

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Sasha Souza Neves

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CRIMES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
MULHERES EM BELO HORIZONTE DE 2014 A 2023: uma análise do SINAN**

Belo Horizonte
2025

Sasha Souza Neves

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CRIMES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA
MULHERES EM BELO HORIZONTE DE 2014 A 2023: uma análise do SINAN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Jorge Machado

Coorientadora: Profa. Dra. Rogéria Andrade Werneck

Belo Horizonte
2025

N518p Neves, Sasha Souza.
Perfil epidemiológico dos crimes de violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte de 2014 a 2023 [recurso eletrônico]: uma análise do SINAN. / Sasha Souza Neves. -- Belo Horizonte: 2025.
63f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Carla Jorge Machado.
Coorientador (a): Rogéria Andrade Werneck.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Delitos Sexuais. 2. Violência contra a Mulher. 3. Perfil de Saúde. 4. Estupro. 5. Violência de Gênero. 6. Dissertação Acadêmica. I. Machado, Carla Jorge. II. Werneck, Rogéria Andrade. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 308

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Às nove horas do dia dezoito de novembro de dois mil e vinte cinco, na Faculdade de Medicina, Sala 526 - Sala do Centro de Pós-Graduação, realizou-se a sessão pública para a defesa de dissertação de **SASHA SOUZA NEVES**, número de registro **2024660406**, graduada no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em **PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**. A Presidência da sessão coube a Prof.ª Carla Jorge Machado - Orientadora (UFMG). Inicialmente a Presidente após dar conhecimento aos presentes sobre o teor das Normas Regulamentares do trabalho final de Pós-Graduação, fez a apresentação da Comissão Examinadora constituída pelos Professores: Prof.ª Rogéria Andrade Werneck (UFMG), Prof.ª Eura Martins Lage (UFMG), Prof.ª Nadia Machado de Vasconcelos (UFMG) e Prof. Pedro Henrique Tannure Saraiva (UNIFENAS). Em seguida a Presidente autorizou a aluna a iniciar a apresentação de seu trabalho final intitulado: "**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CRIMES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES EM BELO HORIZONTE DE 2014 A 2023: uma análise do SINAN**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar a defesa de dissertação **APROVADA**. O resultado final foi comunicado publicamente a aluna pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, após lida, será assinada eletronicamente por todos os membros da Comissão Examinadora presente através do SEI (Sistema Eletrônico de Informações) do Governo Federal.

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2025.



Documento assinado eletronicamente por **Rogéria Andrade Werneck, Usuário Externo**, em 24/11/2025, às 13:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eura Martins Lage, Professora do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 13:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Jorge Machado, Professora do Magistério Superior**, em 24/11/2025, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Machado de Vasconcelos, Professor(a)**, em 27/11/2025, às 15:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Henrique Tannure Saraiva, Usuário Externo**, em 01/12/2025, às 16:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4661686** e o código CRC **46D50B53**.

*A todas as mulheres que já foram vítimas de
violência sexual.*

AGRADECIMENTOS

Fazer este mestrado foi uma das coisas mais desafiadoras da minha vida. Conciliar trabalho, vida acadêmica e uma segunda residência médica definitivamente me levou ao meu limite, mas também mostrou a força e a resiliência que tenho. Obrigada a todos que, de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui. Cito aqui algumas pessoas e cargo dentro de mim toda a gratidão do mundo.

Agradeço primeiramente a Deus, por ser força nas adversidades.

À minha orientadora Carla, pela paciência e direção. Sem você, eu teria desistido.

À Rogéria, minha coorientadora, pela disponibilidade.

À professora Marilene e à minha amiga Letícia, por terem me incentivado a fazer o mestrado.

Às pacientes do Ambulatório de Vítimas de Violência Sexual do Hospital Odilon Behrens. Vocês foram meu motor para essa dissertação.

À Nádia e à Ohana, por serem inspiração.

Aos ex-alunos da Ciências Médicas, por terem feito eu me apaixonar pela docência e buscar o melhor para exercê-la.

Aos meus pais Júlia e Vespa por sempre priorizarem a educação na nossa vida.

À Cígedy, minha irmã, por me ajudar com a revisão deste documento.

Ao meu sobrinho Kalel, por trazer risadas nos dias difíceis e por sempre arrumar o computador no qual essa dissertação foi escrita.

Aos amigos de Belo Horizonte, por entenderem minha ausência.

Ao Luis, meu companheiro de vida, que foi abraço e incentivo nessa vivência desafiadora e também não me deixou desistir.

À Nutella, por sempre ficar radiante em me ver ao final dos dias cansativos.

“E quando falo, estou fazendo o que as mulheres têm feito por séculos: transformar o silêncio em linguagem e ação” (Lorde, 1977).

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos crimes de violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 2014 a 2023, utilizando dados provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os objetivos específicos foram descrever as características sociodemográficas e contextuais das vítimas, analisar as tendências temporais das notificações e identificar as variáveis associadas ao aumento dos casos registrados. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo. Os dados foram organizados em biênios e analisados estatisticamente, utilizando regressão linear simples para verificar a variação anual média e regressão linear múltipla para explorar fatores associados. Foram incluídas 29 variáveis, como características sociodemográficas, contextuais e dinâmicas da agressão. Entre 2014 e 2023, foram registradas 2.901 notificações de violência sexual contra mulheres com 15 anos ou mais, representando aumento de 104% no período e crescimento médio anual de 41,1 notificações ($p = 0,023$). Observou-se maior impacto entre mulheres pretas e pardas, cujas notificações aumentaram 193% ($p = 0,004$), evidenciando a intersecção entre desigualdade racial e violência de gênero. Casos entre mulheres com ensino superior cresceram 222%, sugerindo tanto maior consciência sobre o direito à notificação quanto possíveis mudanças no perfil das vítimas. A residência foi o principal local de ocorrência (aumento de 136%). Controversamente, houve um predomínio de agressores desconhecidos (52,6% em todo o período), embora tenha ocorrido um aumento de casos associados a conhecidos comparativamente entre o primeiro e último biênio. A reincidência da violência aumentou 205% ($p = 0,046$) e o consumo de álcool pelo agressor apresentou associação significativa com o crescimento dos casos ($p = 0,009$). Os resultados indicam que a violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte constitui um grave e crescente problema de saúde pública, que afeta de forma desproporcional mulheres em situação de vulnerabilidade social e racial. O predomínio das ocorrências em ambientes domésticos, o aumento da revitimização e o papel do álcool reforçam a complexidade do fenômeno e a necessidade de estratégias intersetoriais de prevenção. O fortalecimento dos sistemas de notificação, a qualificação profissional e a ampliação das políticas públicas integradas são fundamentais para enfrentar os determinantes estruturais que sustentam a violência de gênero no país.

Palavras-chave: delitos sexuais; violência contra a mulher; estupro; perfil de saúde; violência de gênero; saúde da mulher.

ABSTRACT

This study aimed to analyse the epidemiological profile of sexual violence crimes against women in Belo Horizonte, Minas Gerais, between 2014 and 2023, using data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). The specific objectives were to describe the sociodemographic and contextual characteristics of the victims, analyze temporal trends in notifications, and identify variables associated with the increase in reported cases. This is a retrospective, descriptive epidemiological study. Data were organized in two-year periods and statistically analyzed using simple linear regression to estimate the average annual variation and multiple linear regression to explore associated factors. Twenty-nine variables were included, encompassing sociodemographic, contextual, and aggression-related characteristics. Between 2014 and 2023, 2,901 notifications of sexual violence against women aged 15 years or older were recorded, representing a 104% increase over the period and an average annual rise of 41.1 notifications ($p = 0.023$). A greater impact was observed among Black and Brown women, whose notifications increased by 193% ($p = 0.004$), highlighting the intersection between racial inequality and gender-based violence. Cases among women with higher education rose by 222%, suggesting both increased awareness of the right to report and possible shifts in victim profiles. The home was the main setting of occurrence (increase of 136%). Controversially, there was a predominance of unknown perpetrators (52.6% across the entire period), although cases involving known perpetrators increased when comparing the first and last two-year periods. Recurrence of violence increased by 205% ($p = 0.046$), and the perpetrator's alcohol consumption was significantly associated with case growth ($p = 0.009$). The findings indicate that sexual violence against women in Belo Horizonte constitutes a serious and growing public health problem that disproportionately affects women in situations of social and racial vulnerability. The predominance of domestic settings, the rise in revictimization, and the role of alcohol underscore the complexity of the phenomenon and the need for intersectoral prevention strategies. Strengthening notification systems, improving professional training, and expanding integrated public policies are essential to address the structural determinants that sustain gender-based violence in Brazil.

Keywords: sex offenses; violence against women; rape; health profile; gender-based violence; women's health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Progressão do número de vítimas de violência sexual por biênio em Belo Horizonte	27
Figura 2 - Variações anuais estimadas por regressão linear entre 2014 e 2023 (em número de notificações de violência sexual)	35
Figura 3 - Variações percentuais entre o Biênio 1 e o Biênio 5 referente ao número de casos notificados de violência sexual	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência absoluta de casos notificados de violência sexual em BH por características selecionadas	29
Tabela 2 - Distribuição percentual dos casos notificados de violência sexual em BH por características selecionadas	31
Tabela 3 - Média anual estimada e variação percentual no período referente ao número de casos notificados de violência sexual	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	Belo Horizonte
CEDAW	Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher)
CONPEDI	Congresso Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 OBJETIVOS	16
3.1 Objetivo geral	16
3.2 Objetivos específicos	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 Violência sexual contra mulheres no Brasil	17
4.2 Trajetória brasileira no enfrentamento à violência contra a mulher	18
4.3 A notificação de violência sexual contra mulheres no Brasil	22
5. METODOLOGIA	24
6. RESULTADOS	27
6.1 Análise temporal entre o primeiro e o último biênio	27
6.2 Análise da Composição Percentual e das Variações Relativas (2014-2023)	30
6.3 Variações Absolutas Médias entre Biênios e Variação Total	32
7. DISCUSSÃO	37
8. CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	48
ANEXO I - Ficha SINAN de Violência Interpessoal/Autoprovocada	54
ANEXO II - Artigo publicado pela autoria da dissertação	56

1. APRESENTAÇÃO

O presente estudo é um dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (MG).

A temática de violência contra as mulheres me é muito cara desde antes da graduação. Formei-me médica pela Universidade Federal de Minas Gerais em 2020. Já na graduação me envolvi na luta contra as disparidades de gênero em nossa sociedade nas suas mais diversas formas. No entanto, foi durante a residência médica em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Odilon Behrens, onde me tornei especialista em 2023, que me deparei de forma tão impactante com a violência sexual contra as mulheres e todas as suas repercussões.

Diante dessa realidade e vendo a possibilidade de interferir de forma mais direta nesse cenário, passei a integrar como ginecologista na equipe do Ambulatório de Vítimas de Violência Sexual do Hospital Odilon Behrens em 2023, onde atuo até o presente momento. Nesses mais de dois anos de ambulatório, pude vivenciar muitas histórias diferentes de violência, mas sempre com um denominador em comum: as mulheres como vítimas da maioria das situações. Uma frase dita por uma paciente sempre me acompanha: “você salvaram minha vida”. Não, ela não corria risco físico de morte, era somente uma mulher em uma situação de vulnerabilidade que necessitava de um acolhimento especializado e principalmente, de escuta. E foi ali onde mais aprendi a escutar.

Outra paixão que surgiu ao longo da graduação foi a docência. Fui professora da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais de 2023 a 2025. A docência me transformou de forma a sempre manter-me atualizada para oferecer aos meus alunos a melhor formação possível.

Assim, o mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência foi uma forma de unir dois mundos: a docência e a prática com mulheres vítimas de violência sexual. Ao obter esse título de mestre, acredito ter atingido o meu objetivo de melhorar meu repertório acadêmico ao mesmo tempo em que impacto a vida de outras mulheres.

2. INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é um fenômeno complexo e persistente, fundamentado em desigualdades históricas de poder. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência de forma geral é definida como o uso intencional da força física ou do poder que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico ou privação²¹.

No âmbito da violência contra as mulheres, essa prática é frequentemente analisada sob a ótica do patriarcado, descrito como um sistema de dominação-exploração das mulheres pelos homens³³. Nesse sentido, a violência não se restringe apenas a danos físicos, mas é compreendida como uma ruptura da integridade física, psíquica, sexual e moral da vítima, constituindo uma grave violação dos direitos humanos³³.

Das diversas formas de violência contra as mulheres, a violência sexual é uma das formas mais graves que, além de caracterizar um problema de saúde pública, possui um impacto na vida dessas mulheres, assim como de seu entorno, que é difícil de ser dimensionado. Exemplos incluem o prejuízo psicológico, com o aumento do transtorno de uso de substâncias, das tentativas de autoextermínio, dos distúrbios do sono e do transtorno de estresse pós-traumático⁵⁰.

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde define violência sexual como:

“[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles” (OMS, 2002, p. 169).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025, em 2024, 20.350 mulheres foram vítimas de estupro e 67.204 foram vítimas de estupro de vulnerável no Brasil¹⁶. Esses números expressivos evidenciam que, apesar dos avanços alcançados em termos de legislação e de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres, o desafio da prevenção desse agravo permanece urgente.

Durante décadas, a violência contra a mulher permaneceu invisibilizada. Acreditava-se

que episódios ocorridos no âmbito doméstico, especialmente aqueles praticados pelo cônjuge, não deveriam ser objeto de debate público ou de intervenção estatal. Somente a partir do século XX, intensificaram-se os estudos voltados à compreensão do fenômeno e à formulação de políticas de enfrentamento.

Nos anais do XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI Belém–PA⁴¹, Luanna Tomaz de Souza afirma:

“Na década de 90, a “violência contra a mulher” passou a ser explicada, majoritariamente, a partir da perspectiva de gênero, como parte das relações de dominação e desigualdade entre os homens e as mulheres” (SOUZA, 2019, p. 230).

Compreender a violência contra a mulher demanda entender as desigualdades de gênero em uma sociedade historicamente marcada pelas relações de poder do patriarcado¹⁹. O contexto brasileiro, marcado por uma herança colonial europeia e pelo conservadorismo religioso, reforçou práticas de repressão à sexualidade feminina, ao passo que naturalizou uma visão da sexualidade masculina como instintiva e incontrolável.

“Trata-se de uma dinâmica de dominação, de poder e de controle, numa lógica de que a vontade do homem prevalece e o autoriza a determinados comportamentos agressivos” (GIUGLIANI, 2021, p. 23).

Nesse cenário, a notificação epidemiológica da violência sexual emerge como instrumento fundamental para dimensionar o problema, subsidiar políticas públicas e orientar estratégias de prevenção e assistência.

