

VIOLÊNCIA SEXUAL E ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL DO SUL DO BRASIL

SEXUAL VIOLENCE AND ADHERENCE TO THE PROTOCOL OF ATTENDANCE OF A SOUTH BRAZIL HOSPITAL

VIOLENCIA SEXUAL Y LA ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE ATENDIMIENTO DEL HOSPITAL DEL SUR DE BRASIL

Maria Gabrielle Ribeiro¹ (<https://orcid.org/0000-0002-5392-128X>)

Fabiana Schuelter-Trevisol¹ (<https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>)

Descritores

Antirretrovirais; Notificação de doenças; Serviços de saúde; Violência sexual

Descriptors

Anti-retroviral agents; Disease notification; Health services; Sexual violence

Descriptores

Antirretrovirales; Notificación de enfermedades; Servicios de salud; Violencia sexual

Recebido

6 de Julho de 2020

Aceito

18 de Fevereiro de 2021

Conflitos de interesse

este artigo é derivado da dissertação de mestrado intitulada "Violência sexual e os fatores associados à adesão ao protocolo de atendimento de um Hospital do Sul do Brasil", defendida por Maria Gabrielle Ribeiro ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, em 26 de agosto de 2019.

Autor correspondente

Maria Gabrielle Ribeiro
E-mail: gaby_mgr@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever os casos de violência sexual, identificar as características sociodemográficas das vítimas e da agressão, verificar a adesão à quimioprofilaxia e a realização de coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017.

Métodos: Delineamento de coorte histórica em que foram analisadas as fichas de notificação compulsória e dados do prontuário, entre janeiro de 2007 a dezembro 2017.

Resultados: No período, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual. A mediana de idade das vítimas foi de 14 (IQR 12,25), variando de 1 a 78 anos. Houve predomínio de notificações entre mulheres (84,7%), raça branca (83,9%), escolaridade de 0 a 8 anos de estudo (43,2%), solteira (63,6%). Identificou-se um caso reagente para sífilis, e somente 5,9% tiveram adesão ao seguimento proposto.

Conclusão: A baixa adesão ao protocolo de atendimento aumenta os riscos à saúde e chance de sequelas pelo agravo, sendo necessária outras estratégias dos serviços para ações de continuidade das ações profiláticas e terapêuticas.

ABSTRACT

Objective: Describe the cases of sexual violence, identify the sociodemographic characteristics of the victims and the aggression, verify adherence to chemoprophylaxis and the performance of serological collections at a General Hospital in Southern Brazil, from January 2007 to December 2017.

Methods: A historical cohort study in which compulsory notification forms and medical record data were analyzed from January 2007 to December 2017.

Results: During the years of the study, 118 people looked for a hospital care for sexual violence. The average age of the reported victims was 14 (IQ 12.25), ranging from 1 to 78 years of age. The reports were predominant among women (84.7%), white race (83.9%), low education with 0-8 years of schooling (43.2%), single (63.6%). A reactive case for syphilis was identified, and only 5.9% adhered to the proposed follow-up.

Conclusion: The low adherence to the protocol of care increases the health risks and chance of sequel by the injury, requiring other strategies of the services for continuity of prophylactic and therapeutic actions.

RESUMEN

Objetivo: Describir los casos de violencia sexual, identifique las características sociodemográficas de las víctimas y la agresión, verifique la adhesión a la quimioprofilaxis y la realización de colectas serológicas en un Hospital General del Sur de Brasil, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2017.

Métodos: Delineamiento de corte histórica en que fueron analizadas las fichas de notificación compulsoria y de datos del prontuario, entre enero de 2007 a diciembre de 2017.

Resultados: En el periodo, 118 personas buscaron atendimento hospitalario por violencia sexual. La media de edad de las víctimas fue de 14 (IQR 12.25), variando de 1 a 78 años. Hubo predominio de notificaciones entre mujeres (84.7%) raza blanca (83.9%), escolaridad de 0 a 8 años de estudio (43.2%), soltera (63.6%). Se identificó un caso positivo de sífilis y solamente 5.9% tuvieron adhesión al seguimiento propuesto.

Conclusión: la baja adhesión al protocolo de atendimento aumenta los riesgos a la salud y la chance de sequelas pelo agravamiento, siendo necesaria otras estrategias de los servicios para acciones de continuidad de las acciones profiláticas y terapéuticas.

