

**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Camila Medeiros Campos**

**Análise espacial da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de  
Fora, Minas Gerais: distribuição dos casos nos Territórios Socioassistenciais e  
os Serviços de Saúde.**

**Juiz de Fora  
2025**

**Camila Medeiros Campos**

**Análise espacial da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora, Minas Gerais: distribuição dos casos nos Territórios Socioassistenciais e os Serviços de Saúde.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Teles da Cruz

Coorientador: Prof. Dr. Wagner Barbosa Batella

**Juiz de Fora**

**2025**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Campos, Camila Medeiros.

Análise espacial da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora, Minas Gerais : distribuição dos casos nos Territórios Socioassistenciais e os Serviços de Saúde. / Camila Medeiros Campos. -- 2025.

142 f. : il.

Orientadora: Danielle Teles da Cruz

Coorientador: Wagner Barbosa Batella

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Violência contra a mulher. 2. Violência sexual. 3. Vulnerabilidade social. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Análise espacial. I. Cruz, Danielle Teles da, orient. II. Batella, Wagner Barbosa, coorient. III. Título.

**Camila Medeiros Campos**

**Análise espacial da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora, Minas Gerais:**  
distribuição dos casos nos Territórios Socioassistenciais e os Serviços de Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de abril de 2025.

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof.ª Dra. Danielle Teles da Cruz** - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Wagner Barbosa Batella**

Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof.ª Dra. Janice Simpson de Paula**

Universidade Federal de Minas Gerais

**Prof.ª Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite**

Universidade Federal de Juiz de Fora

Juiz de Fora, 08/04/2025.

---



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Teles da Cruz, Professor(a)**, em 29/04/2025, às 12:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wagner Barbosa Batella, Professor(a)**, em 29/04/2025, às 12:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 29/04/2025, às 12:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janice Simpson de Paula, Usuário Externo**, em 05/05/2025, às 21:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2338386** e o código CRC **5C138271**.

Dedico este trabalho à minha mãe, ao meu pai (*in memoriam*), minha irmã, meu esposo e meu filho, que me inspiraram, me deram força e me auxiliaram durante toda essa caminhada.

## AGRADECIMENTO

Primeiramente, agradeço a Deus, por ter me amparado durante toda essa jornada. Por estar ao meu lado em todos os momentos, o que trouxe tranquilidade nos períodos difíceis e me ajudou a não me afastar do meu propósito. A Ele, também sou grata pela saúde e força que me sustentaram nessa caminhada.

À minha família, meu alicerce inabalável. Ao meu esposo, Renan, por sua paciência ao ouvir todas as minhas lamúrias e por suportar, com resiliência, os momentos de estresse dessa trajetória. À minha mãe, que mudou de cidade e dedicou seu tempo e amor ao cuidado do meu filho e da minha família para que eu pudesse estudar—serei eternamente grata por esse gesto de generosidade e apoio incondicional. À minha irmã, Isabela, cuja força e incentivo foram fundamentais para que eu não desistisse nos momentos mais difíceis.

Ao meu querido filho, Miguel, que nasceu em meio a essa tempestade acadêmica e, sem sequer perceber, tornou-se meu maior estímulo. Que acompanhou meus estudos tão de perto enquanto eu o amamentava e por, tão pequeno, teve que ter paciência e compreensão nos meus momentos de dedicação.

Ao meu pai, embora tenha falecido durante essa jornada acadêmica, foi minha inspiração, e desde o início acreditou em mim e me encorajou a seguir os meus sonhos, e levo comigo a certeza de que ele estaria orgulhoso desta conquista.

Expresso minha gratidão aos meus colegas de mestrado, que mesmo distante, me auxiliaram, ao compartilharem suas angústias e experiências.

Aos colegas da Prefeitura de Juiz de Fora, principalmente ao Fabrício, por ter me auxiliado com os dados do SINAN e compartilhado sua experiência. Um agradecimento especial à minha amiga Shirlei, que se fez presente durante toda essa caminhada, dividiu seus conhecimentos e ouviu meus desabafos.

Aos colaboradores do NATES, em especial à Elisângela, que sempre tirou minhas dúvidas e me ouvia com muito carinho nos momentos de desespero.

À minha orientadora Danielle Teles por todo o conhecimento compartilhado. E ao meu coorientador Wagner Batella, que tanto me ensinou, sua humildade, apoio e empenho ao longo dessa trajetória foram fundamentais para eu finalizar minha pesquisa e para meu crescimento acadêmico.

A todos vocês, expresso meu profundo e sincero agradecimento.

## RESUMO

A violência é uma grave violação dos direitos humanos, traz sérias consequências para as vítimas e a sociedade, é uma ameaça à saúde pública e uma das principais causas de mortalidade. Todo tipo de violência, inclusive a sexual, exerce um impacto abrangente na saúde, resulta em mortes, lesões, traumas físicos e mentais, além de comprometer a qualidade de vida das pessoas e das comunidades afetadas. A violência sexual, predominantemente direcionada às mulheres, é reconhecida como uma das formas mais graves de agressão, impõe consequências profundas e duradouras sobre suas vítimas. Diante desse cenário, este estudo tem como objetivo analisar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e mulheres no município de Juiz de Fora – MG e sua relação com a vulnerabilidade social e com a distribuição dos serviços de saúde que atendem essas vítimas. Trata-se de um estudo ecológico que utiliza a análise espacial como abordagem. A pesquisa utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes às notificações de violência sexual contra meninas e mulheres em 2023, e do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único (IVCAD), para identificar áreas de vulnerabilidade social. A delimitação territorial foi realizada com base na divisão dos Territórios Socioassistenciais do município. E a distribuição dos serviços de saúde foi mapeada a partir de um levantamento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), resultou na construção de um banco de dados georreferenciado. Os resultados evidenciam que os casos de violência sexual não são distribuídos de forma homogênea, eles ocorrem em áreas de maior vulnerabilidade social e com melhor cobertura de serviços de saúde. Além disso, a análise revelou disparidades na distribuição dos casos segundo a raça/cor das vítimas, com maior ocorrência entre mulheres negras, bem como entre meninas e mulheres em situação de fragilidade social, caracterizadas por baixa escolaridade e faixa etária de 10 a 14 anos. Os dados encontrados sugerem que a acessibilidade à rede de assistência à saúde pode influenciar as notificações de violência sexual e indica que possíveis iniquidades estruturais são responsáveis pela distribuição não uniforme. Portanto, é urgente a implementação de políticas públicas intersetoriais e territorializadas que integrem saúde, assistência social, segurança pública e educação para a prevenção e o enfrentamento da violência sexual. Destaca-se a necessidade de fortalecer a APS como coordenadora da atenção à saúde e oferecer qualificação contínua para

os profissionais de saúde, além de aprimorar a vigilância epidemiológica para auxiliar no monitoramento e planejamento de ações. Essas medidas são fundamentais para garantir um panorama mais fiel da realidade local e auxiliar na proteção, prevenção e atenção à saúde adequada a meninas e mulheres em situação de violência.

Palavras-chave: Violência. Violência contra a mulher. Violência sexual. Vulnerabilidade social. Sistemas de Informação em Saúde. Território Sociocultural. Análise espacial.

## **ABSTRACT**

Violence is a serious violation of human rights, brings severe consequences to victims and society, poses a threat to public health, and is one of the leading causes of mortality. All forms of violence, including sexual violence, have a broad impact on health, resulting in death, physical and mental trauma, and a reduced quality of life for individuals and affected communities. Sexual violence, which predominantly targets women, is recognized as one of the most severe forms of aggression, imposing profound and lasting consequences on its victims. In light of this scenario, this study aims to analyze the spatial dimension of sexual violence against girls and women in the municipality of Juiz de Fora, Minas Gerais, and its relationship with social vulnerability and the distribution of health services that care for these victims. This is an ecological study that employs spatial analysis as its methodological approach. The research utilized data from the Notifiable Health Conditions Information System (SINAN) referring to reports of sexual violence against girls and women in 2023, and the Family Vulnerability Index from the Unified Registry for Social Programs (IVCAD), to identify areas of social vulnerability. Territorial delimitation was based on the division of the municipality's Socio-assistance Territories. The distribution of health services was mapped using data from the National Registry of Health Establishments (CNES), resulting in the construction of a georeferenced database. The findings show that cases of sexual violence are not evenly distributed; they tend to occur in areas of higher social vulnerability and better coverage of health services. Furthermore, the analysis revealed disparities in case distribution according to the victims' race/skin color, with a higher incidence among Black women, as well as among girls and women in situations of social fragility, characterized by low educational attainment and ages between 10 and 14 years. The data suggest that access to the healthcare network may influence the reporting of sexual violence and indicate that structural inequities may be responsible for the uneven distribution. Therefore, the implementation of intersectoral and territory-based public policies integrating health, social assistance, public security, and education is urgently needed for the prevention and response to sexual violence. Emphasis is placed on the need to strengthen Primary Health Care as the coordinator of healthcare services, ensure ongoing professional training for health workers, and improve epidemiological surveillance to support monitoring and action planning.

These measures are essential to ensure a more accurate understanding of the local reality and to assist in the protection, prevention, and provision of appropriate healthcare for girls and women experiencing violence.

Keywords: Violence. Violence against women. Sexual violence. Social vulnerability. Health Information Systems. Sociocultural territory. Spatial analysis.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Gráfico da distribuição, conforme os meses do ano, das ocorrências de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no SINAN, Juiz de Fora – MG, ano 2023 .....	74
Figura 2 – Mapa da divisão dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG .....	85
Figura 3 – Mapa dos serviços de atendimento de saúde para vítimas de violência sexual do município de Juiz de Fora – MG.....	89
Figura 4 – Mapa dos focos de ocorrência de violência sexual contra meninas e mulheres ocorridas em Juiz de Fora – MG, ano 2023 .....	95
Figura 5 – Mapa dos focos de ocorrência de violência sexual contra meninas e mulheres e Serviços de Saúde em Juiz de Fora – MG, ano 2023 .....	99

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Organização das variáveis notificadas no SINAN: Características das Vítimas .....	53
Quadro 2 – Organização das variáveis notificadas no SINAN: Características dos Agressores .....	54
Quadro 3 – Organização das variáveis notificadas no SINAN: Características da Ocorrência .....	55
Quadro 4 – Organização das variáveis notificadas no SINAN: Características da Notificação .....	55
Quadro 5 – Características Demográficas dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora .....	87
Quadro 6 – Perfil Socioeconômico dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG.....	88
Quadro 7 – Equipamentos de Saúde do município de Juiz de Fora – MG .....	133

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das vítimas de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Juiz de Fora - MG, ano 2023 .....	60
Tabela 2 – Características dos agressores de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Juiz de Fora- MG, ano 2023.....	71
Tabela 3 – Características das ocorrências de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Juiz de Fora - MG, ano 2023.....	75
Tabela 4 – Características das notificações de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Juiz de Fora - MG, ano 2023 .....	79
Tabela 5 – Unidades Notificadoras de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Juiz de Fora – MG .....	129