Assim, esse estudo tem como objetivo conhecer o perfil epidemiológico da violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte em um período de 10 anos, entre 2014 e 2023. Pretende-se, a partir da análise de dados, contribuir para a formulação de medidas que possam aprimorar as respostas do setor da saúde e da segurança pública, impactando de forma positiva o enfrentamento desse grave problema social na capital mineira.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar o perfil epidemiológico das notificações de violência sexual contra mulheres registradas no Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), no município de Belo Horizonte, no período de 2014 a 2023.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever as características sociodemográficas das vítimas de violência sexual, como idade, raça e escolaridade;
- b) Caracterizar as condições de ocorrências das agressões, como local da violência, vínculo com o agressor, uso de álcool;
- c) Analisar a evolução temporal das notificações de violência sexual ao longo dos 10 anos descritos;
- d) Comparar a frequência de notificação entre diferentes grupos populacionais, com intuito de identificar desigualdades e vulnerabilidades específicas.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Violência sexual contra mulheres no Brasil

O reconhecimento da violência como problema de saúde pública pelas instâncias internacionais ocorreu apenas em 1993, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passaram a enquadrá-la nessa perspectiva⁴¹. No Brasil, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em 2003, representou um marco no incentivo à formulação de políticas públicas específicas para o enfrentamento da violência sexual, o que revela a recente incorporação do tema à agenda estatal.

Do ponto de vista jurídico, a Lei nº 12.015/2009 reformulou a tipificação do crime de estupro no país, definindo-o como:

“Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009).

Essa definição retirou a obrigatoriedade da penetração para caracterização do crime. Ademais, a compreensão ampliada da violência sexual inclui também restrições aos direitos sexuais e reprodutivos, como as barreiras impostas ao acesso a métodos contraceptivos. Não por acaso, apenas em 2023 foi eliminada a exigência da assinatura do cônjuge para a realização da laqueadura tubária.

A conceituação da violência na lei é essencial, pois, ainda que algumas práticas pareçam inequívocas, elas não são universalmente reconhecidas. Exemplo disso é o fato de 127 países ainda não considerarem crime o estupro marital^{10, 45}.

No contexto brasileiro, a subnotificação é um dos maiores obstáculos à compreensão da real magnitude da violência sexual. Embora seja um agravo de notificação compulsória, estima-se que 89,4% dos casos não sejam registrados nos sistemas oficiais⁴⁶. Essa lacuna compromete a formulação de políticas públicas voltadas à proteção dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, muitas vítimas deixam de procurar os serviços de saúde devido ao receio da revitimização — processo em que são obrigadas a relatar o ocorrido a diversos profissionais, frequentemente enfrentando

descrédito e culpabilização. Esse fenômeno, reconhecido como violência institucional, reforça a estigmatização e perpetua o silenciamento das mulheres¹⁰.

4.2. Trajetória brasileira no enfrentamento à violência contra a mulher

Diversos marcos nacionais e internacionais foram fundamentais na consolidação do enfrentamento à violência contra a mulher. No plano internacional, destaca-se a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (*Committee on the Elimination of Discrimination on Against Women – CEDAW*), adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1979, que reconheceu o direito de plena cidadania e o respeito integral dos direitos humanos das mulheres. Ela foi ratificada no Brasil após mais de 20 anos, por meio do Decreto nº 4.377, de setembro de 2002, que diz:

“Artigo 1º: Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo.” (BRASIL, 2002)

Outro marco importante foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, realizada em Belém do Pará, em 1994. Por meio dela instituiu-se o Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Nele, define-se violência como:

“Artigo 1º Para os efeitos desta Convenção deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Artigo 2º Entende-se que a violência contra a mulher abrange a violência física, sexual e psicológica:

a) ocorrida no âmbito da família ou unidade doméstica ou em qualquer relação interpessoal, que o agressor compartilhe, tenha compartilhado ou não a sua residência, incluindo-se, entre outras formas, o estupro, maus-tratos e abuso sexual;

b) ocorrida na comunidade e cometida por qualquer pessoa, incluindo, entre outras formas, o estupro, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no local de trabalho, bem como em instituições educacionais, serviços de saúde ou qualquer outro local; e

c) perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.” (BRASIL, 1996)

É interessante destacar que essa definição de violência rompeu com a separação que se tinha entre a violência que ocorre no espaço privado e a que ocorre no espaço público. Assim, é a primeira vez na história que se passa a compreender que a violência cometida contra a mulher - mesmo que no espaço doméstico - interessa ao poder público e à sociedade.

O decreto, em seu artigo 9, ainda frisa a importância da equidade, dando maior atenção às mulheres em situação de vulnerabilidade, seja por raça, condição de refugiada, gestante, deficiente, em privação de liberdade e outras condições³. A Convenção também institui os deveres dos Estados:

“Artigo 7 - Os Estados Partes condenam todas as formas de violência contra a mulher e convêm em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar tal violência e a empenhar-se em:

a) abster-se de qualquer ato ou prática de violência contra a mulher e velar por que as autoridades, seus funcionários e pessoal, bem como agentes e instituições públicos ajam de conformidade com essa obrigação;

b) agir com o devido zelo para prevenir, investigar e punir a violência contra a mulher;

c) incorporar na sua legislação interna normas penais, civis, administrativas e de outra natureza, que sejam necessárias para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, bem como adotar as medidas administrativas adequadas que forem aplicáveis;

d) adotar medidas jurídicas que exijam do agressor que se abstenha de perseguir, intimidar e ameaçar a mulher ou de fazer uso de qualquer método que danifique ou ponha em perigo sua vida ou integridade ou danifique sua propriedade;

e) tomar todas as medidas adequadas, inclusive legislativas, para modificar ou abolir leis e regulamentos vigentes ou modificar práticas jurídicas ou consuetudinárias que respaldem a persistência e a tolerância da violência contra a mulher;

f) estabelecer procedimentos jurídicos justos e eficazes para a mulher sujeitada a violência, inclusive, entre outros, medidas de proteção, juízo oportuno e efetivo acesso a tais processos;

g) estabelecer mecanismos judiciais e administrativos necessários para assegurar que a mulher sujeitada a violência tenha efetivo acesso a restituição, reparação do dano e outros meios de compensação justos e eficazes;

h) adotar as medidas legislativas ou de outra natureza necessárias à vigência desta Convenção.” (BRASIL, 1996)

No contexto brasileiro, o marco mais emblemático foi a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Apesar das críticas às limitações na sua formulação e na sua aplicação prática²⁵, a lei representa um divisor de águas no que diz respeito à criminalização da violência contra a mulher no Brasil.

Mesmo que a Lei Maria da Penha caracterize mais a violência no ciclo doméstico e familiar, ela expande, dentro do ambiente jurídico, o conceito que se tinha até então de violência contra a mulher, delineando seus diversos tipos⁴¹:

“Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018);

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus

objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.” (BRASIL, 2006)

Um aspecto importante da Lei Maria da Penha é o fato de nomear e criminalizar cada tipo de violência, uma vez que uma grande dificuldade encontrada pelas mulheres é perceber e dar nome à violência que sofrem⁴¹. No entanto, são necessárias ações de educação para que as mulheres tenham consciência de suas vivências e direitos.

Ademais, a Lei Maria da Penha estabelece medidas punitivas mais severas aos agressores, proibindo a aplicação de penas alternativas, como trabalhos sociais. Além disso, a Lei instituiu medidas protetivas às mulheres vítimas de violência, fornecendo a elas um atendimento integral. Vale ressaltar, ainda, o viés preventivo da lei, que determina o incentivo a programas de prevenção de violência contra a mulher.

Posteriormente, a Lei nº 13.104, de 2015, introduziu o feminicídio como circunstância qualificadora do homicídio, reconhecendo-o como crime hediondo e aumentando a gravidade da punição.

Um aspecto importante da maioria dessas conquistas é a ausência de interseccionalidade das discussões a respeito da violência contra a mulher. As leis não consideram a interseccionalidade entre o sexismo e o racismo, por exemplo, em que não são consideradas as particularidades das mulheres negras em situação de violência doméstica²². Ou ainda, mesmo dentro da violência de gênero, o gênero considerado pela literatura e pela justiça penal é um sistema binário²². Segundo MacDowell:

“A abordagem da interseccionalidade entre gênero e outras categorias sociais faz-se necessária para se compreenderem as diferentes situações de violência doméstica, as subjetividades das mulheres, como a violência doméstica pode estar conectada com outras formas de violência e em que medida as mulheres têm acesso e acessibilidade diferenciados aos sistemas e espaços de justiça em função não apenas do gênero, como também da raça, etnia, orientação sexual, classe social, deficiência, entre outros fatores.” (MACDOWELL SANTOS, 2017, p. 53)

Essa perspectiva interseccional é essencial para compreender as múltiplas formas de violência e desigualdade enfrentadas por diferentes grupos de mulheres.

4.3 A notificação de violência sexual contra mulheres no Brasil

A notificação de ocorrências de violência sexual constitui um instrumento estratégico de grande relevância. Ao garantir visibilidade ao problema, permite subsidiar políticas públicas, fortalecer a rede de atenção e articular os setores de saúde, justiça e assistência social²⁹.

A importância da violência sexual como agravo de saúde levou à sua inclusão na lista de notificação compulsória do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) a partir de 2011⁴⁶. Esta medida universalizou a comunicação da violência para todos os serviços de saúde, tornando-a uma estratégia obrigatória e de responsabilidade de todos os profissionais de saúde^{17, 46, 48}. O SINAN preencheu a lacuna dos casos de violência que não resultaram em hospitalização ou morte, que já estariam incluídos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistemas de Informações Hospitalares (SIH). Posteriormente, em 2013, foram publicados marcos importantes: a Lei nº 12.845, que instituiu o atendimento obrigatório, emergencial integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual em todos os hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Decreto nº 7.958, que estabeleceu diretrizes para o atendimento por profissionais de segurança pública e da rede do SUS⁴⁴. Já em 2016, a violência sexual passou a ser classificada como evento de notificação compulsória imediata⁴⁸.

Apesar dos avanços normativos e do aumento no número de notificações ao longo dos anos, a subnotificação da violência sexual é um problema grave e persistente no país. Estima-se que, no Brasil, a subnotificação de violência sexual seja de 89,4%⁴⁶. Isso significa que o número de mulheres que sofreram violência e procuraram atendimento em saúde foi dez vezes maior do que o número de notificações⁴⁶. Além disso, há desigualdade regional na distribuição das notificações, com destaque para as regiões Norte e Nordeste, em que houve maior índice de subnotificação⁴⁶. Entre os fatores que

explicam essa realidade, destacam-se, em primeiro lugar, o silenciamento das vítimas, implicando que o medo, a vergonha e o sentimento de que a mulher é culpada pela violência sofrida levam muitas a não buscar ajuda²⁴. A dificuldade em identificar e nomear a violência, especialmente quando ocorre em relações íntimas, também contribui para o silêncio^{24, 30}. Em segundo lugar, ocorre a invisibilidade nos serviços, que remonta ao fato de que a ausência de marcas físicas pode dificultar o reconhecimento da agressão, colocando em dúvida a palavra da vítima²⁴. O modelo biomédico da formação de muitos profissionais de saúde também tende a negligenciar os determinantes sociais no processo saúde-doença, o que torna a identificação de muitas violências mais difícil devido a essa ausência de capacitação desses profissionais^{28, 46}. Em terceiro lugar, há problemas no registro desses eventos, referentes à falta de padronização no preenchimento das fichas do SINAN, à ausência de campos específicos para informações importantes, ao preenchimento incompleto de informações e à delonga na disponibilização dos dados no sistema DATASUS, o que compromete a qualidade e a completude dos dados²⁴. Finalmente, em quarto e último lugar, há também o despreparo profissional, que se refere à insuficiência de conhecimento técnico para a abordagem da violência. Esse despreparo, somado à falta de compreensão sobre a importância do correto preenchimento das notificações, à insegurança diante da possibilidade de retaliações por parte dos agressores, às lacunas na formação acadêmica e à ausência de capacitação continuada, contribui para que a notificação não seja realizada ou seja feita de forma inadequada²⁸.

Assim, a análise das notificações constitui não apenas uma ferramenta de monitoramento epidemiológico, mas também um reflexo das barreiras institucionais, sociais e culturais que limitam o enfrentamento efetivo da violência sexual contra mulheres no Brasil.

5. METODOLOGIA

Este estudo utilizou dados agregados sobre violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte (BH), organizados por biênios de 2014 a 2023. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo retrospectivo. Os dados foram acessados em agosto de 2024, por meio do Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net). A seleção considerou o município de ocorrência (Belo Horizonte), vítimas do sexo feminino, com idade igual ou superior a 15 anos, e casos classificados como violência sexual do tipo estupro.

A base de dados foi construída em planilha eletrônica com as informações coletadas no DATASUS, e, posteriormente, os dados foram analisados estatisticamente no software *Stata 12.0 for Mac*, totalizando 31 variáveis que representam o número absoluto de casos segundo características sociodemográficas, contextuais e da dinâmica da agressão. A variável *frequência* indicou o total de casos por biênio. Cada linha do banco correspondeu a um biênio (por exemplo, "2014-15"), sendo criada a variável contínua *ano*, correspondente ao primeiro ano do biênio. A partir dela, criou-se a variável *tempo*, definida como a diferença entre o ano em questão e o ano de 2014 ($\text{tempo} = \text{ano} - 2014$), utilizada como variável independente nas análises temporais.

A delimitação temporal do estudo compreendeu o período de 2014 a 2023, de modo a contemplar uma série histórica de dez anos, considerada adequada para a análise da evolução das notificações ao longo do tempo. Ressalta-se que, no momento da extração primária dos dados, 2023 correspondia ao ano mais recente disponível na base do DATASUS. Quanto ao recorte etário, optou-se pela inclusão de vítimas com 15 anos ou mais, com o objetivo de reduzir a incorporação de casos classificados como estupro de vulnerável entre crianças e adolescentes menores de 14 anos. Tal decisão também considerou a forma de organização das faixas etárias na base de dados (DATASUS) no momento em que foram inicialmente avaliadas, agrupadas em 1 a 4, 5 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 anos ou mais, o que inviabiliza a separação específica dos indivíduos de 14 anos dentro da categoria de 10 a 14 anos.

As variáveis receberam rótulos descritivos (*label variable*), contemplando as categorias

escolaridade (analfabeto; ensino fundamental completo; ensino fundamental incompleto; ensino médio completo; ensino médio incompleto; ensino superior completo; ensino superior incompleto; ignorado/em branco), raça/cor (branca; preta/parda; amarela; indígena; ignorado/em branco), faixa etária (15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50 anos ou mais), local de ocorrência (residência; habitação coletiva; escola; local de prática esportiva; bar ou similar; via pública; comércio/serviços; indústrias/construção; outro; ignorado/em branco), suspeita de consumo de álcool pelo agressor no momento da agressão (não consumiu; consumiu; ignorado/em branco), reincidência da violência (não repetiu; repetiu; ignorado/em branco), ciclo de vida do agressor (menor que 20 anos; 20-59 anos; maior ou igual a 60 anos; ignorado/em branco), relação com o agressor (pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge; ex-cônjuge; namorado/a; ex-namorado/a; filho/a; irmão/a; amigos/conhecidos; desconhecidos; cuidadores; patrão/chefe; pessoa com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa; outros; ignorado/em branco) e meio de agressão (força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto pérfuro-cortante; substância/objeto quente; envenenamento/intoxicação; arma de fogo; ameaça; outros; ignorado/em branco).