¹Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

Como citar:

Ribeiro MG, Schuelter-Trevisol F. Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um hospital do sul do Brasil. *Enferm Foco*. 2021;12(2):312-8.

DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4140

INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno de difícil compreensão, multifatorial, que produz consequências traumáticas relacionadas ao bem-estar físico e mental de quem sofre com esta agressão.^(1,2) Entre as consequências deste tipo de violência, incluem-se gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST).⁽¹⁾

No campo da saúde, a violência sexual contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas vem sendo discutida e faz parte de uma luta incessante para acabar com este tipo de agravo.⁽³⁾ O atendimento às vítimas de violências faz parte das ações dos serviços de saúde, sendo obrigatório na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando o atendimento, os cuidados quimioprofiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social.⁽⁴⁾

Com vistas à prevenção para o desenvolvimento de IST, o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, implantado pelo Ministério da Saúde (MS), diz respeito a um conjunto de procedimentos oferecidos pelo SUS. Faz parte deste protocolo de atendimento a avaliação clínica da condição sorológica da pessoa exposta, investigação da ocorrência da exposição, quimioprofilaxia, notificação compulsória, anticoncepção de emergência, tratamento dos agravos resultantes da agressão, acompanhamento por até seis meses da ocorrência e encaminhamento para redes de especialidades de acordo com a necessidade.^(1,5,6)

A adesão ao protocolo de atendimento nos casos de violência sexual consiste na utilização correta do antirretroviral (ARV), respeitando as doses, horários e outras indicações. A adesão também é um processo colaborativo das pessoas em tratamento, em que se deve seguir as orientações propostas, pressupondo a participação do indivíduo nas decisões sobre a terapia.⁽⁷⁾ Devido a longevidade do cuidado, o acompanhamento é considerado um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, que não depende somente da atuação profissional, mas da adesão das vítimas.⁽⁷⁾

Supõe-se que ainda há falhas na interação entre a vítima de violência sexual e os profissionais que compõem a rede de atendimento, constituindo em uma barreira para conclusão do seguimento ambulatorial. Neste contexto, este estudo pretendeu descrever os casos de violência sexual, identificar as características sociodemográficas das vítimas e da agressão, verificar a adesão à quimioprofilaxia e a realização de coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017.

MÉTODOS

Foi realizado estudo com delineamento de coorte histórica.

O estudo foi realizado em um Hospital Geral, localizado na Região Sul do Brasil. O hospital é classificado como uma instituição privada de caráter filantrópico que atende o Sistema Único de Saúde (SUS), saúde complementar e particulares. O local do estudo é um hospital de grande porte e de atendimento geral, sendo referência em ortopedia e traumatologia, neurocirurgia, cardiovascular, gestante de alto risco e centro de terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal.

A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violência sexual, que procuraram o serviço hospitalar para atendimento e cujo ato foi notificado, pelo preenchimento da ficha de notificação individual, no agravo classificado como vítima de violência interpessoal e auto-provocada, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017. O período foi escolhido devido à implantação do núcleo de vigilância no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no ano de 2007.

Os critérios de inclusão foram fichas de notificação compulsória das vítimas de violência sexual, no período entre 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017, armazenadas no SCIH de um Hospital Geral do Sul do Brasil. A amostra foi do tipo censo. Foram excluídas do estudo as fichas de notificação que após análise não foram caracterizadas como violência sexual.

Os dados foram coletados conforme formulário semiestruturado e com base no prontuário eletrônico dos pacientes com acesso ao sistema de informação Tasy®, e pelas fichas de notificação armazenadas no SCIH. Os casos foram as vítimas de violência sexual. A coleta de dados foi realizada mediante revisão das fichas de notificação classificadas como vítima de violência que são armazenadas sob a responsabilidade do SCIH, setor este que tem por objetivo fazer o controle de infecção dentro da unidade hospitalar. Estas fichas foram revisadas individualmente e incluídos dados complementares a partir do prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico foi consultado para verificação dos resultados das sorologias e o acompanhamento de seis meses, com adesão ao protocolo de atendimento em casos de violência sexual.