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AP	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CADÚnico	Cadastro Único
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CEP	Código de Endereçamento Postal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPS	Hospital Pronto Socorro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVCAD	Índice da Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único
LDB	Lei das Diretrizes e Base da Educação Nacional
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Queer, Intersexuais + (outros)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PARBOS	Protocolo de Atendimento de Risco Biológico Ocupacional
PBF	Programa Bolsa Família
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNS	Política Nacional de Saúde
REDS	Registro de Evento de Defesa Social
SMS – JF	Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIH	Sistema de Informação de Internações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTM	Urchin Traffic Monitor
UNICEF	United Nations Children`s Fund
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 RAÍZES HISTÓRICAS DA VIOLÊNCIA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.3 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS .....</b>	<b>25</b>
<b>2.4 VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A ÓTICA DA SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
<b>2.5 A CRISE DO CAPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E     VULNERABILIDADE NO BRASIL .....</b>	<b>38</b>
<b>2.6 O PAPEL DO TERRITÓRIO NA ARTICULAÇÃO DE SERVIÇOS DE     SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA.....</b>	<b>43</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>50</b>
<b>3.1 GERAL .....</b>	<b>50</b>
<b>3.2 ESPECÍFICOS .....</b>	<b>50</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>51</b>
<b>4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....</b>	<b>51</b>
<b>4.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>56</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1 DESCRIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA     MENINAS E MULHERES, JUIZ DE FORA-MG, ANO 2023 .....</b>	<b>59</b>
<b>5.2 – ANÁLISE TERRITORIAL E SOCIOECONÔMICA DOS TERRITÓRIOS     SOCIOASSISTENCIAIS DE JUIZ DE FORA.....</b>	<b>84</b>
<b>5.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ     DE FORA – MG.....</b>	<b>89</b>
<b>5.4 – ANÁLISE ESPACIAL DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA     SEXUAL CONTRA MENINAS E MULHERES EM JUIZ DE FORA- MG, ANO     2023.....</b>	<b>95</b>
<b>5.5 –DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DO SERVIÇOS DE SAÚDE, FOCOS DE     OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL E AS ÁREAS DE     VULNERABILIDADE SOCIAL EM JUIZ DE FORA – MG, ANO 2023. ....</b>	<b>98</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE A – Unidades Notificadoras de Violência Sexual .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO A – Ficha de Notificação Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN) .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO C – Equipamentos de Saúde do Município de Juiz de Fora .....</b>	<b>133</b>

<b>ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>134</b>
---	------------

## 1 INTRODUÇÃO

A violência se apresenta como uma grave violação dos direitos humanos, acompanha a sociedade desde os seus primeiros registros na história, possui natureza dinâmica, se manifesta de maneiras diversas e desempenha papéis variados em diferentes períodos históricos e estruturas sociais (Barroso, 2021). Na sociedade contemporânea se mostra como um fenômeno multifacetado, que não se restringe apenas ao seu aspecto físico. Manifesta-se de maneira intrincada através de mecanismos psicológicos e simbólicos, cujo impacto muitas vezes é tão profundo e duradouro quanto o das agressões físicas (Cavalcanti, 2017). Revela-se assim, em diversas formas e contextos, causa consequências devastadoras para as vítimas e para a sociedade como um todo, é uma das formas mais destrutivas de agressão, com grandes impactos sobre a saúde física e mental das vítimas (Krug *et al.*, 2002).

No contexto brasileiro contemporâneo, a violência emerge como uma ameaça significativa à saúde pública, supera em número de vítimas até mesmo doenças amplamente reconhecidas, como o câncer e enfermidades respiratórias, metabólicas e infecciosas. Alarmantemente, ela se estabelece como uma das principais causas de mortalidade geral na população, posiciona-se como a principal responsável pelos óbitos entre pessoas com idades compreendidas entre 1 e 49 anos (Njaine *et al.*, 2020). Nesse cenário, a violência exerce impacto profundo e abrangente na saúde, tanto na perspectiva individual quanto coletiva, resulta em mortes, lesões e traumas físicos e psicológicos. Além disso, compromete significativamente a qualidade de vida das pessoas e das comunidades afetadas, e traz novos desafios para os sistemas de saúde (Minayo *et al.*, 2018).

Dentro dos diversos tipos de violência, destaca-se a violência sexual. Embora ocorra em todas as idades, ambos os sexos e em todas as classes sociais, a maioria das vítimas são mulheres. Nesse sentido, essa tipologia de violência configura-se como um dos principais indicadores de violência contra a mulher, e manifesta a desigualdade de gênero enraizada em nossa sociedade (Moreira *et al.*, 2018). A violência contra as mulheres é amplamente reconhecida como uma das mais graves violações dos direitos humanos, e a violência sexual é uma de suas formas mais perversas e devastadoras. Ela articula diferentes tipos de violência, como física, psicológica e emocional, sendo utilizada como uma ferramenta para

oprimir e subjugar as mulheres, o que leva a consequências e impactos ao longo de suas vidas (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Além disso, a violência sexual é marcada pela persistência do patriarcado em nossa sociedade, o qual mantém a desigualdade de gênero, confere aos homens o poder e exclui as mulheres. Essa estrutura naturaliza a submissão feminina e sustenta a violência contra a mulher, refletida em crimes como feminicídio e violência sexual, fortemente enraizados na cultura brasileira (Silva, C.; Silva, I., 2021). Dessa forma, é fundamental a implementação de políticas de enfrentamento e prevenção à violência que levem em consideração o patriarcado, o racismo e a homofobia, ainda fortemente presentes em nossa sociedade (Nobre, 2017). Paralelamente, o combate à violência sexual não deve ser conduzido de maneira fragmentada, mas sim por meio de ações intersetoriais. Somente assim será possível reconhecer a complexidade do problema, garantir um atendimento integral às vítimas e fortalecer medidas de proteção e prevenção para evitar novas ocorrências (Lima; Freitas Júnior, 2024).

Nesse sentido, é fundamental compreender a violência sexual como parte de um fenômeno mais amplo, diretamente relacionado às contradições do sistema capitalista. A redução do papel do Estado na oferta de serviços essenciais, somada ao agravamento das iniquidades sociais, cria um ambiente propício para a reprodução de diversas formas de violência, principalmente a sexual, ao restringir o acesso das vítimas a mecanismos de proteção, justiça e atenção à saúde (Menchise; Ferreira e Álvarez, 2023). A crise do capitalismo e suas implicações para a saúde e vulnerabilidade social no Brasil favorecem a perpetuação da violência. As políticas neoliberais, ao enfraquecer a atuação do Estado e ampliar as iniquidades, intensificam a vulnerabilidade das populações mais afetadas. Com a proteção social enfraquecida, a violência estrutural se agrava, atinge especialmente mulheres, populações negras e grupos marginalizados, cada vez mais expostos à precarização dos direitos sociais (Iamamoto, 2021).

No entanto, o estudo das implicações dessa violência estruturante no território e sua correlação com as políticas públicas de saúde se faz fundamental para se pensar em uma abordagem de enfrentamento mais eficaz e estratégica, nesse sentido, o território assume um papel central, especialmente diante da distribuição desigual de recursos e oportunidades sociais. A configuração territorial não apenas impacta no aumento da violência, mas também a exposição a ela, visto

que regiões marcadas por vulnerabilidade social tendem a concentrar índices mais elevados de violência, e se torna espaços onde as iniquidades estruturais se manifestam de forma mais intensa (Corrêa *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a correlação entre a distribuição espacial dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres, registrados no ano de 2023, com as áreas de vulnerabilidade social no município de Juiz de Fora – MG, e a distribuição dos serviços de saúde que atendem essas vítimas. Para isso, foram utilizados dados de notificação de violência sexual provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), dados do Índice de Vulnerabilidade das Famílias, obtidos a partir do Cadastro Único, tendo como referência a divisão dos Territórios Socioassistenciais do município. Os objetivos específicos incluem: caracterizar os episódios de violência sexual com base nas características das vítimas, dos agressores, da ocorrência e da notificação; analisar a distribuição territorial dos casos, avaliar a adequação da localização dos serviços de saúde que atendem essas vítimas e a identificar as áreas de maior vulnerabilidade social no município.

A hipótese alternativa central deste estudo é de que existe uma correlação significativa entre as áreas de maior vulnerabilidade social e a maior concentração de casos de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora, e que a distribuição dos serviços de saúde que atendem essas vítimas não está adequadamente alinhada com a distribuição espacial dos casos. Com isso, a dissertação se organiza em capítulos que incluem revisão de literatura, metodologia, resultados e discussão, é capaz de fornecer uma análise crítica que contribua para o desenvolvimento de políticas públicas mais integradas e eficazes no enfrentamento da violência sexual.

A importância deste estudo reside na contribuição para o aprimoramento das políticas públicas e práticas de saúde voltadas ao enfrentamento da violência sexual, fornece subsídios para a formulação de estratégias mais efetivas e abrangentes, auxilia na tomada de decisões e planejamento de intervenções preventivas e de atenção à saúde. Ao compreender a dinâmica espacial dessa problemática, é possível propor melhorias na organização e distribuição dos recursos de saúde, consequentemente, promover ações mais direcionadas e assertivas para o apoio às vítimas de violência sexual.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 RAÍZES HISTÓRICAS DA VIOLÊNCIA

A violência impacta a sociedade de diversas formas e em várias partes do mundo. Anualmente, mais de um milhão de pessoas perdem suas vidas e outras sofrem com os impactos causados pelos atos violentos. É muito provável que a violência sempre esteve presente na vida humana (Krug et al., 2002). É um “fato humano e social”, que atravessa gerações, e conforme seu contexto, se apresenta dentro de períodos ou épocas (Brasil, 2018).

Não existe nenhuma sociedade totalmente livre da presença da violência, a qual se manifesta através do uso da força, do poder e de privilégios para ameaçar, dominar e causar danos a outros indivíduos, grupos e comunidades. A violência varia consideravelmente entre diferentes sociedades, algumas apresentam níveis mais elevados do que outras. Isso destaca a influência significativa da cultura na forma como os conflitos são abordados e resolvidos (Minayo, 2020).

Ao analisar a questão da violência no Brasil, torna-se evidente que ela está presente desde os tempos da colonização, marcada pela chegada dos portugueses em 1500, o que representou um grande marco para a história e estrutura social do país. A colonização não foi apenas um processo de exploração econômica, mas também uma imposição de valores culturais, religiosos e sociais europeus sobre as populações indígenas que aqui habitavam (Cadermatori; Roso, 2012).

Durante o processo de colonização, os povos nativos, não aceitaram as ações portuguesas de forma passiva, houve uma grande resistência, o que gerou um violento processo de conquista e ocupação das terras. A violência se manifestou de diversas formas, inicialmente, através dos massacres e guerras de conquistas e a escravização dos povos indígenas. Além disso, também houve a imposição de um sistema jurídico e político que marginalizava e discriminava esses grupos, o que resultou na perda de seus direitos e autonomia (Faustino, 2020).