Os dados foram recategorizados, conforme necessário, sobretudo para possibilitar o tratamento analítico de categorias com frequências muito reduzidas. Após essa reorganização, as variáveis passaram a ser distribuídas nas seguintes categorias: escolaridade (ensino fundamental completo ou incompleto; ensino médio completo ou incompleto; ensino superior completo ou incompleto), raça/cor (branca; preta/parda), faixa etária da vítima (15-19 anos; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50 anos ou mais), local de ocorrência (residência; via pública; outro lugar), suspeita de consumo de álcool pelo agressor no momento da agressão (não consumiu; consumiu), reincidência da violência (não repetiu; repetiu), ciclo de vida do agressor (ciclo 1: menor que 20 anos; ciclo 2: 20-59 anos; ciclo 3: maior ou igual a 60 anos), relação com o agressor (amigos/conhecidos; cônjuge ou ex-cônjuge; desconhecidos; familiares; outros) e meio de agressão (ameaça; arma de fogo; força corporal/espancamento; outros).

A base foi configurada como série temporal por meio do comando *tsset ano*. Para cada variável dependente (*var1* a *var31*), foi estimada uma regressão linear simples com a variável *tempo* como preditora, a fim de calcular a variação anual média no número de casos ao longo do período. Os modelos foram ajustados com erros-padrão robustos, e os valores de p foram obtidos a partir dos testes t para o coeficiente de tempo. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com $p < 0,05$ (nível de significância de 5%).

Adicionalmente, calculou-se a variação percentual entre o primeiro (2014/15) e o último biênio (2022/23). Esse indicador foi usado para complementar a análise de tendência, comparando o crescimento relativo dos casos entre os extremos do período.

Com o objetivo de verificar se havia curvatura temporal (tendência não linear), foi criada uma variável *tempo*² (tempo ao quadrado). Entretanto, sua inclusão nas regressões não resultou em melhorias estatisticamente significativas nos modelos, e seus coeficientes não foram significativos ($p > 0,05$). Assim, concluiu-se que a tendência linear ao longo do tempo foi suficiente para explicar a evolução das variáveis analisadas, não sendo necessário o uso de modelos quadráticos ou mais complexos.

Por fim, estimou-se um modelo de regressão linear múltipla, utilizando o total de casos (*var1*) como variável dependente e, como variáveis explicativas, aquelas que apresentaram significância estatística nas análises univariadas: raça/cor preta/parda (*var6*), ocorrência na residência (*var12*), consumo de álcool (*var16*), relação com o agressor do tipo amigo/conhecido (*var22*) e tipo de agressão por força/espancamento (*var29*). O modelo foi ajustado com erros-padrão robustos (*regress var1 i.ano var6 var12 var16 var22 var29, robust*), permitindo explorar os fatores associados ao crescimento do número total de notificações ao longo do tempo.

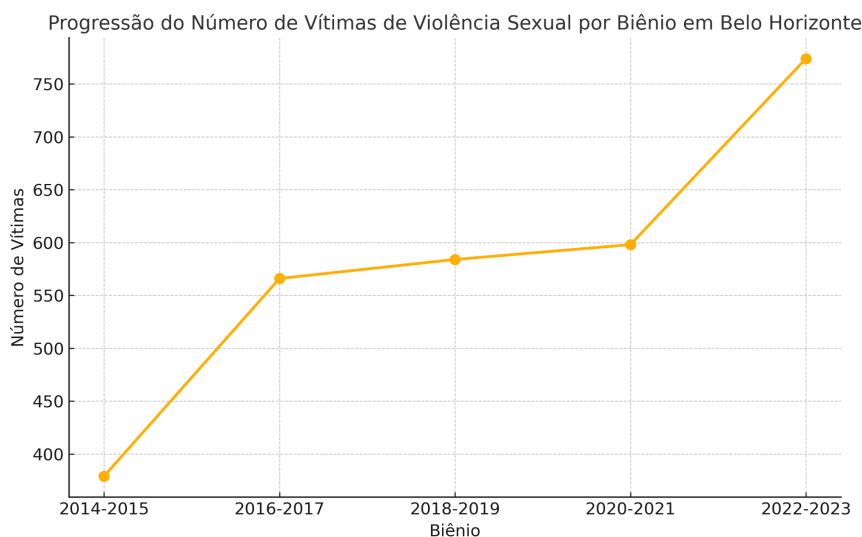
Os dados utilizados no presente estudo são de domínio público, oriundos de bases secundárias (DATASUS), em que os dados já estão agregados e anonimizados na fonte, não permitindo a identificação individual, sendo, portanto, dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

6. RESULTADOS

6.1. Análise temporal entre o primeiro e último biênio (tabelas 1 e 3; figura 1)

No total, foram registradas 2.901 notificações de violência sexual contra mulheres com 15 anos ou mais em Belo Horizonte (tabela 1). O período entre 2014 e 2023 registrou um aumento significativo nos casos de notificação de violência sexual contra mulheres com 15 anos ou mais, passando de 379 ocorrências no biênio 1 para 774 no biênio 5, representando um crescimento de 104% ao longo do período (tabela 3). Esse crescimento foi observado em praticamente todas as categorias analisadas, com variações (figura 1 e tabela 3).

Figura 1 - Progressão do número de notificações de violência sexual por biênio em Belo Horizonte



Fonte: Elaborado pelos autores.

Em termos de escolaridade (tabelas 1 e 3), os casos em mulheres que finalizaram ou cursavam o ensino fundamental apresentou aumento de 156,5% (de 62 para 159 casos), enquanto no caso daquelas que finalizaram/cursavam o ensino médio, o

crescimento foi de 140,8% (103 para 248 casos). Apesar do menor número absoluto, o ensino superior foi a categoria com o maior crescimento relativo: 222% (de 50 para 161 casos).

Na variável raça/cor, observou-se que, entre as vítimas brancas, o aumento foi de 123% (96 para 214 casos), enquanto entre as pretas e as pardas, o crescimento foi maior (193%), passando de 176 para 515 registros (tabelas 1 e 3).

Quanto à faixa etária (tabelas 1 e 3), os maiores crescimentos percentuais ocorreram em mulheres de 40 a 49 anos (281,5%, passando de 27 para 103 casos) e em 50 anos ou mais (150%, apesar de representar o menor número absoluto, passando de 18 para 45 casos). O grupo de 20 a 29 anos também apresentou aumento relevante de 122,9% (140 para 312 casos), enquanto o grupo das jovens de 15 a 19 anos teve crescimento mais modesto (31,5%).

No que se refere ao local da ocorrência (tabelas 1 e 3), as residências consolidaram-se como o principal cenário, com aumento de 136% (134 para 316 casos). As ocorrências em via pública, por sua vez, registraram queda de 11% (145 para 129 casos). Nos dois primeiros biênios, houve maior número de notificações em via pública, depois a lógica se inverte.

A análise dos fatores contextuais (tabela 3) mostrou crescimento expressivo das reincidências (205%) e do consumo de álcool pelo agressor (147,7%). Entre os tipos de agressão, a força física/spancamento foi a forma predominante, com aumento de 104%, enquanto ameaças e uso de armas de fogo apresentaram quedas (-41,3% e -55,1%, respectivamente).

**Tabela 1 - Frequência absoluta de casos notificados de violência sexual em BH
por características selecionadas**

Variável	Categoria	Biênio 1 (2014/15)	Biênio 2 (2016/17)	Biênio 3 (2018/19)	Biênio 4 (2020/21)	Biênio 5 (2022/23)	Total (2014 a 2023)
Sexo feminino, 15 anos ou mais		379	566	584	598	774	2.901
1. Escolaridade (níveis de ensino, completo ou incompleto)	Ensino Fundamental	62	87	139	114	159	561
	Ensino Médio	103	160	191	163	248	865
	Ensino Superior	50	77	82	88	161	458
Total		215	324	412	365	568	1.884
2. Raça/Cor	Branca	96	165	189	161	214	825
	Preta/Parda	176	311	357	404	515	1.763
Total		272	476	546	565	729	2.588
3. Faixa Etária	15-19 anos	124	150	161	155	163	753
	20-29 anos	140	230	228	228	312	1.138
	30-39 anos	70	113	114	133	151	581
	40-49 anos	27	46	49	48	103	273
	50 anos ou mais	18	27	32	34	45	156
Total		379	566	584	598	774	2.901
4. Local da Ocorrência	Residência	134	197	241	242	316	1.130
	Outro Lugar	65	120	110	141	226	662
	Via Pública	145	202	175	142	129	793
Total		344	519	526	525	671	2.585
5. Uso de Álcool	Não Consome	133	199	206	147	224	909
	Consome	155	238	257	283	384	1.317
Total		288	437	463	430	608	2.226
6. Repetição de Situação	Não Repetiu	285	379	372	381	493	1.910
	Repetiu	58	124	142	128	177	629
	Total	343	503	514	509	670	2.539
7. Ciclo de Vida do Agressor	Ciclo 1 (< 20 anos)	14	31	29	32	35	141
	Ciclo 2 (20-59 anos)	60	342	417	375	252	1.446
	Ciclo 3 (≥60 anos)	1	8	12	8	5	34
Total		75	381	458	415	292	1.621
8. Relacionamento	Amigos/Conhecidos	87	121	138	176	213	735
	Cônjuge ou Ex	42	59	84	78	90	353
	Desconhecidos	208	326	278	263	356	1.431
	Familiares	11	27	31	24	33	126
	Outros	7	11	14	14	9	55
Total		355	544	545	555	701	2.700
9. Tipo de Agressão	Ameaça	155	214	213	155	91	828
	Arma de Fogo	49	70	41	26	22	208
	Força/Espancamento	254	391	390	369	518	1.922
	Outros	66	86	91	128	117	488
Total		524	761	735	678	748	3.446

Fonte: Elaborado pelos autores.

Obs: os totais são diferentes em cada categoria devido à recategorização dos dados descrita na metodologia e por incompletude dos preenchimentos das notificações.

6.2. Análise da Composição Percentual e Variações Relativas de 2014 a 2023

(tabela 2)

A escolaridade apresentou mudança na proporção de vítimas com ensino superior, que aumentou de 23,3% no primeiro biênio (2014 e 2015) para 28,3% no último biênio (2022 e 2023). Enquanto isso, o ensino médio diminuiu a participação de 47,9% para 43,7%. O ensino fundamental manteve estabilidade relativa (28,9% para 28%).

No que se refere à raça/cor, a proporção de vítimas pretas/pardas cresceu de 64,7% para 70,7%, enquanto as brancas diminuíram de 35,3% para 29,3%.

A distribuição por faixa etária indicou envelhecimento proporcional das vítimas ao longo do tempo. O grupo de 20-29 anos aumentou a participação de 36,9% para 40,4%; 40 anos ou mais passou de 11,8% para 19,1%. Já as adolescentes (15-19 anos) caíram de 32,7% para 21%.

Quanto ao local da ocorrência, as residências representaram um aumento no número de notificações (aumento de 39% para 47%), enquanto as vias públicas perderam importância relativa (queda de 42,1% para 19,3%).

Também houve mudança no padrão de consumo de álcool pelo agressor associado aos episódios de violência contra mulheres. Os casos em que o agressor não consumia álcool apresentaram queda e passaram de 46,2% no biênio 1 para 36,5% no biênio 5; já os casos envolvendo consumo de álcool aumentaram de 53,8% para 63,5%.

Quanto à repetição da situação de violência, no início do período, os casos sem reincidência correspondiam a 83,1% do total (2014–2015), mas essa proporção caiu para 73,7% em 2022–2023. Os casos reincidentes subiram de 16,9% para 26,3% no biênio final, com oscilações.

A análise do ciclo de vida do agressor indicou que o Ciclo 2, que representou a maioria dos casos, passou de 80,0% a 86,3%. O Ciclo 3 variou pouco, com um discreto aumento de 1,3% para 2,1%.

Quanto à natureza da relação entre vítima e agressor, destaca-se que os desconhecidos continuam a representar a maior parcela dos casos, embora tenham reduzido sua participação de 55,5% para 50,8%. Por outro lado, os casos cometidos por amigos ou conhecidos cresceram de 23,2% para 30,4%, o que representa um aumento de 7,2 pontos percentuais. As agressões praticadas por cônjuges ou ex-cônjuges também registraram crescimento, embora mais discreto, passando de 11,2% para 12,8%.

Os episódios de força física e espancamento na violência sexual aumentaram de 48,5% para 69,3%, o que representou crescimento de 20,8 pontos percentuais. Em contraste, as ameaças reduziram-se de 29,6% para 12,2% (queda de 17,4 pontos percentuais). Os casos envolvendo o uso de arma de fogo também diminuíram, passando de 9,4% para 2,9% ao longo do período.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos casos notificados de violência sexual em BH por características selecionadas

Variável	Categoria	Biênio 1 (2014/15)	Biênio 2 (2016/17)	Biênio 3 (2018/19)	Biênio 4 (2020/21)	Biênio 5 (2022/23)	Total (2014 a 2023)
2. Escolaridade (níveis de ensino, completo ou incompleto)	Ensino Fundamental	28,9	26,9	33,7	31,3	28,0	29,8
	Ensino Médio	47,9	49,4	46,4	44,7	43,7	46,0
	Ensino Superior	23,3	23,8	19,9	24,1	28,3	24,3
3. Raça/Cor	Branca	35,3	34,7	34,6	28,5	29,3	31,9
	Preta/Parda	64,7	65,3	65,4	71,5	70,7	68,1
4. Faixa Etária	15-19 anos	32,7	26,5	27,6	25,9	21,0	25,9
	20-29 anos	36,9	40,7	39,0	38,1	40,4	39,2
	30-39 anos	18,5	19,9	19,5	22,2	19,5	20,0
	40-49 anos	7,1	8,1	8,4	8,0	13,3	9,4
	50 anos ou mais	4,7	4,8	5,5	5,7	5,8	5,4
5. Local da Ocorrência	Residência	39,0	38,0	45,8	46,1	47,0	43,7
	Outro Lugar	18,9	23,1	20,9	26,9	33,7	25,6
	Via Pública	42,1	38,9	33,3	27,0	19,3	30,7
6. Uso de Álcool	Não Consome	46,2	45,5	44,5	34,2	36,5	40,9
	Consome	53,8	54,5	55,5	65,8	63,5	59,1
7. Repetição de Situação	Não Repetiu	83,1	75,3	64,5	67,9	73,7	75,3
	Repetiu	16,9	24,7	35,5	32,1	26,3	24,7
8. Ciclo de Vida do Agressor	Ciclo 1 (<20 anos)	18,7	8,1	6,3	7,7	12,0	8,7
	Ciclo 2 (20-59 anos)	80,0	89,7	91,0	90,3	86,3	89,2
	Ciclo 3 (≥ 60 anos)	1,3	2,1	2,6	1,9	1,7	2,1
9. Relacionamento	Amigos/Conhecidos	24,5	22,3	25,3	31,7	30,4	26,8
	Cônjuge ou Ex	11,8	10,9	15,4	14,1	12,8	13,0
	Desconhecidos	58,6	59,9	51,0	47,4	50,8	53,5
	Familiares	3,1	5,0	5,7	4,3	4,7	4,6
	Outros	1,9	2,0	2,6	2,5	1,3	2,0
10. Tipo de Agressão	Ameaça	29,6	28,1	29,0	22,9	12,2	24,0
	Arma de Fogo	9,4	9,2	5,6	3,8	2,9	6,0
	Força/Espancamento	48,5	51,4	53,1	54,4	69,3	55,8
	Outros	12,6	11,3	12,4	19,0	15,7	14,2

Fonte: Elaborado pelos autores.