As variáveis independentes analisadas foram: data da ocorrência, idade, sexo, gestação, raça, escolaridade, situação conjugal, presença de deficiência/transtorno, município de ocorrência, zona de ocorrência, local de ocorrência, outras ocorrências de violência sexual, qual tipo de violência sexual, procedimento realizado, número de envolvidos, vínculo ou grau de parentesco do agressor, sexo do autor, suspeito em uso de álcool e ciclo de vida do provável suspeito; as variáveis dependentes foram: encaminhamentos

para serviços de referências, resultados das sorologias, adesão ao protocolo de atendimento. O atendimento às vítimas de violência sexual, se dá em quatro momentos específicos: primeiro atendimento após ocorrido a violência sexual, retorno após seis semanas, após três meses e após seis meses para realização de coletas sorológicas.

Os dados coletados foram digitados no programa EpiData versão 3.1 (*Epi Data Association, Odense, Denmark*) A análise estatística foi realizada com o auxílio do software SPSS (for Windows v 20 Chicago, IL, USA). Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão, sendo utilizada mediana e intervalo interquartil devido a distribuição não paramétrica dos dados. Foi utilizado o modelo estatístico de regressão linear para avaliar a tendência média dos casos de violência sexual no período estudado. Para o cálculo de incidência de violência sexual, considerou-se apenas o número total de mulheres residentes no município de Tubarão, conforme o último censo de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Este estudo foi realizado seguindo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina e aprovado sob o parecer nº 3.150.009, em 16 de fevereiro de 2019. CAAE 02761018.2.0000.5369.

RESULTADOS

Nos anos em estudo, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual e os casos foram notificados a partir da ficha de notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A figura 1 apresenta a tendência média das vítimas de violência no período de 2007 a 2017. A tendência média da série temporal analisada é de forte crescimento do número de casos de violência sexual em 0,85 anual.

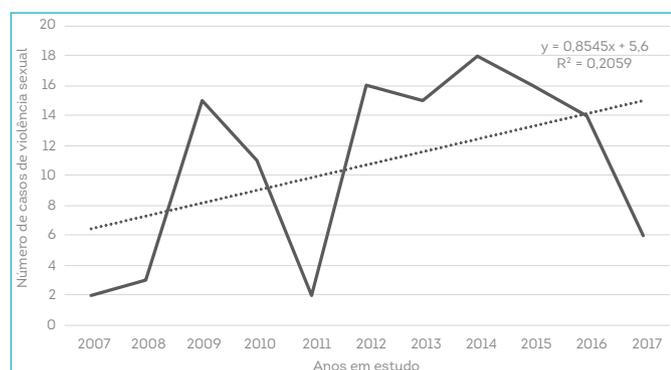


Figura 1. Tendência temporal dos casos de violência atendidas

Com referência aos municípios de ocorrência, observou-se 14 municípios, todos com proximidade ao município de Tubarão,

com exceção de uma única notificação onde a violência sexual ocorreu em Curitiba, Paraná. Tubarão, cidade onde o serviço é situado, obteve maior número de notificações (62,7%). Considerando apenas os casos de Tubarão e números de mulheres no município, estima-se uma incidência de violência sexual de 2,8/1.000 habitantes. A mediana de idade das vítimas notificadas foi de 14 (IIQ 12,25), variando de 1 a 78 anos de idade. Em relação às características sociodemográficas das vítimas de violência sexual, verificou-se que as notificações das violências sexuais foram predominantes entre as mulheres (84,7%), solteiras (63,6%), raça branca (83,9%), minoria com presença de algum tipo de deficiência ou transtorno (9,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas de violência sexual atendidas

Características	n(%)
Sexo	
Feminino	100(84,7)
Masculino	18(15,3)
Idade em anos	
1-9	31(26,2)
10-19	53(45,0)
20-29	18(15,3)
30-39	11(9,3)
40-49	2(1,7)
≥50	3(2,5)
Raça	
Branca	99(83,9)
Preta	9(7,6)
Parda	6(5,1)
Ignorado	4(3,4)
Escolaridade (anos de estudo)	
0-8	51(43,2)
> 8	31(26,3)
Não informado	36(30,5)
Situação conjugal	
Solteiro (a)	75(63,6)
Não se aplica	26(22,1)
Separado (a)	8(6,8)
Casado (a)	3(2,5)
Viúvo (a)	1(0,8)
Ignorado	5(4,2)
Deficiência/ transtorno	
Não	106(89,9)
Sim	11(9,3)
Não informado	1(0,8)
Gestante	
Não	117(99,2)
Sim	1(0,8)

A tabela 2 apresenta dados segundo contexto da agressão, e verificou-se que o estupro foi o tipo de violência sexual mais notificado (80,5%), seguido do assédio sexual (13,6%) e atentado violento ao pudor (5,9%).