Nesse sentido, existiam grupos étnicos e sociais distintos que lutavam e negociavam, cada um defendia seus interesses. Por sua vez, os indígenas possuíam escolhas próprias e suas ações refletiam isso. Sem dúvidas essas escolhas eram limitadas, já que as relações eram assimétricas e ocorriam em meio a um cenário caótico de extrema violência (Almeida, M. R., 2017).

Ao longo de sua história, até meados de 1950, o Brasil se constituiu como um país predominantemente agrícola, grande parte da sua população vivia no campo. A partir daí, um conjunto de transformações sociais e econômicas resultou em mudanças que tornaram o país cada vez mais industrializado, o que causou o êxodo rural, conseqüentemente o aumento da densidade demográfica nas grandes cidades e impacto na estrutura social (Mendes, 2017).

A partir disso, houve um crescimento desordenado e precariamente estruturado das cidades, e esse não foi acompanhado por políticas públicas de saneamento básico, moradia, transporte, saúde, educação, dentre outros. Em decorrência deste cenário, muitas pessoas tornaram-se socialmente vulneráveis (Cavalcanti, 2017).

A iniquidade social evidenciou-se cada vez mais na população. A violência emergiu como um mecanismo para manter a ordem e perpetuar as iniquidades. A articulação da violência com a iniquidade social permeia diferentes espaços e relações sociais. Tal articulação representa um instrumento de preservação da ordem e desempenha um papel crucial na perpetuação das iniquidades sociais, afeta tanto o corpo quanto os espaços públicos e os territórios (Nobre, 2017).

Nesse sentido, a violência pode ser compreendida como um “fenômeno estrutural e estruturante da sociedade patriarcal-racista-capitalista” (Barroso, 2021, p. 398), elementos que constituem a violência estrutural. Essa violência está intrinsecamente relacionada à organização social, à estruturação urbana e à forma como ocorre a produção e a reprodução da vida na sociedade (Barroso, 2021). Segundo Barroso (2021), é a própria violência como modo de vida.

Assim, atualmente, os efeitos do colonialismo ainda se fazem presentes: nas iniquidades sociais profundas, na marginalização de comunidades indígenas e quilombolas, no racismo, na violência estrutural e institucional que afeta principalmente as populações negras e pobres. A violência hoje não se limita apenas à violência física, mas inclui formas simbólicas e estruturais de opressão que reproduzem as hierarquias coloniais.

Minayo (2006) discorre que a violência estrutural impacta diretamente a qualidade de vida das pessoas, é resultado de decisões históricas, econômicas e sociais. Essa forma de violência compromete as oportunidades de crescimento e de desenvolvimento dos sujeitos, o que os torna vulneráveis. Por ser algo arraigado e

persistente, muitas vezes é percebida como algo natural, como se não fosse influenciada pelas ações daqueles que detêm o poder e os recursos econômicos.

Essa violência abrange práticas que perpetuam as iniquidades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas. Essas práticas resultam em condições de vida precárias, escassez de recursos básicos como alimentação e, além disso, promovem diversas formas de subjugação e exploração entre os indivíduos (Minayo, 2020).

Assim, a violência estrutural emerge como uma faceta do modo de vida da sociedade burguesa, gera uma teia complexa de iniquidades e opressões ao longo de uma história não apenas marcada pelo capitalismo, mas também pelo racismo e pelo patriarcado, na qual a violência não apenas se manifesta, mas também se estrutura e é estruturada (Barroso, 2021).

A violência está presente em todas as dimensões da nossa sociedade, segundo Barroso (2021), e se conforma na vida dos sujeitos no âmbito social, político, econômico e cultural, possui várias formas de manifestação.

Na economia, revela-se no desemprego estrutural, exploração do trabalho, pagamento de tributos; no social, no acesso (ou falta de acesso) aos direitos sociais e bens essenciais; na política, pela não participação nos espaços de poder e decisão, na exposição aos conflitos sociais, no impedimento ou nas dificuldades de acesso à justiça; na cultura, no etnocídio de povos e culturas ou discriminação e intolerância identitárias; na subjetividade, a partir dos dados de violência direta, desproteção e inseguranças diversas. Cabe dizer que essas dimensões não atuam sozinhas ou apresentam-se de forma isolada na realidade social (Barroso, 2021, p. 402).

A violência estrutural não se manifesta de forma isolada, isso a torna complexa e multifacetada, pode impulsionar e aprofundar outras formas de violência pela sua naturalização (Minayo, 2020; Barroso, 2021).

Frequentemente, a violência é transmitida como um legado, é reproduzida quando as novas gerações aprendem com as anteriores. No entanto, é possível preveni-la, e as culturas violentas podem ser transformadas (Brasil, 2018). Embora tenha sido historicamente presente e enraizada na sociedade, a violência não deve ser aceita como uma inevitabilidade da condição humana. É essencial que a violência seja evitada e que seus impactos sejam minimizados para o bem da sociedade e da humanidade como um todo (Krug *et al.*, 2002).

Com isso, destaca-se a importância da abordagem da violência na saúde pública, tendo em vista que esse campo se aprofunda em uma abordagem interdisciplinar com o foco na prevenção, objetiva uma melhor atenção à saúde, segurança e qualidade de vida para a população (Krug *et al.*, 2002).

## 2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA

A violência prejudica tanto a saúde individual quanto a coletiva, causa uma série de traumas físicos e mentais, resulta na redução da qualidade de vida das pessoas acometidas (Minayo *et al.*, 2018). Desde o final dos anos 1970, a violência tem sido um dos principais desafios de saúde pública nacional, afeta um número maior de pessoas do que apenas as envolvidas diretamente (Minayo; Deslandes, 2009).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, em torno de 18,3% (29,1 milhões) dos brasileiros com 18 anos ou mais relataram ter sido vítimas de agressão psicológica, física ou sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa. Cerca de 12% (3,5 milhões) dessas vítimas afirmaram ter deixado de realizar suas atividades cotidianas devido à violência sofrida (IBGE, 2021).

O Atlas da Violência de 2023 também traz que, conforme os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2021 houve uma taxa de 22,4 mortes por 100 mil habitantes. Essa taxa representa um aumento se comparado com os dados de 2019, que foi de 21,7 mortes por 100 mil habitantes (Cerqueira *et al.*, 2023).

Em 2019, a violência letal emergiu como a principal causa de morte entre os jovens no Brasil. Dos 45.503 homicídios registrados no país naquele ano, 51,3% envolveram jovens entre 15 e 29 anos, isso equivale a uma média de 64 jovens assassinados por dia (Cerqueira *et al.*, 2021). Segundo o Atlas da Violência em 2022, para cada cem jovens brasileiros entre 15 e 29 anos que faleceram por qualquer causa, 34 foram vítimas de homicídio. Dos homicídios registrados no país, 49,2% foram de jovens dessa faixa etária, o que resulta em uma média alarmante de 62 assassinatos de jovens por dia (Cerqueira *et al.*, 2024). Observa-se que, apesar de pequena, houve uma variação nas taxas.

Carnevalle e colaboradores (2019) discorrem que, no Brasil, no decorrer dos anos, a violência assumiu um caráter endêmico. Ela passou a ser também um problema de saúde pública, haja vista a tipologia e a magnitude aguda e crônica que as atingem. Quando se profere sobre os custos do sistema de saúde relacionados à violência, embora existam estimativas imprecisas, sabe-se que é altíssimo. Esses custos estão relacionados ao consumo de tecnologia assistencial e de reabilitação. Além destes, existem os custos não mensuráveis, que são as situações que envolvem a dor e sofrimento psicológicos gerados às vítimas e às pessoas próximas.

A violência interpessoal/autoprovocada é um fenômeno social e multifacetado que impacta toda a sociedade e se manifesta em uma variedade de situações e formas, embora certas populações estejam mais susceptíveis do que outras (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020). A distribuição deste tipo de violência não é uniforme. Existem algumas características, como por exemplo a questão do gênero, que tornam algumas pessoas e populações mais susceptíveis (Carnevalle *et al.*, 2019).

A violência de gênero ocorre em todas as sociedades e atinge todas as camadas sociais, são atos que causam prejuízos físicos, emocionais ou psicológicos perpetrados por uma parte sobre a outra. É frequentemente baseada em iniquidade de poder e assimetria entre os gêneros (Zuma *et al.*, 2020). Essa violência pode afetar indivíduos de todos os gêneros, porém, as mulheres frequentemente figuram como as principais vítimas, sobretudo em sociedades onde as disparidades de poder entre os gêneros são mais acentuadas (Krug *et al.*, 2002).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente um terço dos homicídios de mulheres em todo o mundo são perpetrados por seus parceiros íntimos, enquanto uma proporção significativamente menor de assassinatos de homens é cometido por suas parceiras. Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024, no feminicídio, o companheiro da vítima (ex ou atual) é responsável por 84,2% das mortes (Brasil, 2024a). Além disso, estima-se, conforme projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), que aproximadamente 70% de todas as mulheres ao redor do globo já vivenciaram ou irão vivenciar algum tipo de violência em algum momento de suas vidas (Silva, C.; Silva, I., 2021).

No contexto da violência contra mulheres, observa-se que a mortalidade é mais comum entre mulheres negras em comparação com as não negras. Entre 2009

e 2019, o total de mulheres negras vítimas de homicídio apresentou um aumento de 2%, enquanto o número de mulheres não negras assassinadas caiu 26,9% no mesmo período (Cerqueira *et. al.*, 2021). Em 2022, as mulheres negras corresponderam a 66,4% dos homicídios de mulheres registrados pelo sistema de saúde, com uma taxa de 4,2 homicídios por 100 mil mulheres negras, enquanto a taxa entre mulheres não negras foi de 2,5. Dessa forma, as mulheres negras apresentaram, em 2022, um risco de homicídio 1,7 vezes maior do que as mulheres não negras (Cerqueira *et. al.*, 2024).

A distribuição racial e geracional dos homicídios realizados contra mulheres revela a iniquidade de gênero, raça e idade. A análise dos dados comparativos entre mulheres negras e brancas no período de 2003 a 2013 revela que a proporção de vítimas brancas reduziu de 1.747 para 1.576, enquanto entre as negras aumentou de 1.864 para 2.875. Essa disparidade é acentuada por variações regionais dentro do país (Nobre, 2017). Dados atualizados indicam que, em 85% dos crimes contra mulheres, a informação sobre a raça da vítima não está disponível. No entanto, ao excluir esses casos sem informação, observa-se que 50,7% das vítimas são negras, 48,6% são brancas e 0,7% são indígenas (Ramos *et al.*, 2022).

Diante desses dados, é possível notar que as políticas públicas de enfrentamento à violência geraram resultados positivos, porém, essa diminuição dos casos favoreceu a paz somente na população branca e masculina (Nobre, 2017).