6.3. Variações Absolutas Médias Entre Biênios e Variação Total (tabela 3; figuras 2 e 3)

A variação média anual estimada pelos coeficientes de regressão linear representa a tendência média de mudança no número de notificações ao longo do tempo, indicando quantos casos, em média, cada categoria aumentou ou diminuiu por ano no período estudado.

A análise de tendência no número de notificações de violência contra mulheres, entre 2014 e 2023, mostra um crescimento significativo em diversas características das vítimas e das ocorrências. No total geral de casos (*var1*), observou-se um aumento médio de 41,1 notificações por ano, com significância estatística ($p = 0,023$), indicando uma elevação consistente no volume de registros ao longo do período.

Tabela 3 - Variação média anual estimada e variação percentual no período referente ao número de casos notificados de violência sexual

Variáveis	Categorias	Variação média anual medida pelos coeficientes de regressão linear (p-valor)	Variação entre primeiro e último biênio (%)
1. TOTAL da amostra		41.10 (0.023)	104.2
2. Escolaridade	Ensino Fundamental	11.05 (0.039)	156.5
	Ensino Médio	14.65 (0.050)	140.8
	Ensino Superior	11.65 (0.043)	222.0
3. Raça/Cor	Branca	11.60 (0.080)	122.9
	Preta/Parda	38.55 (0.004)	192.6
4. Faixa Etária	15-19 anos	4.15 (0.079)	31.5
	20-29 anos	17.10 (0.044)	122.9
	30-39 anos	9.10 (0.012)	115.7
	40-49 anos	7.70 (0.066)	281.5
	50 anos ou mais	3.05 (0.005)	150.0
5. Local da Ocorrência	Residência	20.45 (0.007)	135.8
	Outro Lugar	17.15 (0.029)	247.7
	Via Pública	-4.60 (0.399)	-11.0
6. Uso de Álcool	Não Consome	6.50 (0.369)	68.4
	Consome	25.15 (0.009)	147.7
7. Repetição de Situação	Não Repetiu	20.90 (0.041)	73.0
	Repetiu	12.10 (0.046)	205.2
8. Ciclo de Vida do Agressor	< 20 anos	2.15 (0.085)	150.0
	20 a 59 anos	20.85 (0.430)	320.0
	60 anos ou mais	0.40 (0.612)	400.0
9. Relacionamento	Amigos/Conhecidos	15.35 (0.001)	144.8
	Cônjuge ou Ex-cônjuge	5.75 (0.027)	114.3
	Desconhecidos	11.65 (0.243)	71.2
	Familiares	2.05 (0.146)	200.0
	Outros relacionamentos	0.35 (0.553)	28.6
10. Tipo de Agressão	Ameaça	9.35 (0.305)	-41.3
	Arma de Fogo	4.90 (0.102)	-55.1
	Força/Espancamento	25.30 (0.066)	103.9
	Outros	7.20 (0.029)	77.3

Fonte: Elaborado pelos autores.

Entre os fatores sociodemográficos, houve crescimento significativo nos casos entre mulheres com ensino fundamental (11,05 casos/ano; $p = 0,039$), ensino médio (14,65; $p = 0,050$) e ensino superior (11,65; $p = 0,043$). Quanto à raça/cor, os maiores aumentos foram observados entre mulheres pretas ou pardas, com um expressivo crescimento médio anual de 38,55 casos ($p = 0,004$). Já entre mulheres brancas, o crescimento de 11,60 casos por ano não foi estatisticamente significativo ($p = 0,080$).

Em relação à faixa etária, os maiores crescimentos foram registrados entre mulheres de 20 a 29 anos (17,10; $p = 0,044$), de 30 a 39 anos (9,10; $p = 0,012$) e de 50 anos ou mais (3,05; $p = 0,005$). Já os grupos de 15 a 19 anos (4,15; $p = 0,079$) e de 40 a 49 anos (7,70; $p = 0,066$) apresentaram tendências crescentes, porém sem atingir significância estatística.

No que se refere ao local da ocorrência, destaca-se o crescimento dos casos registrados na residência, com aumento médio de 20,45 notificações por ano ($p = 0,007$), e também em outros lugares que não a residência nem a via pública (17,15; $p = 0,029$). A via pública apresentou uma leve redução, sem significância (-4,60; $p = 0,399$).

Fatores comportamentais também revelaram tendências importantes: entre os casos em que houve suspeita de uso de álcool pelo agressor, observou-se um aumento significativo de 25,15 casos por ano ($p = 0,009$), ao passo que, entre a violência em que não houve o uso de álcool, o crescimento foi de 6,50 casos por ano, sem significância ($p = 0,369$).

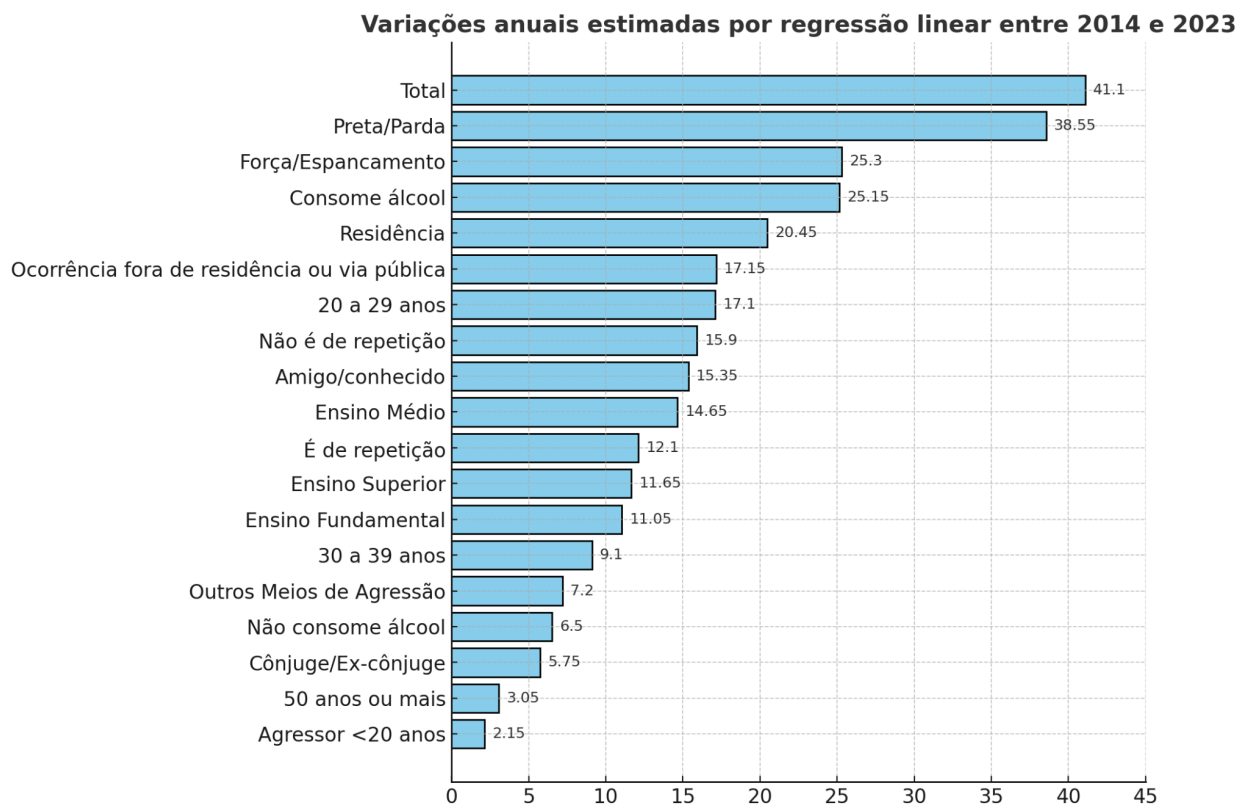
A reincidência da violência mostrou-se um fator relevante. Casos sem repetição aumentaram, em média, 20,90 por ano ($p = 0,041$), enquanto casos com repetição cresceram 12,10 por ano ($p = 0,046$), ambos com significância estatística. Já no perfil do agressor, não houve crescimento significativo nos diferentes ciclos de vida ($p > 0,05$), embora tenha sido verificado aumento entre os casos associados a amigos ou conhecidos (15,35; $p = 0,001$) e cônjuges ou ex-cônjuges (5,75; $p = 0,027$).

Por fim, no que diz respeito ao tipo de agressão, o maior aumento foi registrado nos casos de força ou espancamento (25,30; $p = 0,066$) e de outros tipos (7,20; $p = 0,029$), embora o primeiro resultado tenha se aproximado da significância sem atingi-la. Casos com uso de arma de fogo (-4,90; $p = 0,102$) e ameaças (-9,35; $p = 0,305$) apresentaram tendência de queda, mas sem significância estatística.

A análise das variações nas notificações entre 2014/15 e 2022/23, considerando apenas os fatores com significância estatística ($p < 0,05$), revela tendências preocupantes. O maior crescimento percentual no período foi observado para as ocorrências fora da residência ou via pública (outros locais), com um aumento de 247,7%. Em seguida, destacam-se pessoas com ensino superior (222,0%), vítimas de violência de repetição (205,2%) e pessoas de raça/cor preta ou parda (192,6%). Outros crescimentos expressivos foram registrados entre indivíduos com ensino fundamental (156,5%), pessoas com 50 anos ou mais (150,0%), agressores que consomem álcool (147,7%) e vítimas cuja relação com o agressor era de amizade ou conhecimento (144,8%). Já entre jovens de 20 a 29 anos, a variação foi de 122,9%, mesma porcentagem observada entre as vítimas que se identificam como brancas. Para vítimas com ensino médio, a variação foi de 140,8%; entre as que residiam em domicílios, 135,8%; e entre cônjuges ou ex-cônjuges, 114,3%.

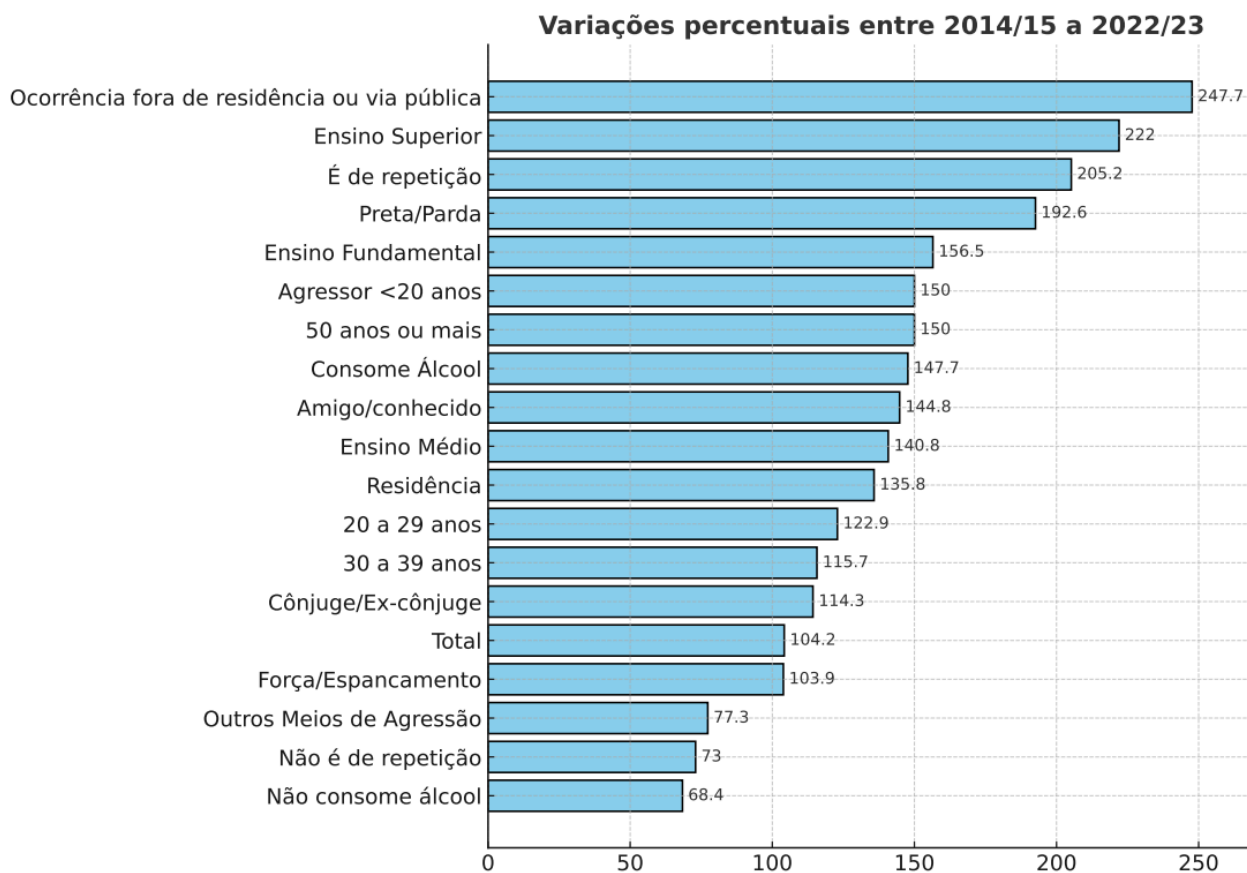
No que se refere à variação anual estimada por regressão linear entre 2014 e 2023, entre os grupos com maiores aumentos anuais médios estão pessoas de raça/cor preta ou parda (38,6), vítimas de força ou espancamento (25,3), e pessoas que consomem álcool (25,1). Também se destacam os casos ocorridos na residência (20,4), fora da residência ou via pública (17,1), e entre jovens de 20 a 29 anos (17,1). Entre vítimas que não sofreram repetição da violência, a média anual foi de 20,9 casos a mais por ano, enquanto entre aquelas agredidas por amigos ou conhecidos, a média foi de 15,3. Já entre pessoas com ensino médio, o aumento foi de 14,6 casos por ano, seguido de perto por aquelas que relataram violência de repetição (12,1), com ensino superior (11,6) e ensino fundamental (11,0).

Figura 2 - Variações médias anuais estimadas por regressão linear entre 2014 e 2023 (em número de notificações de violência sexual)



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 3 - Variações percentuais entre o Biênio 1 e o Biênio 5 referente ao número de casos notificados de violência sexual



Fonte: Elaborado pelos autores.

7. DISCUSSÃO

Este estudo abordou as variáveis epidemiológicas relacionadas às vítimas, aos agressores e às circunstâncias em que ocorreram notificações de violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte em um período de 10 anos. Os principais resultados evidenciam um crescimento consistente das notificações de violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte entre 2014 e 2023, com aumento de mais de 100%. Esse fenômeno reforça o caráter persistente e multifacetado desse tipo de violência, em consonância com estudos nacionais e internacionais que apontam sua magnitude^{10, 16, 46}.