A maioria dos agressores foram adultos do sexo masculino e, em geral, conhecido ou próximo da vítima, com predomínio de um único agressor em mais de 75,4% das violências sexuais (Tabela 3).

Tabela 2. Violência sexual segundo o contexto da agressão

Características	n(%)
Local da ocorrência	
Residência	65(55,1)
Via pública	30(25,4)
Outros #	17(14,4)
Não informado	6(5,1)
Turno da ocorrência ##	
Noite	22(18,6)
Madrugada	18(15,3)
Tarde	17(14,4)
Manhã	6(5,1)
Não informado	55(46,6)
Violência de repetição	
Não	82(69,5)
Sim	35(29,7)
Não informado	1(0,8)
Tipo de violência sexual	
Estupro	95(80,5)
Assédio sexual	16(13,6)
Atentado violento ao pudor	7(5,9)

Escola, bar ou similar, habitação coletiva, comércio/serviços, indústrias; ## Manhã: 06:00 às 12:00; tarde: 12:01 às 18:00; noite: 18:01 às 24:00; madrugada: 00:01 às 05:59

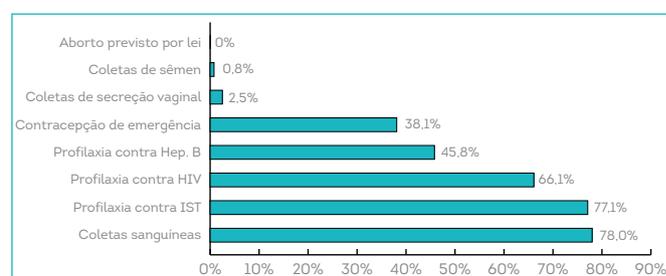
Tabela 3. Características relacionadas ao autor da violência sexual

Características	n(%)
Sexo	
Masculino	111(94,1)
Feminino	4(3,4)
Ambos	3(2,5)
Número de agressores	
1	89(75,4)
2 ou mais	10(8,5)
Ignorado	19(16,1)
Vínculo com a vítima*	
Conhecido	36(30,5)
Desconhecido	34(28,8)
Familiar	20(16,9)
Outros	20(17,0)
Parceiro íntimo	8(6,8)
Consumo de álcool	
Não	72(61,0)
Ignorado	24(20,3)
Sim	22(18,7)
Ciclo de vida	
Adulto	94(79,7)
Adolescente	18(15,3)
Jovem	4(3,3)
Criança	2(1,7)

*Parceiro íntimo: cônjuge, ex-cônjuge, namorado; conhecido: conhecido/amigo; familiar: pai, mãe, padrasto, irmão; desconhecido: desconhecido; outros: patrão/chefe, outros

Os procedimentos de atendimento realizados de acordo com o protocolo de atendimento, estão representados na figura 2.

Dos testes rápidos realizados, verificou-se que apenas um caso foi reagente para sífilis no momento do primeiro atendimento. Quanto à adesão aos quatro momentos do protocolo proposto pelo MS, comprovou-se que 90,7% das vítimas aderiram apenas ao 1º momento, que diz respeito à procura ao serviço de emergência hospitalar, 1,7% aderiram ao 2º momento, 1,7% ao terceiro e 5,9% aderiram aos



Hep B - Hepatite B; HIV - Vírus da Imunodeficiência humana; IST - Infecção sexualmente transmissível

Figura 2. Procedimentos realizados de acordo com o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual

quatro momentos do protocolo, durante seis meses, e nestes casos, não houve soroconversão.

DISCUSSÃO

Este estudo procurou descrever os casos de violência sexual e identificar as características sociodemográficas das vítimas, adesão à quimioprofilaxia e coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil.

