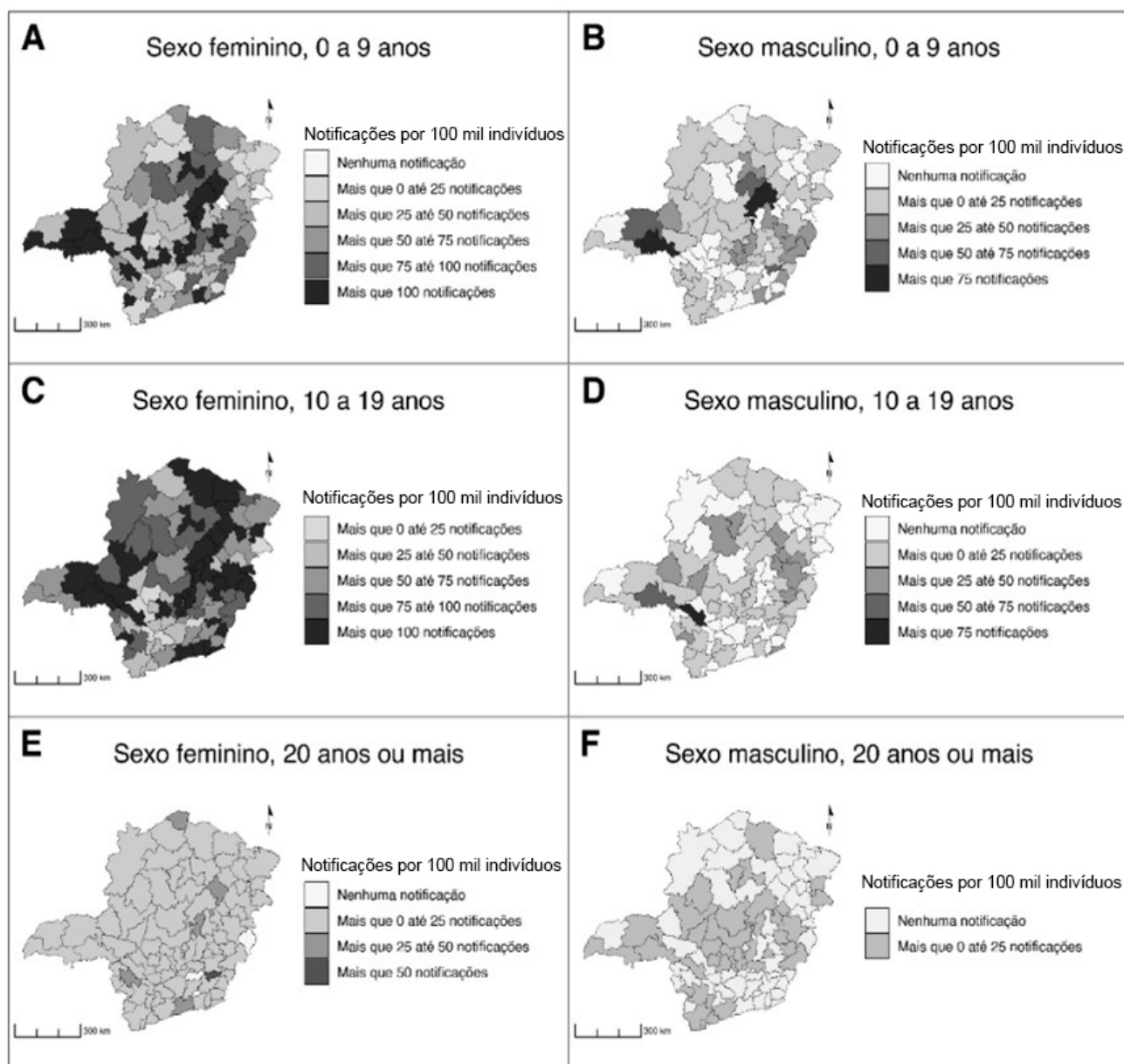


Figura suplementar 1 – Taxas de incidência de notificação de violência sexual, por 100 mil habitantes, segundo sexo e grupos etários, Minas Gerais, 2019