Em relação à escolaridade, a maior prevalência de notificações de vítimas com ensino médio completo ou incompleto é compatível com outros estudos que mostram o perfil epidemiológico de vítimas de violência sexual no Brasil^{35, 40}. Comparando com outras realidades internacionais, um estudo da Turquia mostrou que mulheres analfabetas tinham probabilidade 32,7% maior de enfrentar violência sexual em comparação com mulheres que se formaram em uma universidade². Isso pode estar relacionado ao acesso a informações e à consciência dos direitos legais, mais presentes em níveis educacionais maiores. Em contraste, chama a atenção o aumento considerável das notificações dos casos de vítimas com Ensino Superior, que, embora representem menor número absoluto, registraram aumento de 222% no período. Tal fato sugere uma ampliação do fenômeno em todos os níveis de escolaridade. Algumas hipóteses que podem ser consideradas são a mudança na dinâmica dos crimes, atingindo pessoas com maior nível educacional, e um possível aumento de violência em ambientes acadêmicos, como demonstrado em metanálise internacional⁴².

Quanto à cor, a predominância de mulheres pretas e pardas confirma a interseção entre racismo e violência de gênero^{12, 26}. O aumento de 193% nesse grupo, ou seja, de quase 3 vezes superior ao observado entre mulheres brancas, evidencia a iniquidade racial na vitimização. Essa relação é semelhante ao encontrado no restante do Brasil. Um estudo do Núcleo de Estudos Raciais do Insper avaliou os dados do SINAN de 10 anos, mostrando um aumento da proporção de vítimas negras nos casos de estupro de 56,4% em 2012 para 63,2% em 2021¹². No Brasil, a questão da raça também carrega

uma disparidade territorial: regiões como Norte e Nordeste têm uma maior sobre-representação de mulheres negras entre as vítimas de homicídios, assédio sexual e estupro¹².

A raça tem uma influência profunda e multifacetada na violência sexual no Brasil, impactando quem é mais vitimizado, como as vítimas são percebidas e tratadas pelos sistemas de justiça e saúde, e os fatores sociais e econômicos subjacentes^{12, 38, 34}.

Segundo Miranda²⁶, “o processo de construção da sociedade brasileira tem sido violento e excludente das populações negras e pobres, com determinado gradiente quanto ao gênero nestes grupos” (p. 24149). O racismo originário do processo de escravização do Brasil contribuíram para a hipersexualização e objetificação dos corpos de mulheres negras, tornando-as particularmente vulneráveis à violência sexual³⁸. Apesar disso, o processo de denúncia e justiça é mais complexo para a mulher negra, já que o estereótipo de ser uma mulher sexualmente promíscua leva a uma menor credibilidade de suas denúncias de estupro, ou à percepção de que o trauma sofrido por elas seria menor do que o de uma mulher branca³⁴.

No que diz respeito à faixa etária da vítima, é possível observar uma maior proporção de vítimas entre 20 e 29 anos, representando 39,2% das vítimas durante todo o período analisado. Em segundo lugar, as adolescentes entre 15 e 19 anos representam 25,9% das vítimas. No entanto, esse foi o grupo em que o aumento proporcional foi o menor no período analisado (31,5%). Além disso, houve um crescimento percentual importante nos últimos 10 anos de vítimas entre 40 e 49 anos (281,5%) e entre mulheres com 50 anos ou mais (150%). A distribuição por faixa etária indicou envelhecimento proporcional das vítimas ao longo do tempo, o que também pode justificar o aumento proporcional de vítimas com ensino superior, citado anteriormente.

O presente trabalho aborda as vítimas de 15 anos ou mais, mas é importante destacar que, segundo dados de mais de 3 décadas analisados e publicados no *The Lancet* em 2025, estima-se que, globalmente, a primeira experiência de violência sexual ocorra antes dos 16 anos para 41,6% das sobreviventes do sexo feminino⁸.

A relação da idade da vítima com a violência sexual é um fator crítico que influencia a

incidência, a prevalência, o perfil do agressor e as características da agressão em diferentes cenários mundiais. Segundo a OMS, a prevalência global de violência sexual por não parceiro concentra-se em mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos³⁷. As proporções de vítimas em cada faixa etária variam globalmente e entre regiões específicas. Por exemplo, um estudo que avaliou o perfil de vítimas de violência sexual por 18 anos em um hospital de Porto Alegre mostrou que a idade média das vítimas foi de 24,4 anos³⁵. Já na capital de Rondônia, Porto Velho, a maioria dos casos (77,3%) ocorreu na faixa etária entre 12 e 19 anos³⁶. Em contraste, em Recife, a maioria das vítimas de violência sexual (66,9%) estava na faixa etária de 29 a 49 anos³⁶. Desse modo, a heterogeneidade dos dados, a depender do local estudado, representa a importância de conhecer o perfil de cada região para que políticas públicas sejam direcionadas adequadamente ao público-alvo.

Quanto ao uso de álcool, a tendência crescente no registro de violência sexual contra mulheres em que há a suspeita de uso de álcool pelo agressor é compatível com a literatura mundial^{1, 7, 27}. A relação entre o uso de álcool pelo agressor e a prevalência de violência sexual contra mulheres é consistentemente apontada pelos estudos como significativa e complexa, com o álcool atuando como um fator contribuinte em muitos episódios^{1, 7, 27}.

Nos Estados Unidos da América, estima-se que metade dos casos de estupro envolvam consumo de álcool pelo agressor, pela vítima ou por ambos¹. A estimativa para o uso de álcool pelos agressores varia entre 34% e 74%, dependendo da amostra utilizada¹. Considerando a realidade brasileira e expandindo para outros tipos de violência, uma revisão integrativa no Brasil identificou que o álcool é a principal substância lícita envolvida na violência intrafamiliar, servindo como um dos principais fatores desencadeadores da violência³⁹.

É importante ressaltar que, embora o consumo de álcool e a violência sexual ocorram frequentemente juntos, isso não necessariamente estabelece umnexo causal entre o álcool e a agressão^{1, 27}. Contudo, mesmo na impossibilidade de estudos experimentais, uma meta-análise de 22 estudos confirmou um efeito geral estatisticamente significativo, indicando que homens que consumiram álcool exibiram maior

comportamento agressivo em relação às mulheres do que aqueles que não consumiram³⁹, confirmando a possibilidade forte de causalidade por consistência e força de associação.

O álcool contribui para a violência sexual através de múltiplas vias. Deterioração cognitiva e motora: o álcool pode prejudicar as funções cognitivas e físicas, reduzindo o autocontrole, distorcendo a percepção da realidade e limitando a capacidade da vítima em resistir à agressão^{7, 27}; aumento da agressividade e desinibição: o consumo de álcool, principalmente de forma excessiva, pode levar a comportamentos agressivos e restringir recursos cognitivos que seriam inibitórios^{9, 27}; progressão da violência: o uso de álcool também está associado com uma maior gravidade dos atos de violência³⁹; associação do uso de álcool com outras drogas, que também pode influenciar na violência²⁷.

Essas constatações destacam a importância de incluir a pauta do uso de substâncias como parte da educação sexual, além da necessidade de investir em políticas públicas que restrinjam o uso do álcool de forma excessiva.

Sobre o local da ocorrência, a residência foi o principal cenário em todos os biênios analisados e o local que apresentou maior crescimento (136%), mostrando uma forte associação entre o estupro e o ambiente privado, muitas vezes com agressores conhecidos da vítima. O panorama é semelhante no restante do Brasil. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025, quase dois terços dos estupros (65,9%) em 2024 ocorreram em domicílio¹⁶. Mesmo em contextos rurais, o domicílio permanece sendo o principal local de agressões contra mulheres, representando mais da metade (57,2%) dos casos de violência sexual⁴³. Com base nesses achados, deve-se considerar o peso do ambiente doméstico na exacerbação da violência, o que sugere que estratégias de prevenção devem priorizar a rede intrafamiliar e de conhecidos.

Quanto à natureza da relação entre vítima e agressor, os desconhecidos representaram a maior parcela dos casos, embora tenham reduzido sua participação de 55,5% em 2014 para 50,8% em 2023. Por outro lado, os casos cometidos por amigos ou

conhecidos cresceram de 23,2% para 30,4%, o que representa um aumento de 7,2 pontos percentuais. As agressões praticadas por cônjuges ou ex-cônjuges também registraram crescimento, embora mais discreto, passando de 11,2% para 12,8%. O crescimento das notificações envolvendo agressores conhecidos e parceiros íntimos suscita a hipótese de maior conscientização acerca do reconhecimento da violência sexual no âmbito das relações afetivo-conjugais, especialmente no que se refere ao estupro marital.

A literatura separa a violência a depender do vínculo com o agressor e a vítima, dividindo-os principalmente em agressores conhecidos (incluindo parceiros íntimos e familiares) e agressores desconhecidos^{37, 14}. As prevalências são heterogêneas em diferentes fontes. No Brasil, entre 2011 e 2017, 62,4% das notificações de violência contra a mulher foram perpetradas por parceiros íntimos²³. Já segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2024, para vítimas de 14 anos ou mais, 26,7% dos casos tiveram como agressor o companheiro e 26,6% um familiar, enquanto a prevalência de agressores desconhecidos foi de 21,7%¹⁶. Em um estudo com amostras de serviços universitários de São Paulo, 69,2% das violências sexuais contra mulheres adultas foram perpetradas por agressor desconhecido¹⁴. Já em Minas Gerais, no ano de 2019, os agressores mais frequentes eram companheiros/namorados (29,0%) e ex-companheiros/ex-namorados (18,6%)³¹. Essas divergências na literatura e nos dados deste trabalho sublinham que diferentes “ecologias” de risco coexistem e exigem respostas diversificadas e adaptadas para a realidade em questão.

É interessante pontuar que, embora o domicílio tenha se destacado como principal ocorrência das notificações de violência sexual no presente estudo, observou-se, de forma paradoxal, o predomínio de agressores desconhecidos. Esse achado deve levantar a hipótese de que as vítimas podem estar omitindo o vínculo com o agressor. Além disso, é possível que a categoria “domicílio” não se restrinja exclusivamente à residência da vítima, podendo incluir a casa de terceiros. Assim, os resultados reforçam a necessidade de interpretar essas variáveis de forma crítica, considerando tanto a complexidade do fenômeno da violência, quanto as limitações dos sistemas de notificações.

Um dos aspectos mais alarmantes da violência sexual é o fenômeno de revitimização, que se refere a padrões repetitivos da violência vivenciados por um indivíduo ao longo da sua vida³². No presente estudo, evidenciou-se que os casos de reincidência, embora ainda representem a minoria, subiram de 16,9% para 26,3%, caracterizando um crescimento de 205% no período dos 10 anos analisados. Uma hipótese que poderia explicar a reincidência das agressões é a relação com o aumento da violência por agressores conhecidos. A proximidade do agressor com a vítima facilita a recorrência da violência, com um terço dos casos sendo de repetição no Brasil¹⁸. Uma meta-análise de 80 estudos, que incluiu 12.252 sobreviventes de abuso sexual na infância, revelou que a prevalência média de revitimização sexual ao longo da vida é de 47,9%⁴⁹. É importante ressaltar que a recorrência está não só associada com os mesmos riscos de uma violência em episódio isolado, como esses riscos são aumentados em complexidade^{20, 49}.

Fatores que influenciam no ciclo de vitimização repetida são a normalização do abuso, principalmente quando ele ocorre desde a infância, normativas de gênero e patriarcado, dependência econômica, medo de represálias e barreiras de acesso aos serviços³². A educação sexual ainda na infância é uma ferramenta necessária para evitar essas recorrências.

Quanto ao tipo de agressão, a força física/espancamento foi a forma mais frequente utilizada na violência sexual, tendo um aumento de 104% do primeiro para o último biênio. Em contraste, ameaças e uso de armas de fogo tiveram quedas (41,3% e 55,1%, respectivamente).

O uso da força física como o predominante na violência sexual é compatível com os estudos ao redor do mundo. Um estudo de Manchester, Reino Unido, revelou que 9,28% dos adultos que buscaram atendimento após uma agressão sexual relatam estrangulamento não fatal, e essa prevalência aumentou para 18,9% quando o agressor era um parceiro ou ex-parceiro⁵¹. É importante ressaltar que nem sempre há lesões visíveis. Quase 20% das vítimas não tiveram achados positivos no exame físico, o que ressalta a dificuldade na identificação e documentação desses crimes⁵¹.

Contrário aos achados desse estudo, em uma análise das notificações do SINAN no Brasil entre 2009 a 2015, notou-se a diminuição das notificações de violência sexual acompanhadas de espancamento¹⁸. Embora o espancamento ainda estivesse presente em um terço dos casos, sua proporção relativa diminuiu de 41,25% em 2009 para 37,56% em 2013¹⁸. Essa redução no uso da força física pode ser explicada pela natureza das agressões. Os agressores frequentemente utilizam da confiança e relação de poder sobre a vítima, utilizando de violência psicológica para perpetrar a violência sexual¹⁸.

O meio de agressão muitas vezes está relacionado à gravidade da violência. E essa gravidade está positivamente relacionada com a magnitude do impacto psicológico nas vítimas, sendo estes piores nos casos em que houve lesões físicas e uso de armas¹³.

A análise do ciclo de vida do agressor indicou que agressores de 20 a 59 anos representaram a maioria dos casos, totalizando 89,2% dos casos em todos os períodos analisados, seguido de agressores com idade abaixo de 20 anos, com 8,7% dos casos. A idade entre 20 e 59 anos geralmente representa o ciclo de vida com maior participação social e laboral na vida do adulto, além de maior inserção em relações afetivo-sexuais, o que pode explicar sua predominância nos crimes de violência sexual. Além disso, é uma faixa de idade em que ocorre maior exposição a álcool e drogas, fator que também está relacionado à violência sexual. De acordo com um estudo no Espírito Santo, os agressores com 25 anos ou mais são a maioria, com uma razão de prevalência de 1,50 em comparação com agressores mais jovens¹⁵. Ademais, fatores fisiológicos, como a redução da libido podem contribuir com taxas mais baixas em populações mais velhas⁶, sendo no caso deste trabalho inferior a 3% para aqueles agressores com mais de 60 anos.

Sobre a análise de dados, algumas considerações devem ser feitas. O portal SINAN Net não disponibiliza alguns dados importantes sobre a vítima presentes na ficha de notificação, como estado civil, identidade de gênero, orientação sexual, ocupação, presença de deficiência ou transtorno, sobre as circunstâncias da violência, como o bairro ou região de ocorrência, e sobre o atendimento em saúde, como procedimentos realizados. Essas informações são essenciais na delimitação de um perfil

epidemiológico para que as estratégias de combate contra o agravo sejam direcionadas ao público-alvo.

Além disso, o não preenchimento dos campos é alarmante. Como exemplo o campo “raça/cor”, segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2025, 30,7% dos casos de estupro e estupro de vulnerável nacionais não possuíam essa informação¹⁶. Em nosso estudo, a taxa foi menor - possivelmente por se tratar de uma capital brasileira. Mesmo assim, 9,3% das notificações de violência sexual possuíam o campo de raça/cor em branco ou ignorado, o que prejudica inferências mais robustas.