Comparando-se com os registros de violência sexual em Santa Catarina no período da pesquisa, as notificações equivaleram a cerca de 1,5% do total do Estado. Segundo dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, ocorreram 7.956 casos de violência sexual notificados entre 2007 a 2017 em Santa Catarina.⁽⁸⁾

Ao verificar o contexto histórico da implantação das notificações compulsórias, em 2006, foi implementada a notificação de violências interpessoal e autoprovocada, e em 2011 passou a ser compulsória em todos os serviços de saúde públicos e privados. Em relação ao número de notificações por ano, apesar de aumento no período, este não apresentou significância estatística. Chamou atenção que no ano de 2011, verificou-se um declínio expressivo dos registros, sem que haja uma explicação para este fato. Ressalta-se, contudo, pela natureza da agressão e suas características, que este agravo é subnotificado por medo ou vergonha da vítima, que por vezes se culpa pela ocorrência da violência sexual.^(9,10)

Segundo as características sociodemográficas, a maioria das vítimas de violência sexual eram de cor da pele branca, condição que pode estar associada ao predomínio na população do Estado, devido a colonização europeia.⁽¹¹⁾ A maior parcela das vítimas apresentava baixa escolaridade, a literatura relaciona este aspecto com maior vulnerabilidade da pessoa sofrer algum tipo de violência.⁽¹²⁾

A maior parte das pessoas agredidas sexualmente foram do sexo feminino, especialmente crianças e adolescentes, característica observada em outros estudos.⁽¹³⁻¹⁷⁾ Informações do MS mostraram que no ano de 2015, 67,1%

das notificações de violências eram do sexo feminino.⁽¹⁴⁾ Destaca-se neste estudo que crianças e adolescentes foram as vítimas mais frequentes de violência sexual. Pesquisas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ corroboram com os dados anteriores e demonstram a predominância da violência sexual em adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 14 anos. Este fato está associado à desigualdade de gênero, de poder e de direitos, culminando com os valores culturais machistas e patriarcais estruturantes na sociedade brasileira.^(18,19)

A violência sexual ocorreu frequentemente na residência da pessoa agredida, sendo o agressor conhecido ou próximo da vítima. Quando o autor é sabidamente conhecido da vítima, a violência sexual ocorre geralmente em domicílio, já quanto o agressor é desconhecido a prevalência intercorre em vias públicas.^(20,21) O uso de álcool e drogas está frequentemente associado aos atos violentos,^(22,23) entretanto, durante as notificações revisadas no presente estudo, os agressores, na maioria dos casos, não estavam alcoolizados.

Apesar da literatura associar a violência de repetição ao agressor conhecido, evidenciou-se que, na maioria dos casos o ato ocorreu apenas uma vez, situação que pode estar associada ao temor da vítima em procurar atendimento e/ou realizar denúncia da violência ocorrida. Associa-se também com o fato da procura ao serviço hospitalar ocorrer geralmente nos casos mais graves.⁽²⁴⁾

Na maioria das notificações constava que a violência foi praticada por um único agressor, sendo ele homem e adulto, fato que pode ser explicado pela questão de gênero, princípio da constituição desigual dos lugares de homens e mulheres nas sociedades.⁽²⁵⁾ Dentre as violências sexuais, o estupro foi mais expressivo, constituindo-se uma das manifestações mais violentas do machismo.⁽²⁶⁾

Nos casos avaliados, a maioria recebeu profilaxia contra IST, seguido de profilaxia contra HIV e hepatite B. No Estado de Santa Catarina, no período estudado, dos 7.956 casos de violência sexual notificados, houveram 139 IST e 272 gestações resultantes deste agravo.⁽⁸⁾ Para indicação das profilaxias, deve-se avaliar caso a caso. Indica-se o uso de antirretroviral, por exemplo, quando a violência sexual ocorreu em menos de 72 horas com exposição a risco de contaminação, sem uso de preservativo, via anal e/ou vaginal, com ejaculação.⁽⁵⁾

As coletas sanguíneas foram realizadas na maioria dos casos. Segundo o Protocolo do MS⁵, no momento da admissão da vítima no serviço é indicado coleta sorológica ou aplicação de teste rápido para HIV e hepatites virais B e C. Quando há indicação do uso profilático com medicação antirretroviral, realiza-se também coleta sanguínea para

exames de hemograma, glicose, ureia, creatinina, transaminase glutâmico-oxalacética, transaminase glutâmico pirúvica e bilirrubina direta. Destaca-se que apesar da contraindicação da Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual (PEP) em situações de violência sexual após 72 horas com exposição a risco de contaminação, os casos devem sempre ser avaliados quanto à necessidade de acompanhamento clínico e laboratorial, e de prevenção de outros agravos.