Isso mostra que nossa sociedade ainda é muito marcada pelo patriarcado, consolidada em uma cultura em que o homem é considerado o detentor único do poder e que a mulher é excluída. Essa dinâmica condicionou o pensamento de ambos os gêneros, impôs às mulheres a submissão à figura masculina, o que ressalta claramente a influência do machismo no feminicídio, nos crimes sexuais e na violência contra a mulher, uma realidade que é facilmente perceptível na cultura brasileira (Silva, C; Silva, I. 2021).

Assim, se faz necessário a constituição de políticas de enfrentamento e de prevenção à violência que considere o patriarcado, o racismo e a homofobia que ainda se fazem tão presentes em nossa sociedade (Nobre, 2017). Isso é um desafio, uma vez que as violências motivadas pelo gênero da vítima ensejam outras abordagens, se comparadas com a violência urbana (Cerqueira *et al.*, 2024).

Também é importante destacar a violência racial, que no Brasil é predominantemente direcionada à população negra e tem suas raízes no período da

colonização. Essa forma de violência está profundamente enraizada em nossa sociedade e frequentemente está ligada à iniquidade social e econômica, onde os negros geralmente têm acesso a menos oportunidades educacionais e recebem salários inferiores (Minayo, 2020). Além disso, no contexto brasileiro constata-se um cenário de grande discrepância, em média, para cada pessoa não negra assassinada no Brasil, 2,8 negros são mortos (Cerqueira *et al.*, 2024).

Observa-se que, mesmo em proporção desigual, a violência afeta nossa sociedade como um todo de várias formas, tanto a saúde individual quanto a coletiva. Se transforma em um problema de saúde e sua discussão é de grande importância nesse campo, devido às consequências negativas advindas dos casos de violência, à perda da qualidade de vida, à sensação de insegurança, à degradação do convívio social e ao ambiente familiar (Brasil, 2016). Esses fatores evidenciam que a atuação diante essa temática demanda uma base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada (Minayo *et al.*, 2018).

Segundo Minayo (2020), existem muitas definições de violência. Porém, a complexidade e a natureza multicausal da violência tornam difícil uma definição precisa, elas podem variar entre diferentes perspectivas e contextos, algumas convergem enquanto outras se divergem.

Em 2002, a OMS se pronunciou de forma mais contundente sobre a violência. Conforme a organização, considera-se como violência:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug *et al.*, 2002, p. 5)

Dentre as várias formas e natureza da violência, pode-se classificá-la conforme o Relatório Mundial da OMS (Krug *et al.*, 2002) da seguinte forma:

- Violência autoprovocada (auto infligida): é a violência praticada contra si mesmo. Esta categoria é subdividida em comportamento suicida, que abrange desde pensamentos suicidas até tentativas de suicídio e suicídio consumado, e automutilação.
- Violência interpessoal: dividida em duas subcategorias:

- Intrafamiliar: é a violência que acontece entre os membros da mesma família e parceiros íntimos. Na maioria das vezes, essa violência ocorre dentro de casa.

- Comunitária: é a violência que ocorre entre as pessoas que não possuem parentesco, podem ser conhecidas ou não. Em geral, essa violência acontece fora de casa.

- Violências coletivas: são definidas como atos violentos cometidos pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. São subdivididas em violência social, política e econômica. Como exemplo cita-se as guerras e os atos terroristas.

A violência é essencialmente um problema social, mais do que um problema médico. Ela pode ser compreendida como um fenômeno sócio-histórico, enraizado em contextos culturais, econômicos e políticos específicos. Além disso, também deve ser reconhecida como um problema de saúde pública, tendo em vista que resulta de uma intrincada interação de vários fatores, que englobam aspectos individuais, sociais, econômicos, culturais, dentre outros. Portanto, a compreensão e o enfrentamento da violência demandam uma abordagem interdisciplinar, respaldada pelos conhecimentos científicos e pelo combate às disparidades sociais. Isso implica na integração entre segurança pública, saúde e desenvolvimento social, requer a mobilização de diversos setores da sociedade e do Estado (Brasil, 2005).

Em conformidade, Minayo (2020) argumenta que a violência tem um impacto significativo na saúde, manifesta-se através de morte, lesões e traumas físicos, além de agravos mentais, emocionais e espirituais. Essa realidade resulta na redução da qualidade de vida tanto individual quanto coletiva, ressalta as deficiências na organização dos serviços de saúde e gera novos desafios para a prestação de cuidados médicos. Diante disso, fica evidente a necessidade de uma abordagem específica, interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial por parte do setor da saúde, direcionada às necessidades dos cidadãos e comprometida com a resolução desse problema.

Conforme o Ministério da Saúde, é comum que as vítimas de violência sofram sequelas, algumas permanentes, o que pode resultar em incapacidade para o trabalho e outras atividades cotidianas. Isso pode levar ao absenteísmo, exige

custos adicionais para pensões e tratamentos de saúde, e representa um significativo problema de saúde pública (Brasil, 2016).

De acordo com Oliveira, A. (2010), a atenção à saúde relacionada a esses eventos é baseada no conceito ampliado de saúde, visto que essa intervenção envolve diferentes campos de responsabilidade. A partir do momento que a violência se torna um problema de saúde pública, o setor assume sua participação na construção da cidadania e da qualidade de vida da população, e tem como papel a formulação e a implementação de políticas públicas com vistas à promoção e à prevenção de saúde.

Devido ao grande impacto social e econômico que a violência exerce na sociedade, ela tornou-se objeto de vigilância e prevenção em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A sua entrada oficial na pauta do setor saúde no Brasil foi em 2001, quando o MS aprovou uma portaria e publicou um documento, denominado Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), e Portaria MS/GM n. 737 de 16/05/01 (BRASIL, 2001). Essa promulgação se deu 13 anos depois da instituição do SUS e cinco anos após a OMS colocar essa temática como prioridade para o setor de saúde (Minayo *et al.*, 2018).

Segundo Minayo (2020), esse documento visava orientar a atuação dos profissionais diante da temática e a inseriu no marco da promoção da saúde. O setor precisava contribuir para a universalização da cidadania e adotar uma atuação voltada aos problemas que tornam a sociedade e grupos específicos mais vulneráveis.

Oliveira, A. (2010) discorre que a redução de morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil é o principal objetivo dessa política, que propõe o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas. Sua principal diretriz é promover a adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis, como parte de seus esforços para prevenir a violência e proteger a saúde da população. A intersetorialidade e integralidade das ações também aparece como proposta fundamental.

Nesse sentido, acredita-se que a violência possa ser evitada e que suas consequências possam ser reduzidas com o uso de uma abordagem interdisciplinar, embasada no conhecimento científico disponível e nas intervenções peculiares a cada caso específico. Na saúde pública, as intervenções estão pautadas nos seguintes pontos: análise dos dados ligados às características desses eventos;

determinação dos fatores que desencadeiam e influenciam sua ocorrência; monitoramento, planejamento e avaliação das ações de prevenção; e disseminação das informações (Carnevalle *et al.*, 2019).

À vista disso, como estratégia para prevenção, controle e mitigação dos impactos da violência na saúde individual e coletiva, a vigilância das violências surge como um instrumento essencial para promover a saúde pública e justiça social.

### 2.3 VIGILÂNCIA DAS VIOLÊNCIAS

No Brasil, a vigilância das violências é desenvolvida pelo MS. Em 2006, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado, o qual é constituído por dois componentes: a) Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN), que são as notificações de violência e b) Vigilância de Violências e Acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito), que são os inquéritos periódicos. Com o objetivo de compreender a extensão da violência por meio do atendimento pré-hospitalar, foi formada a Rede de Serviços Sentinelas de Violências e Acidentes. Além disso, visa sugerir medidas de prevenção e promoção da saúde, integra a vigilância com a rede de atenção e proteção, e possibilita uma resposta mais eficaz e abrangente diante desses desafios (Minayo *et al.*, 2018).

Também foi implantado para complementar as análises epidemiológicas, que anteriormente só eram monitoradas pelo Sistema de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), e oferta maiores detalhes referentes às características da vítima, circunstâncias do evento e do provável autor da violência (Carnevalle *et al.*, 2019).

O VIVA Inquérito foi conduzido em cinco ocasiões nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. Em 2009, o VIVA Contínuo foi integrado à notificação compulsória de violências no SINAN, foi então renomeado como VIVA SINAN Net (Minayo *et al.*, 2018).

O Sistema de Informação de Agravos (SINAN) tem como objetivo registrar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional. Esses dados fornecem informações para análise do perfil da morbidade e ajudam na tomada de decisões em nível federal, estadual e municipal (Laguardia *et al.*, 2004).

O SINAN é alimentado principalmente pela notificação e pela investigação de casos de doenças e agravos listados como de notificação compulsória nacional, conforme a última atualização, Portaria nº 1.271 de 06/06/2014 (Brasil, 2014).

De acordo com o instrutivo de preenchimento da ficha de notificação de violência do MS, considera-se compulsória a notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT) (Brasil, 2016).

A inclusão da violência como evento de notificação compulsória torna-se uma estratégia de fundamental importância para se obter dados de casos que não são captados por outros sistemas de informação do país, além de mostrar a violência doméstica e sexual que permanecem veladas na sociedade (Brasil, 2016).

Doravante foi possível delinear o panorama existente e conhecer o impacto da violência na saúde da população. A notificação de violência representou uma das maiores iniciativas no âmbito do SUS para o enfrentamento de agravos à saúde pelas causas externas (Oliveira, A., 2010). No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implementada em serviços de referência para violências, como os centros de referência para violências, centros de referência para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros. A partir de 2009, o VIVA foi integrado ao SINAN e incluído na Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (Lima *et al.*, 2020).

Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências receberam um impulso adicional com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Essa portaria universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras formas de violência para todos os serviços de saúde, que incorporou a notificação de violências como parte da lista de notificação compulsória, se tornou obrigatória em todos os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. Ela incluiu essas notificações na lista de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no SINAN. Posteriormente, esta portaria foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, (Lima *et al.* 2020), que instituiu que os

casos de violência sexual e tentativas de suicídio se tornariam então eventos de comunicação imediata, ou seja, de notificação em até 24h à vigilância epidemiológica municipal (Brasil, 2014).

Essa orientação se mantém na Portaria n. 204 de 17 de fevereiro de 2016 – atual Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados (Brasil, 2016).

A partir dessa portaria, a notificação do caso suspeito ou confirmado de violência interpessoal/autoprovocada é compulsória para todos os profissionais de saúde, de todos os estabelecimentos de saúde públicos e particulares (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020). Nesse sentido, o Código Penal Brasileiro, artigo 269, estabelece que a omissão de notificação de doença é um crime e implica em pena de detenção, de 6 meses a 2 anos, e multa. Assim, o profissional de saúde que deixar de notificar ou realizar perguntas para o preenchimento da ficha de notificação, se enquadra no crime de prevaricação, previsto no artigo 319 do mesmo código (Brasil, 1940).