A despeito da relevância dos dados, o estudo não está isento de limitações, principalmente devido à inerente subnotificação da violência sexual no Brasil. A qualidade da notificação é comprometida pela dificuldade de identificação e de registro por profissionais, reforçada pela violência institucional e o receio de revitimização pelas vítimas. Assim, há ainda um caminho a percorrer para a redução efetiva da violência sexual em Belo Horizonte e no país com base nos dados de vigilância em saúde.

8. CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo delimitar o perfil epidemiológico dos crimes de violência sexual contra mulheres em Belo Horizonte no período de 2014 a 2023, utilizando dados de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A análise revelou um crescimento significativo e preocupante no volume de notificações, com um aumento de 104% no total de casos registrados entre o primeiro (2014-2015) e o último biênio (2022-2023), o que reforça a urgência da prevenção desse agravo. Esse aumento médio anual de 41,1 notificações demonstra que a violência sexual permanece um grave e persistente problema social e de saúde pública na capital mineira.

É fundamental considerar que o aumento observado pode refletir tanto uma elevação na ocorrência dos casos de violência, quanto uma ampliação no número de notificações, possivelmente relacionada ao aprimoramento dos sistemas de vigilância e registro.

Os resultados evidenciaram tendências que sublinham vulnerabilidades específicas e a dinâmica complexa da violência sexual.

Em termos sociodemográficos, a análise apontou para uma profunda desigualdade racial na vitimização. O maior crescimento absoluto e relativo ocorreu entre as mulheres pretas e pardas, com um aumento de 193% e um crescimento médio anual estatisticamente significativo de 38,55 casos ($p = 0,004$). Tal achado confirma a intersecção entre o racismo estrutural e a violência de gênero, que historicamente contribui para a hipersexualização e a objetificação dos corpos de mulheres negras no Brasil. A distribuição etária também se alterou, indicando um envelhecimento proporcional das vítimas, com crescimentos importantes nas faixas de 40 a 49 anos (281,5%) e de 50 anos ou mais (150%). Apesar de o Ensino Médio representar a maior proporção de casos, o crescimento mais expressivo (222,0%) foi observado entre mulheres com Ensino Superior, sugerindo uma ampliação do fenômeno em todos os níveis de escolaridade ou um aumento da busca por notificação entre grupos com maior acesso à informação sobre seus direitos, ou ainda um reflexo do aumento da idade

média das vítimas (que teriam maior nível de escolaridade).

Em relação ao contexto da violência, consolidou-se a residência como o principal cenário das ocorrências, apresentando o maior aumento absoluto (136%), o que sugere a prevalência de agressões no ambiente privado, muitas vezes perpetradas por agressores conhecidos. Em concordância com essa dinâmica intrafamiliar ou interpessoal, observou-se um crescimento significativo nos casos praticados por amigos ou conhecidos (aumento de 144,8%; $p = 0,001$), e também por cônjuges ou ex-cônjuges. Além disso, a reincidência da violência (revitimização) apresentou um crescimento alarmante de 205% ($p = 0,046$).

Outros fatores comportamentais e da dinâmica da agressão também se destacaram: o consumo de álcool pelo agressor aumentou significativamente (147,7%; $p = 0,009$), atuando como um fator contribuinte importante nos episódios de violência. O principal tipo de agressão notificada foi o uso de força física/spancamento, que aumentou 104%.

Esses achados implicam a necessidade urgente de aprimoramento das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência sexual em Belo Horizonte. As estratégias de prevenção e assistência devem ser direcionadas, considerando o viés interseccional que expõe mulheres pretas/pardas a riscos mais elevados. A predominância do ambiente doméstico demanda intervenções que priorizem a rede intrafamiliar, a prevenção de reincidências e a pauta do uso de substâncias. É vital o investimento em programas de prevenção que abordem o consumo excessivo de álcool e promovam a educação sexual, combatendo a normalização do abuso e as normativas de gênero.

Dessa forma, sugerem-se futuras pesquisas que possam aprofundar a compreensão do fenômeno. Em primeiro lugar, seria importante uma investigação qualitativa, abordando as barreiras que impedem a notificação entre vítimas de violência sexual, bem como o processo de revitimização. Uma análise interseccional aprofundada também poderia ser realizada, a fim de explorar como as variáveis de raça/cor se articulam com o local de ocorrência e a relação com o agressor, buscando entender as “ecologias de risco”

específicas para mulheres negras. Finalmente, a avaliação da rede de atenção possibilitaria investigar o impacto do despreparo profissional e dos problemas de registro na qualidade dos dados de Belo Horizonte e na assistência prestada às vítimas, propondo a capacitação continuada dos profissionais de saúde e segurança pública.

Este estudo apresenta como fortalezas a análise de uma série histórica de dez anos, o uso de dados oficiais do SINAN e a abordagem de diferentes dimensões da violência sexual, contemplando características sociodemográficas, contextuais e da agressão. Além disso, a articulação entre análises descritivas e regressões lineares ampliou a consistência dos achados, permitindo identificar tendências temporais e fatores associados às notificações. Em conjunto, esses aspectos conferem relevância epidemiológica ao estudo e reforçam sua contribuição para o aprimoramento da vigilância e das estratégias de enfrentamento da violência contra as mulheres no contexto local.

REFERÊNCIAS

- ¹ Abbey A, Zawacki T, Buck PO, Clinton AM, McAuslan P. Alcohol and sexual assault. *Alcohol Research & Health*. 2001;25(1):43–51. PMID:11496965.
- ² Alkan Ö, Tekmanlı HH. Determination of the factors affecting sexual violence against women in Turkey: a population-based analysis. *BMC Women's Health*. 2021;21:188. doi:10.1186/s12905-021-01333-1.
- ³ Brasil. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm
- ⁴ Brasil. Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4377.htm
- ⁵ Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- ⁶ Brooks Holliday S, Sreenivasan S, Walker SC, Jordan V, Azizian A, Garrick T. Longitudinal patterns of sexual recidivism by age over a 25-year follow-up in California. *Sex Offending*. 2022;17:e3667. doi:10.5964/sotrap.3667.
- ⁷ Burke L, Dawson K, Flack WF, O'Higgins S, Mclvor C, MacNeela P. Alcohol, drug use and experiences of sexual violence victimisation among first-year college students in Ireland. *Journal of Sexual Aggression*. 2025;31(1):67–84. doi:10.1080/13552600.2023.2216221.
- ⁸ Cagney J, Spencer C, Flor L, Herbert M, Khalil M, O'Connell E, et al. Prevalence of sexual violence against children and age at first exposure: a global analysis by location, age, and sex (1990–2023). *The Lancet*. 2025;405(10492):1817–1836. doi:10.1016/S0140-6736(25)00311-3.
- ⁹ Crane CA, Licata ML, Schlauch RC, Testa M, Easton CJ. The proximal effects of acute alcohol use on female aggression: a meta-analytic review. *Psychology of Addictive*

Behaviors. 2017;31(1):21–26. doi:10.1037/adb0000244.

¹⁰ Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2013;27(1):3–13. doi:10.1016/j.bpobgyn.2012.08.002.

¹¹ Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2008;23(66):39–52.

¹² Duque D, França M, Nascimento F, Santos A. Disparidades raciais da violência de gênero no Brasil. São Paulo: Núcleo de Estudos Raciais do Insper; 2024.

¹³ Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2017;56:65–81. doi:10.1016/j.cpr.2017.06.002.

¹⁴ Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira K, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29(5):889–898. doi:10.1590/S0102-311X2013000500008.

¹⁵ Fiorotti KF, Pedroso MR, Leite FM. Análise dos casos notificados de violência sexual contra a população adulta. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2022;35:eAPE01846. doi:10.37689/acta-ape/2022AO018466.

¹⁶ Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2025. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/27>

¹⁷ Garbin CA, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1879–1890. doi:10.1590/1413-81232015206.13442014.

¹⁸ Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34(11):e00172617. doi:10.1590/0102-311X00172617.

- ¹⁹ Giugliani C, Ruschel AE, Patuzzi GC, Silva MCB. *Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil: fatos e reflexões*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
- ²⁰ Jaffe AE, Brockdorf AN, Messman TL, Gratz KL, DiLillo D. Is the risk for sexual revictimization cumulative? A prospective examination. *Women's Health Issues*. 2023;33(2):208–214. doi:10.1016/j.whi.2022.11.007.
- ²¹ Krug EG, et al. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
- ²² MacDowell Santos C. Para uma abordagem interseccional da Lei Maria da Penha. In: *Uma década de Lei Maria da Penha: percursos, práticas e desafios*. 2017. p. 39–61.
- ²³ Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Moraes RM, Silva MMA, Malta DC. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23(Supl 1). doi:10.1590/1980-549720200007.supl.1.
- ²⁴ Melo CM, Soares MQ, Bevilacqua PD. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(9):3715–3728. doi:10.1590/1413-81232022279.07242022.
- ²⁵ Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, de Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(3):691–700. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gZtYwLDYSqtgp7wGTTXHw4z>
- ²⁶ Miranda JCB. A violência de gênero e étnico-racial e seus mecanismos de permanência. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(3):24146–24162. doi:10.34117/bjdv7n3-223.
- ²⁷ Mognetti B, Scipio FD, Abbadessa G, Carnino G, Canavese A, Castagna P, et al. Sexual violence and alcohol intake: a population-based explorative study in a northwestern Italian area. *Medicina*. 2023;59(12):2098. doi:10.3390/medicina59122098.

- ²⁸ Moreira GAR, Freitas KM, Cavalcanti LF, Vieira LJES, Silva RM. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018;16(3):1039–1055. doi:10.1590/1981-7746-sol00156.
- ²⁹ Neves SS, Valácio CC, Marcelino AB, Machado CJ. Violência sexual contra mulheres: evidências científicas sobre a notificação no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2025;25(9):e21165. doi:10.25248/reas.e21165.2025.
- ³⁰ Oliveira MR, Madeiro AP, Nascimento FF, Andrade JX, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Tendência e padrão espacial das notificações de estupro por parceiro íntimo contra mulheres no Nordeste do Brasil (2013–2022). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2024;27:e240030. doi:10.1590/1980-549720240030.2.
- ³¹ Pinto IV, Pimenta IS, Alves MB, Santos APD, Melo CM, Evangelista JG, et al. Descriptive study of reported cases of sexual violence and specialized care services in the state of Minas Gerais, Brazil, 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2023;32(2):e2022907. doi:10.1590/S2237-96222023000300002.en.
- ³² Rogers MM, Ali P, Thompson J, Ifayomi M. “Survive, learn to live with it... or not”: a narrative analysis of women's repeat victimization using a lifecourse perspective. *Social Science & Medicine*. 2023;338:116338. doi:10.1016/j.socscimed.2023.116338.
- ³³ Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*. 2001;(16):115–136.
- ³⁴ Salgado ABB, Macri Júnior JR. Raça e violência sexual: âmbito de aplicação da vitimodogmática? *Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*. 2018;7(12):47–65. doi:10.12957/cesp.2017.33020.
- ³⁵ Santarem MD, Marmontel M, Pereira NL, Vieira LB, Savaris RF. Epidemiological profile of the victims of sexual violence treated at a referral center in southern Brazil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2020;42(9):547–554. doi:10.1055/s-0040-1715577.
- ³⁶ Santos CA, Moura MAV, Orfão NH, Queiroz ABA, Parmeji-Ani EP, Paredes HDMT.

Violência sexual perpetrada na adolescência e fase adulta: análise dos casos notificados na capital de Rondônia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2022;26:e20210405. doi:10.1590/2177-9465-EAN-2021-0405en.

³⁷ Sardinha L, Stöckl H, Maheu-Giroux M, Meyer SR, García-Moreno C. Global prevalence of non-partner sexual violence against women. *Bulletin of the World Health Organization*. 2024;102(8):582–587. doi:10.2471/BLT.23.290420.

³⁸ Silva AVO, Mota GG, Rocha AO, Santos IN, Lages I, Barbosa EMS, Veríssimo AVR. Sexual violence perpetrated against black Brazilian women: an integrative review. *Revista Enfermagem UFPI*. 2023;12(1). doi:10.26694/reufpi.v12i1.4066.

³⁹ Soares GN, Fernandes MM, Cunha AMFK, Souza LPS. Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. *Revista Brasileira de Segurança Pública*. 2021;15(2):44–73.

⁴⁰ Sousa TCC, Coelho ASF, Mattos DV, Guimarães JV, Lima MRG, Costa PS, et al. Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2019;27(2):117–123. doi:10.1590/1414-462x201900020059.

⁴¹ Souza LT. Novos alcances para o conceito de violência no enfrentamento às violências cometidas contra as mulheres. In: *Anais do XXVIII Congresso Nacional do CONPEDI*; 2019; Belém, PA. Florianópolis: CONPEDI; 2019. p. 224–239.

⁴² Steele B, Martin M, Sciarra A, Melendez-Torres GJ, Degli Esposti M, Humphreys DK. The prevalence of sexual assault among higher education students: a systematic review with meta-analyses. *Trauma, Violence & Abuse*. 2024;25(3):1885–1898. doi:10.1177/15248380231196119.

⁴³ Stochero L, Pinto LW. Caracterização das notificações de violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais no Brasil, de 2011 a 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2024;27:e240059. doi:10.1590/1980-549720240059.

⁴⁴ Teixeira FF, Gomes BAP, Oliveira VVD, Leite RV. Acolhimento de vítimas de violência

sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. *Saúde e Sociedade*. 2023;32(3). doi:10.1590/s0104-12902023220253pt.

⁴⁵ Turquet L, Seck P, Azcona G, et al. *Progress of the world's women 2011–2012: in pursuit of justice*. Nova York: UN Women; 2012.

⁴⁶ Vasconcelos NM, Bernal RTI, Souza J, Bordoni PHC, Stein C, Coll CVN, et al. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2023 Set. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subnotificacao-de-violencia-contras-mulheres-uma-analise-de-duas-fontes-de-dados/18899>

⁴⁷ Vasconcelos NM, Andrade FMDD, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo contra mulheres adultas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24:e210020. doi:10.1590/1980-549720210020.supl.2.

⁴⁸ Viana VAO, Madeiro AP, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Temporal trend of sexual violence against adolescent women in Brazil, 2011–2018. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(6):2363–2371. doi:10.1590/1413-81232022276.14992021.

⁴⁹ Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: a meta-analytic review. *Trauma, Violence & Abuse*. 2019;20(1):67–80. doi:10.1177/1524838017692364.

⁵⁰ Weil A. Intimate partner violence: epidemiology and health consequences. *UpToDate*; 2024.

⁵¹ White C, Martin G, Schofield AM, Majeed-Ariss R. “I thought he was going to kill me”: analysis of 204 case files of adults reporting non-fatal strangulation as part of a sexual assault over a 3-year period. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2021;79:102128. doi:10.1016/j.jflm.2021.102128.