As coletas de secreção vaginal e de sêmen não tiveram números consideráveis. Para coleta deste material, faz-se necessário a presença de um perito. Apesar da garantia de direito pela legislação, este profissional não estava atuando no município sede do hospital, fato que vem ocorrendo há algum tempo. Para este procedimento, os profissionais de saúde não estão treinados nesta Instituição para a coleta e armazenamento de vestígios. O material deve ser armazenado corretamente para o inquérito policial e como prova pericial em um eventual julgamento.

A contracepção de emergência foi indicada em 38,1% dos casos. Um estudo⁽²⁷⁾ realizado em Campinas, São Paulo, mostrou que a experiência da gravidez decorrente de violência sexual e da interrupção legal é traumática na vida das mulheres. Considerando que o risco de gravidez indesejada em decorrência da violência sexual é um dos maiores temores das mulheres violentadas, a contracepção de emergência torna-se um procedimento significativo na condução do atendimento a estas mulheres.^(5,28)

Neste sentido, os encaminhamentos são necessários para continuidade do cuidado possibilitando inclusive a investigação dos casos e são realizados pelas redes de especialidades de acordo com a necessidade. Para Mendes,⁽²⁹⁾ este processo tem como essência o foco nas necessidades de saúde da população e deve ser contínua a melhoria dos serviços prestados. Os encaminhamentos se deram para alguns órgãos públicos sem que a finalização de cada caso fosse avaliada, por não ser este o objetivo do presente estudo.

A baixa adesão ao protocolo foi evidenciada, poucas vítimas concluíram o tratamento de seis meses. Estudo realizado em Campinas, São Paulo, mostrou que a taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi 24,5%.⁽²¹⁾ Outro estudo realizado em Curitiba, Paraná, com 1.272 prontuários de casos de violência sexual, entre os anos de 2009 e 2013, evidenciou que do total de atendimentos, 30,9% compareceram ao primeiro retorno, 6% na quarta e última consulta.^(30,31) A não adesão ao acompanhamento limita a avaliação da adesão ao uso da quimiprofilaxia, bem como nos casos de soroconversão e gestação indesejada.⁽³²⁾ Dentre as ações para auxiliar na adesão, encontra-se o acesso à

informação, no que diz respeito à sua saúde. As informações são fundamentais e podem contribuir no processo de autonomia, reflexão e tomada de decisões para o enfrentamento da situação vivida.⁽³³⁾

Com relação ao preenchimento correto das fichas de notificação compulsória, observou-se que a maior parte das fichas estudadas não possuíam todos os dados informados, fato também observado em estudo conduzido em São Paulo em serviços de saúde que dão atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual.⁽³⁴⁾ Os autores verificaram que a maior parte dos serviços de saúde apresentam dificuldade de realizar a notificação devido sobrecarga de trabalho dos profissionais, bem como o desconhecimento da importância da notificação.

Dentre as limitações deste estudo, destacam-se o uso de dados secundários e a influência da subnotificação, culminando com a dificuldade da investigação do desfecho dos casos pela falta de adesão ao protocolo de atendimento. Em 2014 houve alterações na ficha de notificação compulsória, com a modificação e implantação de algumas variáveis. Entretanto, os dados retratam as características epidemiológicas das vítimas de violência sexual, do agressor, expondo a baixa adesão ao protocolo de atendimento proposto pelo MS.

Os resultados deste estudo refletem sobre a relevância no tema, pela gravidade das situações de violência sexual contra mulheres. A temática exige mais estudos para

compreensão dos fatores associados a este fenômeno. Sugere-se aprofundamento nas pesquisas sobre a adesão ao protocolo de atendimento preconizado, com vistas à mudança no comportamento dos profissionais de saúde e da população. A busca ativa talvez seja uma alternativa para resolver este problema. O acompanhamento das vítimas torna-se importante para estimar a incidência das infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, bem como possibilitará ações para atendimento humanizado e assistência necessária.

CONCLUSÃO

Em conclusão, considera-se que as informações aqui veiculadas contribuam para melhora da qualidade de informação entre os serviços e sensibilização de gestores, profissionais e pesquisadores da área da saúde para a importância da notificação, associada à busca ativa das pessoas vítimas de violência sexual garantindo as profilaxias recomendadas e acompanhamento dos casos a fim de evitar as sequelas deste agravo.