A notificação de violência interpessoal/autoprovocada, apesar de ser obrigatória para os profissionais de saúde, também pode ser utilizada por outros serviços da rede, como os de assistência social, conselho tutelar e instituições de ensino, configura como uma estratégia para o monitoramento da violência e de consolidação da rede de atenção integral às vítimas de violência (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020).

Segundo Gonçalves e Ferreira (2002), a notificação de violência torna-se um valioso instrumento de política pública, auxilia a dimensionar a magnitude da violência e, com isso, ajuda a definir mais adequadamente a necessidade de investimentos dos órgãos públicos em serviços e intervenções específicas. Além disso, a notificação de violência gera informações sobre a situação local (Dornelles *et al.*, 2021).

A partir da notificação dos casos de violência é possível conhecer a real situação de acometimento desse agravo na população a fim de propor medidas que possam influenciar positivamente, a fim de combater e diminuir as ocorrências (Meneses, 2017). Ademais, é importante destacar que essa ficha de notificação é, além do e-SUS, o único instrumento dos sistemas de informação em saúde do país que possui dados referentes à orientação sexual e identidade de gênero da

população. Esses dados possibilitam a compreensão das múltiplas identidades associadas às situações de violência (Polidoro; Cunda; Oliveira, 2020).

Vale ressaltar que para as informações geradas nas fichas de notificação cumpram os objetivos listados acima, é necessário que esses dados sejam válidos, confiáveis, oportunos, atuais, de alta cobertura e devidamente preenchidos. Para que essas análises estimem a relevância desse agravo na população, é imprescindível que exista a qualidade do sistema como um todo, desde a identificação da vítima, a qualidade do preenchimento da ficha e o encaminhamento para o serviço de referência (Oliveira, N., *et al.*, 2020).

Como é possível perceber, as iniciativas de registro da violência interpessoal/autoprovocada em sistemas específicos de informação em saúde são recentes. Mesmo com a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a violência interpessoal/autoprovocada como agravo de notificação compulsória nos serviços de saúde, ainda é notório que os indicadores de saúde são escassos quando se trata desse agravo, o que dificulta a produção de estatísticas sistematizadas e, conseqüentemente, a elaboração de estratégias para enfrentamento da violência.

A vigilância de violências e acidentes vai além da simples obtenção de informações para analisar o comportamento desses agravos. Ela também visa discutir de forma intersetorial os determinantes e condicionantes das causas externas, fundamentados no direito à saúde e à vida. Além disso, busca estimular a formação de redes de atenção e proteção às vítimas, com o objetivo de garantir uma atenção integral, promover a saúde e cultivar uma cultura de paz (Brasil, 2013).

Embora se conheça a relevância da notificação de violência para a saúde pública, ainda caminha-se a passos lentos neste processo. O ato de notificar a suspeita ou a confirmação de uma doença, agravo ou evento de saúde pública ainda é desconsiderado por profissionais de saúde, provavelmente por considerá-lo como trabalho burocrático, sem valor, acúmulo de serviço ou outra característica que o impeça de realizar a notificação (Feliciano; Cordeiro, 2021).

Desta forma, com o número reduzido de notificações, torna-se bastante difícil trabalhar com o objetivo de diminuir os casos de violência (Meneses, 2017). A subnotificação nos casos de violência emerge como uma preocupação significativa, especialmente porque as ações e políticas públicas destinadas ao enfrentamento desse fenômeno se fundamentam em dados epidemiológicos. Ao permanecerem

pouco conhecidos ou inadequadamente registrados, esses casos se tornam invisíveis ou parecem não existir, o que, em um nível estrutural, representa mais uma forma de violência (Garbin *et al.*, 2015).

Segundo Garbin e colaboradores (2015), as principais causas da subnotificação variam desde a falta de capacitação dos profissionais até questões estruturais relacionadas à atuação insatisfatória dos órgãos competentes em relação às vítimas. Esses problemas incluem questões na rede de serviços, regulamentações técnicas e mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados da notificação.

Dornelles e colaboradores (2021) descrevem que os motivos que contribuem para os baixos índices de notificação de violência em nosso país são: a falta de informação da legislação existente e a falta de retorno em termos de ações e medidas dos dados que são gerados; o desconhecimento de como identificar as violências e as atitudes a serem tomadas diante dos casos, aliados ao déficit na formação profissional relacionado à temática; o medo da represália por parte dos agressores; o fato de muitos profissionais acreditarem que a violência é um problema familiar. Além de todos esses fatores, soma-se o fato de muitos vislumbrarem a notificação como uma denúncia.

Além disso, é importante ressaltar que, embora a legislação brasileira estabeleça claramente a obrigação da notificação, ela muitas vezes não oferece uma orientação adequada aos profissionais (Garbin *et al.*, 2015). Desta forma, é necessário que ocorra uma sensibilização e uma capacitação para os profissionais de saúde com o objetivo de orientá-los sobre a violência interpessoal/autoprovocada, a importância do preenchimento da ficha de notificação de violência, e do preenchimento dos dados de modo fidedigno e com qualidade. Oliveira e colaboradores (2012) afirmam que:

A educação permanente mantém estreita relação entre o processo formativo e o processo de trabalho em saúde, porém observa-se hoje que a maioria das disciplinas da saúde não contempla em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Por isso, os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. A partir da educação continuada, da ampliação de redes de suporte para profissionais e da melhoria de entes protetores à criança e ao adolescente, pode-se diminuir o grau de insegurança dos

profissionais e, assim, aumentar o número de notificações de maus tratos (Oliveira, M., *et al.*, 2012, p.169).

Nesse sentido, é importante o aumento de programas de formação continuada para os profissionais de saúde, com o objetivo de capacitá-los para compreender a complexidade do fenômeno da violência e para esclarecer os procedimentos de notificação legal. Dessa forma, os profissionais podem superar suas resistências e adotar abordagens que vão além das questões patológicas, além de ampliar sua capacidade de lidar com esse problema (Garbin *et al.*, 2015).

Esses espaços de formação profissional também são importantes para o compartilhamento de trocas e saberes entre os profissionais. Conseqüentemente, o público atendido tem uma maior possibilidade de receber um atendimento efetivo e de qualidade, o que garante uma integralidade no cuidado (Lima; Freitas Júnior, 2024). No contexto das vítimas de violência, proporcionar um atendimento profissional que garante a integralidade no cuidado é de suma importância, uma vez que a violência não pode ser vista como uma ação isolada e seu enfrentamento depende de uma rede intersetorial, que possibilite o atendimento, a proteção, e a prevenção de novas ocorrências (Lima; Freitas Júnior, 2024).

Ao considerar a violência sexual, cabe ressaltar que ofertar espaços de formação aos profissionais se faz ainda mais necessário, pois além da competência técnica é fundamental que estes tenham outras competências e habilidades que propiciem o cuidado e o zelo que a condição da vítima necessita (Lima; Freitas Júnior, 2024). Esses cuidados abrangem desde a capacitação da equipe, que deve lidar com os casos de maneira acolhedora, sem julgamentos ou exposição, até as instalações físicas (Costa; Santos, 2021).

Entre os inúmeros desafios enfrentados no combate às práticas que violam os direitos dessas pessoas, destacam-se a necessidade de formação e de capacitação adequadas a estes profissionais. Isso se deve à demanda por competências específicas voltadas para lidar com a complexidade e as particularidades da problemática em questão (Lima; Freitas Júnior, 2024).

## 2.4 VIOLÊNCIA SEXUAL SOB A ÓTICA DA SAÚDE

A violência é descrita como uma dinâmica desigual de poder, que evidencia formas de dominação e opressão, em que o agressor detém uma posição de

superioridade e vai contra a vontade da vítima, resulta em danos físicos, sexuais ou psicológicos. Uma das suas manifestações é a violência sexual, que se origina de um contexto histórico-social e está enraizada nas tradições culturais do Brasil (Sousa, P. *et al.*, 2023).

Entre 2009 e 2014, as formas de violência mais frequentemente registradas no Sistema VIVA/SINAN foram a física, psicológica e sexual (Minayo *et al.*, 2018). De acordo com a PNS de 2019, estima-se que 17,4% da população, equivalente a 27,6 milhões de pessoas, foram vítimas de violência psicológica, enquanto 4,1% (6,6 milhões) sofreram violência física e 0,8% (1,2 milhão) enfrentaram violência sexual (IBGE, 2021).

No panorama mundial, conforme dados da OMS aproximadamente 31% das mulheres com 15 anos ou mais enfrentaram violência física, sexual ou ambas em algum momento de suas vidas (Santos *et al.*, 2022). No contexto brasileiro, a PNS de 2019 indica que 8,9% das mulheres com 18 anos ou mais já foram vítimas de violência sexual (IBGE, 2021).

Ao analisar os dados estatísticos brasileiros, nota-se que a violência sexual apresenta um crescimento significativo ao longo dos anos, em 2011 foram registradas 43.869 vítimas de estupro, desde então, esse número aumenta e o país tem atinge novos recordes, em 2023 foram 83.988 casos. Em um período de 13 anos, o aumento de vítimas foi de 91,5%. Segundo os registros policiais, o país registrou 1 crime de estupro a cada 6 minutos (Brasil, 2024a).

Consoante com os autores Viana e colaboradores (2022), a violência sexual é caracterizada por qualquer ato em que uma pessoa, aproveita de sua posição de poder, e emprega força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com ou sem o uso de armas ou drogas, para compelir outra pessoa, independentemente de sexo ou idade, a participar de atividades sexuais, testemunhar tais atividades ou explorar sua sexualidade, seja para ganho pessoal, vingança ou outros propósitos. Isso pode incluir estupro, abuso sexual, assédio sexual, exploração sexual, entre outros. É uma situação complexa e desencadeadora de sofrimento (Viana *et al.*, 2022).

De acordo com a OMS, violência sexual é definida 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 (Krug *et al.*, 2002, p. 147).

Minayo (2006) exemplifica algumas formas habituais de violência sexual, entre elas: forçar relações sexuais; estuprar e assediar sexualmente; produzir gestos e atitudes obscenas e discriminar por conta da opção sexual. Sousa P. e colaboradores (2023) pontuam que qualquer ação que force a vítima a comercializar ou a explorar sua sexualidade de qualquer forma é considerado uma violência sexual. É de extrema importância compreender que mesmo em situações em que a vítima é coagida a evitar métodos contraceptivos, é forçada a casar-se, enfrenta gravidez indesejada, é pressionada ao aborto, é submetida à prostituição ou tem seus direitos sexuais e reprodutivos negados, todos esses eventos são considerados formas de violência sexual (Leite *et al.*, 2023).

Quando se discorre sobre a violência sexual é importante destacar que, comparado aos outros tipos de violência, essa possui um grande impacto sobre a saúde física e mental das vítimas (Krug *et al.*, 2002). Envolve a invasão dos limites e da integridade sexual, afeta não somente o corpo físico, mas também a saúde mental, deixa cicatrizes emocionais e psicológicas profundas nas vítimas.