ANEXO I - FICHA SINAN DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	
	3 Data da notificação				
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/>				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/>	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5-Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca <input type="checkbox"/> 2-Preta <input type="checkbox"/> 3-Amarela <input type="checkbox"/> 4-Parda <input type="checkbox"/> 5-Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto <input type="checkbox"/> 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7-Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8-Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/>				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	19 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
Dados de Residência	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual <input type="checkbox"/> 2-Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3-Bissexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3-Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/> 1-Travesti <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual			
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Pessoa Atendida	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	
	48 Geo campo 4				
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado					

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-Deficiência 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"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <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 _____	
Violência Sexual	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 _____		
	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"/> Contracepção 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		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	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"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	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 da 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 da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da 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 <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	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			Sinan
SVS 15.06.2015			

ANEXO II - ARTIGO PUBLICADO PELA AUTORIA DA DISSERTAÇÃO



Violência sexual contra mulheres: evidências científicas sobre a notificação no Brasil

Sexual violence against women: scientific evidence on reporting in Brazil

Violencia sexual contra las mujeres: evidencias científicas sobre la notificación en Brasil

Sasha Souza Neves¹, Camilla Cosenza Valácio¹, Amanda Batista Marcelino¹, Carla Jorge Machado¹.

RESUMO

Objetivo: Identificar, descrever e analisar a produção científica nacional sobre a notificação dos casos de violência sexual contra mulheres no Brasil, destacando os principais perfis das vítimas, características dos agressores, contextos da violência e os desafios enfrentados nos serviços de saúde para o registro adequado dessas ocorrências. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca realizada na base SciELO, em maio de 2025, utilizando os descritores “Violência Sexual” AND “Notificação” AND “Mulheres”. Foram incluídos artigos em português e inglês, com acesso gratuito, publicados entre 2018 e 2023. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão, nove artigos foram selecionados para análise. **Resultados:** Os estudos revelam que as vítimas mais notificadas são adolescentes, gestantes e mulheres negras, com baixa escolaridade. Os agressores são majoritariamente homens conhecidos das vítimas, e a residência é o local mais frequente da agressão. A subnotificação persiste como grave obstáculo, associada à fragilidade dos fluxos de atendimento, falta de capacitação profissional e desigualdade regional. **Considerações finais:** A revisão evidencia a importância da notificação como ferramenta estratégica de enfrentamento, mas aponta limitações estruturais nos serviços. Investir em formação e protocolos integrados é essencial para romper o ciclo de invisibilidade da violência sexual.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Monitoramento epidemiológico, Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify, describe, and analyze the national scientific production on the reporting of sexual violence against women in Brazil, highlighting the main victim profiles, characteristics of the perpetrators, contexts of violence, and challenges faced by health services in properly registering these occurrences. **Methods:** This is an integrative literature review, with a search conducted in the SciELO database in May 2025, using the descriptors “Sexual Violence” AND “Reporting” AND “Women.” Articles published in Portuguese and English, with free and full access, between 2018 and 2023 were included. After applying eligibility and exclusion criteria, nine articles were selected for analysis. **Results:** The studies reveal that the most frequently reported victims are adolescents, pregnant women, and Black women with low education levels. The perpetrators are mostly men known to the victims, and the home is the most frequent setting for the assault. Underreporting remains a major barrier, associated with weak care pathways, lack of professional training, and regional disparities. **Conclusion:** The review highlights the importance of reporting as a strategic tool for tackling violence but points out structural limitations in services. Investing in training and integrated protocols is essential to break the cycle of invisibility surrounding sexual violence.

Keywords: Violence against women, Epidemiological surveillance, Quality of health care.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG.

RESUMEN

Objetivo: Identificar, describir y analizar la producción científica nacional sobre la notificación de los casos de violencia sexual contra mujeres en Brasil, destacando los principales perfiles de las víctimas, características de los agresores, contextos de la violencia y los desafíos enfrentados por los servicios de salud para el registro adecuado de estas situaciones. **Métodos:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, con búsqueda realizada en la base SciELO en mayo de 2025, utilizando los descriptores “Violencia Sexual” AND “Notificación” AND “Mujeres”. Se incluyeron artículos en portugués e inglés, de acceso gratuito e integral, publicados entre 2018 y 2023. Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad y exclusión, se seleccionaron nueve artículos para el análisis. **Resultados:** Los estudios revelan que las víctimas más notificadas son adolescentes, mujeres embarazadas y mujeres negras con bajo nivel educativo. Los agresores son en su mayoría hombres conocidos por las víctimas, y el hogar es el lugar más frecuente de la agresión. La subnotificación persiste como un obstáculo grave, asociada a la fragilidad de los flujos de atención, falta de capacitación profesional y desigualdad regional. **Conclusión:** La revisión evidencia la importancia de la notificación como herramienta estratégica de enfrentamiento, pero señala limitaciones estructurales en los servicios. Invertir en formación y en protocolos integrados es esencial para romper el ciclo de invisibilización de la violencia sexual.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Vigilancia epidemiológica, Calidad de la atención en salud.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define a violência contra a mulher como qualquer ação ou conduta baseada no gênero que cause dano físico, sexual ou psicológico, ocorrida no âmbito público ou privado (VASCONCELOS NMV, et al., 2024). Trata-se de uma grave violação dos direitos humanos e de um persistente problema de saúde pública, cujas repercussões impactam de forma profunda e prolongada a saúde física, mental, sexual e reprodutiva de suas vítimas (OLIVEIRA MR, et al., 2024; VASCONCELOS NMV, et al., 2024; LEITE FMC, et al., 2023). No Brasil, a violência sexual contra mulheres apresenta-se de forma recorrente e alarmante, atingindo, em especial, adolescentes, gestantes e mulheres em contextos de maior vulnerabilidade social (SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021).

O estupro é a forma mais comum de violência sexual notificada, e os episódios ocorrem mais frequentemente dentro da residência da vítima, tendo como agressores pessoas conhecidas, como parceiros íntimos, ex-companheiros ou familiares (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; SANTOS CA, et al., 2022; SILVA NB, et al., 2021). Cabe destacar a adolescência e o período gestacional como fases de especial vulnerabilidade, marcadas por transformações físicas, emocionais e contextuais que podem favorecer a perpetuação do ciclo da violência (VIANA VAO, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022). Além dos impactos imediatos à integridade física e emocional da mulher, as consequências da violência sexual incluem desfechos negativos de longo prazo, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso abusivo de substâncias psicoativas, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis e risco aumentado de suicídio (MASON, F e LODRICK Z, 2013). Esses efeitos, muitas vezes invisibilizados, repercutem diretamente nos indicadores de morbimortalidade feminina e na capacidade de as vítimas retomarem suas trajetórias pessoais, sociais e profissionais.

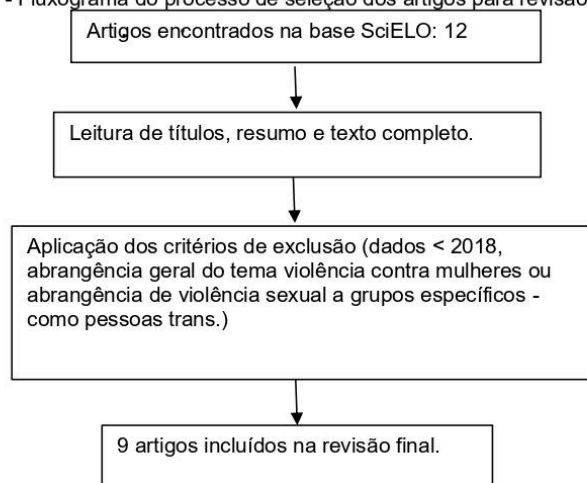
Diante desse cenário, a notificação dos casos de violência sexual constitui um instrumento estratégico fundamental para dar visibilidade ao problema, subsidiar políticas públicas, articular redes de atenção e integrar os serviços de saúde com os setores da justiça e assistência social (LEITE FMC, et al., 2025). Apesar da existência de marcos normativos, como a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), e da obrigatoriedade da notificação compulsória desde 2011 (VASCONCELOS NMV, et al., 2024), os dados disponíveis ainda não refletem a real magnitude do fenômeno. Estima-se que 89,4% dos casos de violência sexual contra mulheres no país não sejam registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), revelando um cenário crítico de subnotificação (VASCONCELOS NMV, et al., 2024).

Adicionalmente, há desigualdade na distribuição das notificações entre regiões, com subdimensionamento particularmente preocupante em localidades como a Região Norte (SANTOS CA, et al., 2022). A formação limitada de profissionais de saúde, somada à precariedade dos fluxos de atendimento e à falta de sensibilidade para a escuta qualificada, compromete o reconhecimento e o registro adequado dos casos (VASCONCELOS NMV, et al., 2024). Nesse contexto, fortalecer os sistemas de vigilância epidemiológica e ampliar o acesso a serviços de saúde com abordagem humanizada e resolutiva é necessário para garantir a proteção e a integridade das mulheres em situação de violência. Tais fragilidades revelam uma estrutura de atenção ainda despreparada para lidar com a complexidade da violência sexual, que demanda não apenas respostas clínicas, mas também acolhimento ético, escuta ativa e suporte intersetorial. É relevante citar ainda que a cultura de silêncio e culpabilização da vítima, presente em diversos contextos sociais e institucionais, contribui para a invisibilidade do fenômeno e para uma traumatização ainda maior das mulheres que buscam atendimento.

Sendo assim, este estudo tem como objetivo identificar, descrever e analisar a produção científica nacional sobre a notificação dos casos de violência sexual contra mulheres no Brasil. Também busca destacar os principais perfis das vítimas, características dos agressores, contextos da violência e os desafios enfrentados nos serviços de saúde para o registro adequado dessas ocorrências.

MÉTODOS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão integrativa.



Fonte: Neves SS, et al., 2025.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura, elaborada a partir da pergunta norteadora: "Quais são as características e os desafios da notificação dos casos de violência sexual contra mulheres no Brasil, segundo a literatura científica?" A escolha desse método se justifica por sua abrangência metodológica e pela possibilidade de reunir, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre o tema que já foram publicadas, contribuindo para a compreensão do fenômeno e para a formulação de propostas no campo da saúde pública. Além disso, a revisão integrativa permite integrar diferentes abordagens e metodologias, favorecendo uma análise crítica mais ampla da produção científica existente.

As buscas foram realizadas em maio de 2025, na base de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), utilizando-se os descritores controlados extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Violência Sexual" AND "Notificação" AND "Mulheres". Foram considerados elegíveis artigos publicados em português e inglês, com acesso gratuito e integral, nos últimos seis anos (2018–2023), que incluíssem

revisões, metanálises e estudos originais. A delimitação temporal visou garantir a atualidade dos achados e a pertinência dos dados frente às transformações recentes nas políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero.

Na etapa de triagem, foram aplicados critérios de exclusão para garantir maior aderência ao foco da revisão. Assim, os artigos que abordavam exclusivamente a violência sexual contra pessoas trans, que utilizavam dados anteriores a 2018, ou que tratavam da violência contra a mulher de forma ampla, sem especificidade para a violência sexual, foram excluídos. Também foram desconsiderados estudos duplicados, editoriais, relatos de caso e artigos que não apresentavam vínculo claro com o processo de notificação em saúde.

Após a leitura dos títulos, resumos e, posteriormente, do conteúdo completo, nove artigos atenderam aos critérios estabelecidos, por abordarem a violência sexual contra mulheres como objeto de análise, apresentarem dados atualizados e contemplarem, ainda que parcialmente, o processo de notificação no contexto brasileiro.

Quadro 1 - Artigos excluídos com base nos critérios citados.

Principais achados	Autores (Ano)
Notificações de violência (auto e interpessoal) entre pessoas trans diminuíram em 1,7% ao ano, mas houve aumento de notificantes municipais (+45,8%) e de casos de violência sexual e autoprovocada.	NETO KRE, et al. (2024)
Caracterizou casos em Rio Branco (AC) entre 2011–2016; alta vulnerabilidade de adolescentes; prevalência de estupro em jovens e gestantes; possível relação com gravidez na adolescência.	CARGININ JSS, et al. (2021)
A maioria das notificações de violência íntima envolvia parceiros; identificou fatores associados (idade, escolaridade, gravidez, local da agressão e consumo de álcool); mostrou predominância de violência física e psicológica.	MASCARENHAS MDM, et al. (2020)

Fonte: Neves SS, et al., 2025.

Quadro 2 - Artigos selecionados para a revisão.

Principais achados	Autores (Ano)
Analisa a distribuição geográfica das notificações e destaca a violência por parceiro íntimo como a mais comum. Identifica maior subnotificação nas regiões Norte e Nordeste.	OLIVEIRA MR, et al. (2024)
Estima que 89,4% dos casos de violência sexual contra mulheres não são notificados. Atribui a subnotificação ao despreparo dos profissionais e à fragilidade dos fluxos de notificação.	VASCONCELOS NMV, et al. (2024)
Mostra predominância da violência física e sexual em áreas rurais, com agressões ocorrendo majoritariamente na residência da vítima e praticadas por parceiros íntimos. Observa queda nas notificações em 2020, possivelmente associada à pandemia.	STOCHERO L e PINTO LW (2024)
Reforça a importância da notificação como instrumento de visibilidade e gestão. Defende a integração entre saúde, justiça e assistência social para garantir proteção efetiva às vítimas.	LEITE FMC, et al. (2023)
Aponta que unidades especializadas garantem maior acesso aos procedimentos adequados no atendimento pós-violência. Observa que, mesmo nelas, a realização do aborto legal continua limitada. Reforça a importância da estrutura e capacitação dos serviços.	MELO CM, et al. (2022)
Identifica adolescentes de 10 a 14 anos como principais vítimas de violência sexual. A maioria dos casos ocorreu em casa, com agressores conhecidos e episódios recorrentes.	VIANA VAO, et al. (2022)
Avalia a oferta de cuidados pós-agressão. Verifica que coleta de vestígios, profilaxia para IST/HIV e contracepção de emergência foram realizados de forma incompleta, indicando falhas na aplicação dos protocolos recomendados.	SANTOS CA, et al. (2022)
Aponta a gestação e a adolescência como fases de elevada vulnerabilidade à violência sexual. Destaca os riscos à saúde materno-fetal e a ausência de rede articulada de proteção.	COLONESE CF e PINTO LW. (2022)
Análise das notificações de violência sexual em gestantes revela que 85,4% dos casos envolveram estupro, mas apenas 39% das vítimas acessaram o aborto legal. O estudo aponta falhas no acolhimento e nas condutas clínicas dos serviços de saúde.	SILVA NB, et al. (2021)

Fonte: Neves SS, et al., 2025.

RESULTADOS

A análise dos nove artigos selecionados evidenciou um conjunto de padrões recorrentes em relação ao perfil das vítimas, aos agressores, aos contextos da violência sexual e aos desafios enfrentados nos processos de notificação no Brasil.

As vítimas notificadas de violência sexual eram, em sua maioria, adolescentes de 10 a 14 anos (VIANA VAO, et al., 2022) e mulheres jovens entre 18 e 29 anos (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; COLONESE CF e PINTO LW, 2022), de raça/cor parda ou preta (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; VIANA VAO, et al., 2022; SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021), com baixa escolaridade (até o ensino fundamental incompleto) (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; VIANA VAO, et al., 2022; SANTOS CA et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022), e frequentemente solteiras ou em união estável (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021). Um grupo particularmente vulnerável foi o das gestantes, que apresentaram alta incidência de violência física, psicológica e sexual durante o pré-natal (COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021).