Contribuições

Ribeiro MG contribuiu na concepção e delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e realizou aprovação da versão final a ser publicada. Trevisol FS contribuiu na concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, e revisou criticamente o manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Delzvio CR, Berger E, Coelho S, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina - Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1687-96.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/notificacao_violencias_%0Ainterpersonais_autoprovocadas.pdf.
3. Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Violência contra a mulher: um olhar do Ministério Público brasileiro. Brasília (DF): CNMP; 2018 [citado 2020 nov 25]. Disponível em: https://www.cnmp.mp.br/portal/images/FEMINICIDIO_WEB_1_1.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfecoes>
6. Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Único de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Governo do Estado de Santa Catarina. NOTA TÉCNICA Nº. 01/2015/DIVE/SUV/SES. Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV, das DST e hepatite B em situações de exposição ocupacional, sexual e violência sexual no Estado de Santa Catarina [Internet]. 2015 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/Nota_tecnica_01_2015_profilaxia%20HIV.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>
8. Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Único de Saúde, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Governo do Estado de Santa Catarina. Protocolo de atenção integral às pessoas em situação de violência sexual [Internet].

- 2019 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/Protocolo_Mulher.pdf
9. Labronici LM, Fegadolli D CM. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev da Esc Enferm USP*. 2010;44(2):401-6.
10. Bonfiglio ABSU. Women in the situation of conjugal violence : aspects related. *Rev Estud Acadêmicos Interdiscip*. 2017;1(1):75-87.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Atlas do Censo Demográfico 2010 [Internet]. Brasília (DF): IBGE; 2019. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo>
12. Delziovo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, Coelho EB. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(6):1-13.
13. Silva MC, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(3):403-12.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Nota: Estupros em mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/vigilancia_doencas_agravos_nao_transmissiveis_promocao_saude.pdf
15. Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: Analyses from youth risk behavior surveys. *Am J Public Health*. 2014;104(2):255-61.
16. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):266-73.
17. Justino LC, Nunes CB, Gerk MA, Fonseca SS, Ribeiro AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande , Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36:239-46.
18. Guimarães MC, Pedroza RL. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc*. 2015;27:256-66.
19. Garcia LP. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2014):451-4.
20. Facuri CO, Fernandes AM, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RC. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;29(5):889-98.
21. Schraiber LB, D'oliveira AF, Franca-Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Supl 1):127-37.
22. Vasconcelos MS, Holanda VR, Albuquerque TT. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enferm*. 2016;21(1):1-10.
23. Paulo UD, Claro G, Oliveira F, Aparecida M, Bourdreaux T, Fernandes AL, et al. Uso de drogas, saúde mental e problemas relacionados ao crime e à violência: estudo transversal. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(6):1173-80.
24. Kind L, Orsini ML, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1805-15.
25. Albarran J. Referentes conceptuales sobre feminicidio. Su incorporación en la normativa jurídica venezolana. *Comunidad y Salud*. 2015;13(2):75-80.
26. Peixoto AF, Nobre BP. A responsabilização da mulher vítima de estupro. *Rev Transgressões*. 2015;3(1):227-39.
27. Maria A, Makuch MY. Gravidez após violência sexual : vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cad Saude Publica*. 2015;31(2):345-53.
28. Nunes A, Cristina M, Lima FF, Morais D, Araujo N. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. *Pisciol Cienc Prof*. 2017;37(4):956-969.
29. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): OPAS; 2011 [citado 2019 fev 25]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF
30. Silva P. Intervenção psicológica em vítimas de estupro na cidade de São Paulo. *Arq Bras Psicol*. 2017;69(3):183-98.
31. Trigueiro TH, Merighi MA, Medeiros AR, Ribeiro CR, Mata ND, Jesus MC. Victims of sexual violence attended in a specialized service. *Cogitare Enferm*. 2015;20(2):247-54
32. Silva O, Tavares LH, Paz LC. As atuações do enfermeiro relacionadas ao teste rápido anti-HIV diagnóstico: uma reflexão de interesse da enfermagem e da saúde pública. *Enferm Foco*. 2011;2(supl):58-62
33. Schelb M, Cunha ML, Gottens LB, Chariglione IP. O processo de construção de material educativo para mulheres vítimas de violência. *Enferm Foco*. 2019;10(6):50-6.
34. Sousa MH, Bento SF, Osis MJ, Ribeiro MP. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):94-107.