Segundo Moreira e colaboradores (2018), a violência sexual é umas das piores formas de violência, uma vez que viola os direitos humanos, sexuais e reprodutivos. É frequente que ela esteja associada à violência física ou psicológica. E se for reincidente, as chances de desfechos negativos é maior (Viana *et al.*, 2022).

A violência sexual representa uma das principais causas de morbidade, e na maioria dos casos, ocorre acompanhada por outras violências, inclui a física e a psicológica, além de acarretar lesões e traumas, leva a internações, sequelas físicas e/ou psíquicas e até mesmo à morte (Viana *et al.*, 2022). Impacta a vida da vítima de maneira abrangente, afeta suas relações afetivo-sexuais, familiares, sociais e profissionais. Esses impactos variam conforme a forma como a vítima se relaciona socialmente e como passa a ver os outros e a si mesma (Costa; Santos, 2021).

Em determinados casos, os danos causados pela violência sexual tornam-se permanentes, compromete diversas áreas da vida, como o desempenho educacional, a saúde mental e o comportamento sexual. Trata-se de um evento

traumático, com potencial para gerar efeitos adversos significativos, inclui danos físicos, sexuais, psicológicos e sociais (Santos *et al.*, 2022).

Minayo (2006) pontua que, com relação aos impactos das violências nas vítimas, as consequências mais frequentes são: gravidez e abortos clandestinos; abandono do lar e aumento do número de crianças que vivem nas ruas; além dos sintomas psicológicos como: dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento, violência autoprovocada, isolamento social, baixa autoestima e depressão.

A OMS também se posicionou e assinalou que a violência tem um grande impacto sobre a saúde física e mental.

Além de causar lesões físicas, ela está associada a um maior risco de diversos problemas de saúde sexual e reprodutiva, com consequências imediatas e consequências em longo prazo. Seu impacto sobre a saúde mental pode ser tão sério quanto seu impacto físico, podendo ser também de longa duração. As mortes subsequentes à violência sexual podem se manifestar sob a forma de suicídio, infecção por HIV ou assassinato - que pode ocorrer durante uma agressão sexual ou posteriormente, como um assassinato "pela honra". A violência sexual também pode afetar profundamente o bem-estar social das vítimas; em consequência dessa violência, as pessoas podem ser estigmatizadas e jogadas ao ostracismo por suas famílias e outras pessoas (Krug *et al.*, 2002, p. 147).

Em consonância com o que foi pontuado pela OMS, Mascarenhas e colaboradores (2020) sinalizam que os danos físicos para as vítimas de violência sexual incluem lesões por violência física, doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas, além dos distúrbios da dor. Dentre os impactos na saúde mental estão: risco de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de substâncias psicoativas e ideias suicidas, além de consequências no bem-estar emocional e social de toda a família.

Também é importante destacar que a violência sexual não apenas causa danos profundos e duradouros às suas vítimas, mas também perpetua um ciclo de violência. As vítimas de violência têm uma maior probabilidade de desenvolver comportamentos agressivos e de reproduzir violência em suas próprias relações. Esse fenômeno cria um ciclo de reprodução, onde a violência sofrida gera mais violência, alimenta um espiral de dor e sofrimento (Costa; Santos, 2021).

As consequências da violência sexual podem se manifestar de forma imediata ou a longo prazo, impacta significativamente no desenvolvimento da vítima.

Estão diretamente ligadas ao sentimento de culpa que a vítima carrega, relacionado às perspectivas culturais das relações de gênero. Esses impactos podem influenciar sua formação identitária e a construção de relações afetivas. A ocorrência e a intensidade dessas consequências variam conforme diversos fatores, desde aspectos subjetivos até a natureza e circunstâncias da violência sofrida (Costa; Santos, 2021).

Embora a violência sexual ocorra em todas as idades, ambos os sexos e em todas as classes sociais, as vítimas são em sua maioria mulheres. Por esta razão, a violência sexual é um dos principais indicadores de violência contra a mulher (Moreira *et al.*, 2018). Segundo a PNS de 2019, o número de vítimas de violência sexual foi de 1,2 milhão da população, dentre eles 72,7% mulheres (IBGE, 2021).

O Atlas da Violência de 2024 destacou que, nos dados de 2012 a 2022, dentre as violências analisadas (física, psicológica, sexual e negligência), as mulheres foram a maioria das vítimas (60,1%), e nos casos de violência sexual, 86,7% eram do sexo feminino (Cerqueira *et al.*, 2024).

Com relação aos autores da violência sexual, a maioria deles são pessoas conhecidas das vítimas. Na PNS de 2019, os agressores mais citados pelas vítimas de violência sexual foram cônjuge, companheiros ou namorados (inclui ex-parceiros, ex-cônjuge etc.), citados em 45,6% dos casos, com diferenças entre mulheres e homens, 53,3% e 25,3%, respectivamente (IBGE, 2021). Em consonância com o que foi apresentado, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública destaca que em 84,7% dos casos os agressores são familiares ou conhecidos (Brasil, 2024a).

Importante também ressaltar que a violência sexual também ocorre com mais frequência na residência das vítimas, representa 52,3% dos casos. Mais uma vez, este número é mais prevalente entre mulheres, das quais 61,6% sofreram esse tipo de violência em seu próprio domicílio (IBGE, 2021).

Nesse sentido, afirma-se que, é muito comum que os casos de violência sexual estejam enraizados no machismo, que subjuga a mulher a uma posição de objeto ou inferioridade em relação ao homem, viola sua autonomia, dignidade e integridade (Sousa, P. *et al.*, 2023). Esse fenômeno está intrinsecamente ligado à cultura patriarcal ainda predominante no Brasil, que perpetua valores desiguais de poder e opressão com base no gênero (Sousa, P. *et al.*, 2023). Segundo Bezerra e colaboradores (2016), a literatura sustenta a tese de que a iniquidade de gênero

figura como um dos principais elementos que contribuem para a perpetuação das disparidades sociais, fundamentadas na distinção entre os sexos.

Nesse sentido, a violência sexual se mostra como uma das expressões da violência de gênero, que se define em “qualquer comportamento que cause danos físico, psicológico ou sexual àqueles que fazem parte da relação” (Krug *et al.*, 2002, p. 91). A violência de gênero é caracterizada por atos que causam danos físicos ou emocionais, realizados pelo abuso de poder de uma pessoa sobre outra, em uma relação marcada pela iniquidade e disparidade entre os gêneros. Esse tipo de violência pode ocorrer em diversos contextos relacionais, como nas relações íntimas entre parceiros ou entre colegas de trabalho (Zuma *et al.*, 2020).

De acordo com Saffioti (2001), a violência de gênero é um conceito que engloba não apenas mulheres, mas também crianças e adolescentes de ambos os sexos. Ela está enraizada no poder exercido com base nos estereótipos estabelecidos pelo sistema patriarcal. Dentro desse contexto, os homens muitas vezes detêm o poder de ditar as normas de comportamento, recebem aprovação, ou ao menos tolerância, da sociedade para punir o que consideram desvio.

Isso contribui para o agressor exercer a dominação, uma vez que há iniquidades sociais e econômicas entre os gêneros, além da persistente discriminação histórica contra as mulheres. Essa realidade se torna um facilitador para a perpetuação de novos episódios de violência, pois os parceiros esperam que essas mulheres continuem a se submeter à condição de subordinação (Bezerra *et al.*, 2016).

Essa ideologia machista e patriarcal existente na sociedade tende a condenar a própria vítima, muitas vezes a mulher se culpa pelo que aconteceu, questiona suas próprias ações ou decisões que a levaram à situação (Farias *et al.*, 2016; Piscitelli, 2017). Não raro, a vítima é vista como um problema isolado que pertence somente à mulher violentada (Viana *et al.*, 2022). Nesse sentido, muitas mulheres, seja por sentimentos de medo, vergonha ou culpa, optam por silenciar e não procurar ajuda, pois prevalece, tanto no imaginário social quanto nos serviços de atendimento, a crença de que a mulher é responsável pela violência sofrida, reflete uma moral conservadora e estigmatizante (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022).

Os delitos sexuais podem ocorrer em diferentes ciclos de vida, incluem crianças e adolescentes. No Brasil, no ano de 2022, a violência mais predominante na faixa etária de 10 a 14 anos foi a violência sexual, apontada em 49,6% dos casos

do SINAN (Cerqueira *et al.*, 2024). A PNS concluiu que as pessoas de 18 a 29 anos apresentaram uma taxa mais elevada de violência (1,6%) do que os outros grupos etários, tais como: de 30 a 39 anos (0,6%); de 40 a 59 anos (0,7%); e de 60 anos ou mais (0,2%). E com relação ao percentual de pessoas declaradas pretas que sofreram violência sexual foi de 0,9%, pardas foi de 0,8% e de brancas, 0,7% (IBGE, 2021).

A prevalência da violência sexual varia de acordo com a faixa etária e o grupo social analisado. Em termos gerais, a ocorrência é de 20,4%, e as mulheres são afetadas em proporção duas vezes maior que a dos homens. Crianças enfrentam violência sexual sete vezes mais do que outros grupos etários, enquanto os adolescentes sofrem seis vezes mais, se destacam como os grupos mais vulneráveis. Além disso, diversos fatores, como vulnerabilidade à pobreza, desemprego e nível educacional, têm sido associados à violência sexual. Por exemplo, os analfabetos apresentam quase o dobro de predomínio de violência sexual em comparação com pessoas com ensino superior (Santos *et al.*, 2022).

Dessa maneira, verifica-se que o risco de sofrer violência sexual existe para toda a população. Entretanto, este risco é muito mais alto nas mulheres pretas e nas crianças e adolescentes. De acordo com Bezerra e colaboradores (2016), as populações de risco citadas, que possuem condições socioeconômicas mais desfavorecidas, são propensas a permanecerem em situações de violência crônica.

Ao analisar os casos de estupro, uma das expressões da violência de gênero e da violência sexual, observa-se que apenas 8,5% chegam ao conhecimento da polícia, e 4,2% são identificados pelo sistema de saúde (Ferreira *et al.*, 2023a). Cerqueira e Coelho (2014) estimam que somente 10% dos casos de violência sexual chegam a público, seja por meio de denúncias à polícia ou através do sistema de saúde.

A maioria das vítimas de violência sexual não busca a polícia ou os serviços de saúde devido, entre outros fatores, à vergonha e ao sentimento de culpa internalizados pelas vítimas, decorrentes dos valores patriarcais (Ferreira *et al.*, 2023a). Essa subnotificação também se deve ao fato dos impactos físicos e psicológicos gerados por essa violência, pelas percepções sociais e pela falta de estrutura dos serviços de atendimento. Conseqüentemente, muitas dessas vítimas acabam desassistidas pelas políticas públicas (Costa; Santos, 2021).