A residência da vítima foi o principal local de ocorrência das agressões na maioria dos estudos analisados (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; VIANA VAO, et al., 2022; SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022). A reincidência da violência também se destacou, especialmente entre adolescentes e mulheres rurais (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; VIANA VAO, et al., 2022; SANTOS CA, et al., 2022).

Quanto aos agressores, a maioria era composta por homens adultos, sendo o parceiro íntimo (companheiro, cônjuge ou ex) o principal autor em diversos casos (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021). No caso das adolescentes, os autores eram frequentemente amigos ou conhecidos (VIANA VAO, et al., 2022), enquanto nas áreas rurais observou-se maior proporção de agressores desconhecidos em casos de violência sexual (STOCHERO L e PINTO LW, 2024).

Em termos de tipos de violência, o estupro foi a forma predominante de agressão sexual relatada (SANTOS CA, et al., 2022; SILVA NB, et al., 2021), e muitas vezes esteve acompanhado de violência física e psicológica (SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022). A violência sexual durante a gestação foi notável em São Paulo, onde 85,4% dos casos notificados incluíram estupro, sendo que 39% das vítimas realizaram aborto legal (SILVA NB, et al., 2021).

A análise temporal indicou tendência de crescimento nas notificações em todas as regiões do país entre 2011 e 2018 (VIANA VAO, et al., 2022), com destaque para os maiores aumentos percentuais nas regiões Sudeste e Sul. No caso das mulheres em áreas rurais, a tendência de crescimento se manteve de 2011 a 2020, com variações regionais e queda pontual em 2020, no contexto da pandemia da COVID-19 (STOCHERO L e PINTO LW, 2024).

Em relação aos procedimentos pós-agressão realizados nos serviços de saúde, os estudos apontam limitações na resolutividade e capacidade de atingir as vítimas. Muitos atendimentos ocorreram em unidades não especializadas, o que compromete a oferta de cuidados integrais e humanizados (SANTOS CA, et al., 2022). A coleta de material biológico (63,1%), a profilaxia para IST/HIV (44,5%) e a contracepção de emergência (28,4%) foram oferecidas de forma desigual, indicando falhas na implementação dos protocolos recomendados (SANTOS CA, et al., 2022). Além disso, apesar da elevada proporção de casos de estupro, a realização do aborto legal ocorreu em menos da metade das vítimas gestantes elegíveis (39%) (SILVA NB, et al., 2021). Também se observou desigualdade regional no acesso aos procedimentos, bem como subnotificação ou ausência de registro nas fichas do SINAN sobre as ações realizadas, dificultando o monitoramento e a avaliação dos serviços (SANTOS CA, et al., 2022). Essas falhas revelam a necessidade de qualificação da assistência e do registro sistemático das intervenções nos casos de violência sexual.

DISCUSSÃO

Estudos revelam a violência sexual contra mulheres como um fenômeno estrutural e multifacetado, atravessado por marcadores sociais como gênero, raça, idade, classe social e território. A presente revisão de literatura corrobora esses trabalhos anteriores, pois os achados indicam que, embora o Brasil conte com legislação avançada e sistemas de informação como o SINAN, persistem lacunas tanto na identificação quanto na notificação dos casos, o que compromete o enfrentamento efetivo do problema.

Os dados revisados evidenciam que as vítimas notificadas se concentram principalmente entre adolescentes de 10 a 14 anos, gestantes jovens e mulheres negras ou pardas com baixa escolaridade, residentes em áreas urbanas periféricas e zonas rurais. Esses achados confirmam que a violência sexual afeta de forma mais acentuada mulheres que já enfrentam outras vulnerabilidades, como baixa escolaridade, raça/cor parda ou preta, e situação de pobreza. No caso das adolescentes, a maior exposição à violência está relacionada não apenas à idade, mas também à dependência econômica, à falta de informação e ao medo de denunciar, especialmente quando o agressor é alguém próximo da família. Esses fatores dificultam o acesso aos serviços de saúde e à proteção adequada (STOCHERO L e PINTO LW, 2024; VIANA VAO, et al., 2022; SANTOS CA, et al., 2022; COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021).

Esse conjunto de vulnerabilidades remete ao conceito de interseccionalidade, proposto por Kimberlé Crenshaw, que destaca como diferentes marcadores sociais (gênero, raça, classe, idade e território) se entrecruzam e produzem formas específicas de opressão. Aplicado ao contexto da violência sexual, a teoria permite compreender que esses fatores não atuam isoladamente, mas se potencializam, tornando determinadas populações mais expostas ao risco e com menos acesso à proteção e ao cuidado.

A gestação se apresenta como um período de maior vulnerabilidade para a violência sexual, principalmente entre mulheres que vivem em regiões periféricas e áreas rurais, onde o pré-natal pode ser o único momento de contato com os serviços de saúde (COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021). Apesar disso, os estudos mostram falhas importantes no atendimento: em um deles, 85,4% das gestantes sofreram estupro, mas apenas 39% tiveram acesso ao aborto legal (SILVA NB, et al., 2021; COLONESE CF e PINTO LW, 2022). Essas informações mostram que, além de possíveis barreiras legais ou culturais, ainda há deficiência na estrutura dos serviços de saúde para garantir os direitos reprodutivos dessas mulheres. Além disso, nesse contexto a violência pode comprometer não só a saúde da mulher, mas também a do futuro conceito, com risco de complicações como aborto, parto prematuro e depressão (COLONESE CF e PINTO LW, 2022; SILVA NB, et al., 2021). Ou seja, trata-se de um fenômeno que extrapola o âmbito individual e compromete dinâmicas familiares, comunitárias e institucionais, reforçando assim desigualdades estruturais e exigindo uma resposta articulada entre saúde, justiça e políticas sociais.

É importante destacar que a maioria dos profissionais de saúde ainda possui formação limitada sobre violência sexual, especialmente no que se refere à escuta qualificada, aos direitos das vítimas e à condução adequada da notificação (MOREIRA GAR, et al., 2018). Tal lacuna na formação acadêmica e na educação permanente dificulta o reconhecimento da violência como demanda clínica e compromete o cumprimento de protocolos, mesmo nas unidades especializadas. Cabe ressaltar também que a responsabilidade ética e legal do profissional de saúde diante desses casos é inquestionável. O Código de Ética Médica, por exemplo, determina que é dever do médico proteger a dignidade humana e denunciar situações de violência. A omissão na notificação pode configurar negligência, além de perpetuar o sofrimento da vítima e a impunidade do agressor.

No que se refere aos procedimentos pós-agressão, os artigos apontam um quadro de atenção fragmentada e desigual. Em muitos casos, os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde não são integralmente aplicados, especialmente nas unidades não especializadas. A coleta de vestígios biológicos, essencial para fins legais, ocorreu em apenas 63,1% das vítimas; a profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis foi administrada a 44,5%, e a contracepção de emergência, a apenas 28,4% (SANTOS CA, et al., 2022). Tais dados denunciam não apenas a fragilidade da resposta institucional, mas também o desconhecimento ou despreparo das equipes de saúde, que muitas vezes não reconhecem a violência como

demanda clínica prioritária, como identificado por alguns estudos (VASCONCELOS NMV, et al., 2024; LEITE FMC, et al., 2025). Sendo assim, é fundamental investir na capacitação de equipes multiprofissionais, com ênfase em abordagem humanizada, princípios de bioética e direitos sexuais e reprodutivos.

Outro ponto crítico identificado é a subnotificação sistemática. Apesar da notificação ser compulsória desde 2011, estima-se que cerca de 89,4% dos casos não são registrados no SINAN (VASCONCELOS NMV, et al., 2024), seja por omissão, falha no preenchimento, medo de exposição da vítima ou desconhecimento da norma. A persistência dessa subnotificação acaba por comprometer tanto o dimensionamento do problema quanto o planejamento de políticas públicas baseadas em evidências.

Embora se observe uma tendência de crescimento nas taxas de notificação em todas as regiões do país (VIANA VAO, et al., 2022), isso pode refletir mais a melhoria nos sistemas de vigilância e a maior sensibilidade dos profissionais do que um real aumento da violência. No entanto, a violência sexual segue ocorrendo de forma endêmica, silenciosa e invisibilizada – especialmente nos territórios rurais, onde o isolamento geográfico, a baixa presença do Estado e a naturalização da violência dificultam o acesso a cuidados e a denúncia formal (STOCHERO L e PINTO LW, 2024). Além disso, a dificuldade de fixação de profissionais de saúde em áreas remotas – frequentemente marcadas por infraestrutura precária, escassez de recursos, insegurança profissional e ausência de apoio institucional – resulta em alta rotatividade de equipes e descontinuidade nos atendimentos. Consequentemente, fica comprometido não apenas o cuidado integral às vítimas, mas também a identificação e a notificação sistemática dos casos de violência sexual. Essa problemática tem sido reconhecida em políticas públicas como o Programa Médicos pelo Brasil, que busca induzir a alocação e permanência de profissionais em regiões de difícil provimento, visando à equidade no acesso à saúde (NETO AJDM e SILVA DBD, 2019).

Cabe destacar ainda o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como espaço estratégico para o enfrentamento da violência sexual (SILVA NB, et al., 2015). Equipes da Estratégia Saúde da Família, quando devidamente capacitadas, podem identificar sinais precoces, oferecer acolhimento contínuo e romper ciclos de violência. No entanto, a sobrecarga assistencial, a escassez de apoio matricial e a falta de preparo específico comprometem a efetividade dessa atuação.

Adicionalmente, chama atenção a ausência de dados específicos sobre grupos ainda mais vulnerabilizados, como mulheres indígenas, mulheres com deficiência, mulheres privadas de liberdade e profissionais do sexo. A invisibilidade dessas populações nos sistemas de notificação reforça a urgência de abordagens interseccionais e de investimentos em vigilância ativa, capacitação permanente e protocolos sensíveis às múltiplas dimensões da desigualdade.

Assim, a notificação deve ser compreendida não apenas como obrigação legal, mas como instrumento de cuidado, cidadania e reparação. Seu fortalecimento depende de uma atuação integrada entre saúde, assistência social, segurança pública e sistema de justiça. Para tanto, é imprescindível superar a lógica burocrática e implementar fluxos acolhedores, sigilosos e eficazes, que garantam às vítimas o acesso a todos os seus direitos, inclusive o de interromper uma gestação resultante de estupro ou de buscar justiça contra seu agressor. Estudos como os de Leite FMC, et al. (2025) e Vasconcelos NMV, et al. (2024) reforçam que o fortalecimento da notificação exige não apenas normas legais, mas também o compromisso institucional com ações intersetoriais, protocolos humanizados e garantia plena dos direitos das vítimas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica nacional evidencia que a violência sexual contra mulheres permanece como um grave problema de saúde pública e de direitos humanos no Brasil, com impacto desproporcional sobre adolescentes, gestantes, mulheres negras, de baixa escolaridade e residentes em áreas periféricas e rurais. Embora o país disponha de um arcabouço legal robusto e de sistemas de informação como o SINAN, a persistente subnotificação revela falhas estruturais nos processos de acolhimento, registro e resposta institucional. Os dados indicam que a maioria das vítimas é atendida em unidades não especializadas, onde os protocolos de atenção pós-agressão são frequentemente negligenciados, comprometendo não apenas a

saúde integral das mulheres, mas também o acesso a direitos fundamentais, como o aborto legal e a justiça. A escassez de registros sobre procedimentos realizados, bem como a desigualdade regional no acesso à assistência, demonstra a fragilidade da articulação entre os setores de saúde, justiça e assistência social. Dessa forma, a notificação compulsória deve ser compreendida não apenas como um dever legal, mas como uma ferramenta estratégica de visibilização do fenômeno da violência, monitoramento epidemiológico e construção de políticas públicas intersetoriais. Para que haja melhoria do cenário supracitado, é necessário o fortalecimento dos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica (NHVE), a inclusão de conteúdos sobre violência de gênero e notificação nos currículos de graduação e pós-graduação na área da saúde, a criação de metas pactuadas entre entes federativos para redução da subnotificação e o desenvolvimento de protocolos específicos para populações vulnerabilizadas. Somente com ações desse porte — coordenadas e sensíveis às múltiplas dimensões da desigualdade — será possível interromper o silenciamento histórico da violência sexual, garantir o cuidado integral às vítimas e enfrentar de forma efetiva esse agravo no país.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MS, et al. Atenção integral às mulheres vítimas de violência sexual: análise da oferta em serviços especializados. *Revista Saúde em Debate*, 2019; 43(122): 89-101.
2. ANDRADE LC, et al. Atendimento humanizado a mulheres vítimas de violência sexual: percepções de profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE*, 2020; 14(4): 1158-1166.
3. CARVALHO JO, et al. Notificação e registro da violência contra a mulher em serviços públicos de saúde: estudo de caso em São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2019; 27: e3131.
4. COLONESE CF, PINTO LW. Analysis of reports of violence against pregnant women in Brazil in the period from 2011 to 2018. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2022; 31: e20210180.
5. DE MELO NETO AJ, DA SILVA BARRETO D. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade?. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2019; 14(41): 2162-2162.
6. FREITAS KO, et al. Formação profissional em saúde para o enfrentamento da violência sexual: uma revisão sistemática. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(4): 1391-1402.
7. LEITE FMC, et al. Violência sexual contra mulheres: uma análise das notificações no Espírito Santo, Brasil. *Escola Anna Nery*, 2023; 27: e20220288.
8. LIMA APS, et al. Violência sexual contra mulheres na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72(1): 254-263.
9. MASON F, LODRICK Z. Psychological consequences of sexual assault. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013; 29(10): 2105-2118.
10. MELO CM, et al. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. *Ciência & saúde coletiva*, 2022; 27: 3715-3728.
11. MOREIRA GAR, et al. Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. *Trabalhos em Educação e Saúde*, 2018; 16(3): 1.039-1.055.
12. OLIVEIRA MR, et al. Trend and spatial pattern of intimate partner rape notifications against women in Northeast Brazil (2013-2022). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2024; 27: e240030.
13. PEREIRA JMS, SILVA RM. A subnotificação da violência contra a mulher na rede de saúde pública: desafios para o enfrentamento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2019; 19(2): 505-514.
14. SANTOS CA, et al. Violência sexual perpetrada na adolescência e fase adulta: análise dos casos notificados na capital de Rondônia. *Escola Anna Nery*, 2022; 26: e20210405.
15. SILVA CD, et al. Representação social da violência doméstica contra a mulher entre técnicos de enfermagem e agentes comunitários. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2015; 49(1): 22-29.
16. SILVA NB, et al. Intimate partner violence against pregnant women: sociodemographic profile and characteristics of the aggressions. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2021; 42: e20200394.
17. SOUZA CN, et al. Notificação de violência contra a mulher em serviços de saúde do Brasil: desafios e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(9): e00123419.
18. STOCHERO L, PINTO LW. Characterization of notifications of violence against women living in rural contexts in Brazil from 2011 to 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2024; 27: e240059.
19. VASCONCELOS NM, et al. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2024; 29: e07732023.
20. VIANA VAO, et al. Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27: 2363-2371.