Com base nos dados apresentados, conclui-se que a temática da violência sexual é desafiadora em vários aspectos, que envolvem a formulação e o consenso sobre medidas de prevenção e combate, bem como métodos de atenção à saúde e de acompanhamento às pessoas afetadas por suas diversas manifestações (Lima; Freitas Júnior, 2024). Ela gera consequências não somente para as vítimas, mas também para seus familiares e o próprio sistema de saúde, e atinge toda a sociedade.

No Brasil, há décadas, a violência já é reconhecida como uma questão de saúde pública, segurança e justiça. Assim, requer a existência e a implementação de políticas e ações integradas de todos esses setores (Teixeira *et al.*, 2023; Lima; Freitas Júnior, 2024). Embora não seja exclusivamente um problema de saúde, o setor de saúde destaca-se pela sua fundamental importância para detecção desse tipo de agravo, uma vez que é o local para o qual as mulheres vítimas de violência geralmente buscam atendimento e orientação (Mascarenhas *et al.*, 2020).

A violência sexual, vista como expressão da iniquidade de gênero e da opressão estrutural, está intrinsecamente ligada a fatores sociais, políticos e econômicos que intensificam a vulnerabilidade de determinados grupos e a assistência às vítimas não pode ser pensada de forma fragmentada ou isolada. O seu enfrentamento depende de ações intersetoriais, que possibilitem um atendimento integral às vítimas, além da proteção e da prevenção de novas ocorrências (Lima; Freitas Júnior, 2024).

Além disso, é necessário que ela seja compreendida como parte de um fenômeno mais amplo, resultante das contradições do sistema capitalista. A retração do papel do Estado na provisão de serviços essenciais, aliada ao aprofundamento das iniquidades, gera um ambiente propício para a reprodução de violência, entre elas a violência sexual, pois priva as vítimas de acesso a mecanismos de proteção, justiça e atenção à saúde. Dessa forma, a interseção entre a violência sexual e a crise do capital evidencia como as estruturas socioeconômicas não apenas condicionam, mas também perpetuam as vulnerabilidades e os ciclos de violência.

## 2.5 A CRISE DO CAPITAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E VULNERABILIDADE NO BRASIL

A partir da política neoliberal ocorreu uma significativa mudança de paradigma, acompanhada de esforços para incorporar estruturas do setor privado e modelos de organização empresarial nas instituições estatais. Essa doutrina sustenta que o mercado, por meio de seu próprio mecanismo de autorregulação entre oferta e demanda, é capaz de fornecer soluções. Com essas transformações houve a redefinição do papel do Estado, que passou a ser percebido como um facilitador da acumulação de capital, adotou políticas de austeridade e desregulamentação. No entanto, essa dinâmica resultou, inevitavelmente, na concentração de poder e de capital. Proporcionou direitos e liberdades para os mais ricos, e aumentou a iniquidade e concentração de riquezas (Menchise; Ferreira; Álvarez, 2023).

Segundo Iamamoto (2021), o neoliberalismo é caracterizado por profundas mudanças nas relações entre o Estado e a sociedade civil, embora envolva uma forte intervenção estatal em benefício de interesses privados, contraditoriamente prega a redução da atuação estatal na esfera social, o que justifica a necessidade pela crise fiscal. Esse processo resulta na privatização de setores públicos e na submissão do Estado aos interesses econômicos e políticos dominantes, compromete a soberania nacional em prol do capital financeiro e do pagamento de dívidas internas e externas. A crítica neoliberal argumenta que os serviços públicos, baseados na universalidade e gratuidade, sobrecarregam os gastos estatais, propõe, assim, a redução de despesas para projetos sociais.

As diretrizes neoliberais foram pautadas em princípios de eficácia e eficiência, e promoveu a internalização desses valores no indivíduo, que, submetido a avaliações constantes de desempenho, enfrentava a crescente exigência de produtividade e a imposição de uma obrigação contínua de superar seus próprios limites, tanto internamente quanto de forma imposta externamente (Menchise; Ferreira; Álvarez, 2023)

Nesse contexto, as relações de trabalho passam por transformações significativas, introduz novos padrões de produção e acumulação. Essas mudanças promovem a flexibilização das relações e das condições de trabalho, enquanto ocorre a redução das legislações trabalhistas e das políticas sociais conquistadas

através das lutas da classe trabalhadora. O objetivo central é diminuir os custos de produção, assegurar a reprodução ampliada do capital e promover a superexploração da força de trabalho (Araújo; Diligenti, 2019).

A produção tornou-se globalizada, impulsionada pela flexibilização produtiva, com avanços tecnológicos e informacionais, além da incorporação da robótica. O emprego estrutural foi transformado, caracterizado, por um lado, pela flexibilização produtiva e segmentação dos trabalhadores em estruturas ocupacionais cada vez mais complexas e, por outro, pela crescente precarização das condições de trabalho e dos próprios trabalhadores (Yazbeck, 2021).

Além disso, ao contrário do período pós-Segunda Guerra, caracterizado por políticas de bem-estar social, o neoliberalismo promoveu uma redução do papel protetivo do Estado, transferiu a responsabilidade para o indivíduo e o mercado. Essa abordagem resultou em políticas públicas que passaram a salientar soluções compensatórias e focalizadas, e não mais na garantia de direitos universais. Ela deixou de ser tratada como uma consequência das contradições do capitalismo e passou a ser vista como um problema de gestão eficiente dos recursos limitados do Estado. Essa transformação contribuiu para o aumento da iniquidade e da vulnerabilidade social, pois o Estado retirou-se progressivamente do provimento de serviços essenciais, priorizou ajustes fiscais e privatizações (Netto, 2011).

Dessa forma, observa-se uma retração do papel do Estado na esfera social, acarretou consequências negativas para a classe trabalhadora, que enfrentou uma crescente limitação no acesso a condições de vida dignas e à proteção social, e intensificou a vulnerabilidade e a precarização de seus direitos básicos (Leal; Castro, 2021). Fica evidente, portanto, que a acumulação de riqueza depende da exploração da força de trabalho. Assim, pode-se inferir que a origem da Questão Social reside na contradição inerente entre a socialização da produção e a apropriação privada e concentrada da riqueza gerada socialmente, por isso, insolúvel dentro dos limites do sistema capitalista (Araújo; Diligenti, 2019).

A questão social é vista como as múltiplas expressões das iniquidades sociais geradas pela sociedade capitalista, cuja mediação pelo Estado é indispensável. Surge da contradição entre a produção coletiva e a apropriação privada do trabalho, dos meios de produção e de seus resultados. É indissociável da figura do trabalhador, que precisa vender sua força de trabalho para suprir suas necessidades. Reflete as disparidades econômicas, políticas e culturais entre as

classes, influenciadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, envolve uma constante luta pela cidadania e questiona as relações entre a sociedade civil e o Estado (Iamamoto, 2021).

Segundo Yazbek (2021), as principais características da questão social se expressam nas iniquidades sociais geradas pelas relações sociais da sociedade industrial e resulta no pauperismo. Portanto a questão social decorre da divisão da sociedade em classes e da disputa pela riqueza produzida socialmente, cuja distribuição no modo de produção capitalista é desigual.

Isto posto, a vulnerabilidade social é um reflexo das expressões da questão social, imposta pelas contradições do modo de produção capitalista. Representa as condições de risco e privações enfrentadas por certos grupos devido a fatores econômicos, políticos e sociais. Ela é resultado direto da precarização das condições de vida e trabalho e da redução das políticas de proteção social, especialmente em contextos de reestruturação neoliberal, que ampliam as iniquidades e dificultam a garantia de direitos básicos.

A vulnerabilidade social é definida como um conceito dinâmico, que varia ao longo do tempo conforme os fatores socioeconômicos, políticos e ambientais (Souza; Panúncio-Pinto; Fiorati, 2019). A gravidade dessa condição está diretamente ligada às circunstâncias sociais, que mostra como esses fatores interagem para gerar situações de desvantagem e exclusão (Silva, I., *et al.*, 2019). Ela resulta de iniquidades estruturais na sociedade, reflete iniquidades no acesso a recursos e oportunidades fundamentais para a inclusão econômica e social (Souza; Panúncio-Pinto; Fiorati, 2019).

A vulnerabilidade não está atrelada somente à falta ou precariedade de acesso à renda, mas também associada às fragilidades nos vínculos afetivo-relacionais e à iniquidade no acesso a bens e serviços públicos (Carmo; Guizardi, 2018). É expandida para além do campo econômico, inclui fatores de raça, gênero e etnia, além de aspectos simbólicos e culturais, está relacionada a uma série de fatores que restringem a mobilidade social e o acesso a oportunidades, o que resulta em exclusão social e marginalização (Guareschi *et al.*, 2007).

Nesse sentido, ela precisa ser entendida não apenas como uma condição inerente aos indivíduos, mas como resultado de um contexto social e político desigual, requer intervenções mais abrangentes e intersetoriais para garantir direitos e reduzir as iniquidades sociais (Carmo; Guizardi, 2018).

Essas iniquidades postas na sociedade capitalista têm vinculação direta com o processo saúde-doença das sociedades, ou seja, há fatores que vão influenciar de forma direta na saúde dos sujeitos. Esse processo é profundamente influenciado pela iniquidade social, expressa em pobreza e miséria extrema. É impactado pela concentração de renda e riqueza, pela resistência a pactos redistributivos, pela informalidade e precarização do trabalho sem proteção, e pelas condições de raça, gênero, etnia e classe social, que ampliam a iniquidade (Leal; Castro, 2021).

A relação entre iniquidades, expressões da questão social e o processo saúde-doença está fundamentada na incapacidade de parte da população de acessar recursos essenciais para a reprodução social, compromete a satisfação equitativa de suas necessidades físicas, emocionais e materiais. Essa situação resulta em condições de vida e trabalho precárias, que favorecem o adoecimento e refletem a determinação social do processo saúde-doença (Leal; Castro, 2021).

Importante ressaltar que ao tratar de determinação social não se observa os determinantes de forma reducionista e fragmentada, associadas apenas com fatores de risco e estilos de vida individuais. Deve-se reconhecer que os comportamentos individuais que repercutem na saúde são determinados por uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica (Albuquerque; Silva, 2014).

Fatores como raça, gênero, identidade de gênero, classe social e status migratório são determinantes que influenciam o processo saúde-doença. Essas iniquidades estruturais impactam diretamente a saúde de grupos socialmente desfavorecidos, resulta em maiores taxas de morbidade e mortalidade (Galvão *et al.*, 2021).

Assim, a saúde não se resume a uma resposta biológica de organismos individuais às condições ambientais, mas é, sobretudo, uma construção social e coletiva. As formas de organização social, bem como as condições de vida e trabalho, desempenham um papel central na determinação da saúde. Quanto mais desiguais forem essas condições, mais graves serão os impactos na saúde da população. Nesse sentido, a vulnerabilidade social aumenta significativamente o risco de adoecimento, afeta diretamente o bem-estar de indivíduos e grupos que vivem com recursos limitados. As condições socioeconômicas desfavoráveis não apenas agravam a saúde, mas também perpetuam um ciclo de exclusão e pobreza, dificultam a superação das adversidades e comprometem o desenvolvimento social (Souza; Panúncio-Pinto; Fiorati, 2019).

É possível notar que, a busca da burguesia nacional por lucros crescentes acentuou as iniquidades sociais, agravadas pela limitada atuação estatal e pela captura do fundo público, impactou diretamente as condições de vida da população. Esse cenário molda o processo saúde-doença no Brasil, que é marcado pelo colonialismo, escravidão e capitalismo, que perpetua a luta de classes, racismo e iniquidades de gênero e sexualidade (Leal; Castro, 2021).

Essas raízes estruturais contribuem para vulnerabilidades sociais que ampliam a exposição à violência. Como relata Menchise, Ferreira e Álvarez (2023) as políticas neoliberais, além da precarização do trabalho e da redução das políticas públicas e sociais no mundo ocidental resultaram no aumento da iniquidade social, da violência urbana e da pobreza.

A relação entre vulnerabilidade social e violência é especialmente relevante no que tange à violência sexual. A precariedade socioeconômica e a falta de redes de apoio aumentam a exposição a riscos como abuso sexual, perpetua ciclos de marginalização e exclusão (Rocha *et al.*, 2023). Crianças, adolescentes e mulheres em contextos de pobreza estão mais vulneráveis a esse tipo de violência, devido à ausência de suporte social e de políticas efetivas de proteção (Pessoa; Scorsolini-Comin, 2020).

No caso das mulheres, a vulnerabilidade social é ampliada por fatores biológicos e psicológicos, resulta em altas taxas de violência sexual, que representam um grave problema de saúde pública no Brasil. A falta de recursos adequados para assistência e reabilitação dessas vítimas perpetua o ciclo de violência e exclusão social (Correia *et al.*, 2021).

Assim, é essencial que as políticas públicas considerem os contextos sociais e culturais que exacerbam a vulnerabilidade, implementem redes de proteção social capazes de prevenir e enfrentar a violência sexual. Intervenções voltadas à promoção da educação, assistência social e saúde são fundamentais para romper o ciclo de violência e exclusão, especialmente entre crianças, adolescentes e mulheres (Rocha *et al.*, 2023; Correia *et al.*, 2021).

Entretanto, haja vista que a violência é uma consequência das expressões da questão social, é evidente que suas causas só serão superadas com a resolução das contradições fundamentais do modo de produção capitalista, especialmente a contradição entre a socialização do trabalho e a apropriação privada do lucro. Essa

superação só será viável por meio de uma ruptura radical com o modo de produção capitalista (Araújo; Diligenti, 2019).

Além disso, as políticas de austeridade e desregulamentação econômica reforçaram a marginalização de territórios periféricos, aumentam a vulnerabilidade social e intensificam a exposição à violência. Dessa forma, o território emerge como uma categoria central na compreensão das iniquidades sociais e na organização dos serviços de saúde. É nesse espaço que as contradições do modelo econômico se manifestam de maneira concreta, influenciam a saúde das populações e determinam a eficácia das políticas públicas.

## 2.6 O PAPEL DO TERRITÓRIO NA ARTICULAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Conforme discutido na seção anterior, no contexto das políticas neoliberais, observou-se uma redefinição do papel do Estado e uma ênfase na lógica de mercado. Essa transformação impactou diretamente a organização e a distribuição dos serviços públicos de saúde e redefiniu o papel do território como elemento estruturante. O neoliberalismo, ao promover a redução das intervenções estatais, intensificou a centralização das atividades econômicas e, paradoxalmente, reforçou a segregação espacial e social (Monken; Barcellos, 2005).

O território tornou-se permeado por forças econômicas e tecnológicas que ultrapassam as fronteiras estatais, conferem ao espaço uma nova funcionalidade. Esse processo submete o território às dinâmicas do mercado global, que frequentemente priorizam interesses econômicos em detrimento das necessidades locais e da sociedade civil. Como consequência, o território se configura como um espaço de tensões e contradições, marcado pela alienação e fragmentação, onde as relações sociais e a coesão territorial são fragilizadas pela imposição de normas externas e pela lógica de acumulação de capital (Santos, 2005).

Diante dessa conjuntura, será debatido o papel do território na articulação dos serviços de saúde e no enfrentamento à violência, ressaltando-se que ele não pode ser visto apenas sob a ótica do mercado. A visão estritamente econômica gera um conflito entre o uso social e o uso econômico dos recursos, o que desestabiliza o território ao concentrar poder e reorganizar o espaço para atender às demandas de

empresas globais, em detrimento das necessidades da sociedade local (Santos, 1999).

Santos (1999) entende o território de forma dinâmica, como algo que contém um "tempo empírico", onde o passado e as possibilidades futuras estão entrelaçados. Essa abordagem enfatiza a historicidade do território e rejeita uma visão linear do tempo, propõe que o espaço e o tempo formam uma totalidade complexa. Assim, as formas territoriais ganham sentido quando impregnadas por conteúdos sociais e históricos.

No campo da saúde pública, o território é entendido como um espaço físico e social, que vai além da definição geográfica, incorpora as dinâmicas sociais, culturais, políticas e ambientais que moldam as práticas de cuidado. Cada território tem suas particularidades, como padrões de vida, hábitos culturais e relações sociais, que influenciam diretamente a saúde da população e a forma como os serviços são organizados e ofertados (Morosini, 2023; Almeida, D. *et al.* 2023).

O território influencia diretamente nas condições de vida e saúde da população e o seu conhecimento possibilita que os gestores criem estratégias alinhadas às necessidades e particularidades locais, leva em consideração fatores como a geografia, os recursos disponíveis e as características epidemiológicas da população (Almeida, D. *et al.*, 2023).

A compreensão da saúde e da organização dos serviços de atenção à população deve considerar o território como um elemento central, visto como um espaço socialmente produzido e apropriado por diferentes atores sociais. Ele se constitui como base material e simbólica para a vida humana, onde as dinâmicas sociais, políticas e culturais se manifestam e influenciam a organização da sociedade (Monken, 2024).

No Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de território é fundamental para a organização das ações de saúde, permite a regionalização dos serviços e define áreas de abrangência (Monken, 2024). O SUS é baseado em um modelo territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente pelas redes de atenção à saúde. Em suma, o território é visto como uma ferramenta operacional fundamental para planejar e executar políticas de saúde pública, essencial para a compreensão das condições de saúde e para a organização dos serviços de saúde, de modo a garantir que as necessidades específicas das populações sejam atendidas de maneira adequada e eficiente (Gondim *et al.*, 2008).

Assim, o reconhecimento do território como um espaço de interações e disputas permite aos gestores ultrapassar a visão tecnocrática e criar estratégias realmente adequadas às necessidades locais, observa fatores como a distribuição geográfica dos recursos, as especificidades culturais e as características epidemiológicas das populações. No entanto, essa adequação depende da compreensão crítica de que o território, produzido socialmente, carrega iniquidades estruturais que afetam diretamente a saúde.

Nesse sentido, para resistir às pressões de um mercado globalizado, é necessário desenvolver um conhecimento analítico sobre o território, explorar suas dinâmicas internas e as formas como os diferentes lugares interagem. Santos (2005) propõe uma união das forças locais e regionais para construir uma alternativa à globalização perversa<sup>1</sup>, onde a dignidade humana e o “espaço banal” – como território de todos – sejam restaurados. Para o autor, a construção de “novas horizontalidades” permitirá uma nova forma de globalização, pautada em valores humanos e coletivos, em contraste com a lógica mercantil que impera atualmente (Santos, 2005).

Para fortalecer essa análise, é essencial estabelecer a diferença entre território e territorialização. O conceito de território abrange as dinâmicas sociais e espaciais de forma ampliada, reconhece o espaço como socialmente construído e apropriado pelos habitantes. Já a territorialização envolve um processo social e político que busca construir identidades e práticas a partir do uso concreto e simbólico do espaço (Monken; Barcellos, 2005).

A territorialização, portanto, é uma estratégia prática no SUS que visa à organização da saúde de forma descentralizada, permite que a configuração dos serviços se adapte às particularidades locais e promova uma resposta mais integrada e adequada aos problemas de saúde da população (Monken; Barcellos, 2005).

---

<sup>1</sup>A globalização perversa, segundo Milton Santos, refere-se a um processo de globalização que acentua as iniquidades socioespaciais. É caracterizada pela imposição de normas e regras utilitárias e egoístas, que beneficiam principalmente os atores hegemônicos, como grandes corporações e instituições financeiras internacionais, em detrimento das comunidades locais e da sociedade civil. Esse tipo de globalização promove a alienação dos espaços e das pessoas, enfraquecendo a coesão social e a solidariedade baseada na contiguidade e na vizinhança solidária (Santos, 2005).

Assim, o processo de territorialização precisa ser entendido como um mecanismo que integra, além da disposição dos serviços, a dimensão social e política do espaço. Ela não se restringe ao levantamento de dados e ao mapeamento de doenças, mas inclui o fortalecimento dos vínculos entre as instituições de saúde e as comunidades locais. Segundo Fuini (2015), a territorialização no SUS envolve também a integração intersetorial, facilita ações coletivas que atendam às demandas de saúde e enfrentamento da violência em áreas mais vulneráveis. Dessa maneira, a territorialização é um processo em constante construção, que requer a participação ativa dos profissionais de saúde e a incorporação do saber local para efetivar ações que sejam, de fato, ajustadas à realidade de cada território.

A territorialização desempenha um papel crucial ao adaptar os serviços de saúde ao contexto geográfico e social das populações, em conformidade com os princípios de universalidade, equidade e integralidade, estabelecidos pela Constituição Federal. Esse processo constrói vínculos entre a população e os serviços de saúde, garante que as ações de prevenção e promoção da saúde sejam adequadas às especificidades locais e assegura o direito à saúde para todos, independentemente de sua localização, além de reforçar o dever do Estado em garantir sua efetivação (Faria, 2020)

Esse processo torna o território uma categoria central para o planejamento das ações de saúde, reforça a ideia de que a saúde é produzida socialmente, em interação com o ambiente e as condições de vida (Morosini, 2023).

Portanto, a territorialização das ações de saúde é vista como uma estratégia essencial para promover a saúde de forma mais equitativa e sustentável, com a integração das necessidades locais. O território é, assim, um espaço de conflitos e pactos, onde diferentes interesses se sobrepõem, e sua gestão deve considerar essas múltiplas dimensões para garantir a sustentabilidade e a promoção da saúde (Monken, 2024).

Segundo Monken (2024), é necessário reconhecer as identidades territoriais, a memória e os laços sociais que se desenvolvem nesses espaços, pois eles são cruciais para a promoção da saúde e a construção de territórios sustentáveis. Essa proposta sugere a integração de diversos saberes e práticas, promove a autonomia das populações e a construção de um modelo de desenvolvimento que valorize as características locais e respeite as dinâmicas sociais e ambientais.

Nesse sentido, conclui-se que a fragmentação do território, induzido pelas políticas neoliberais, exige que a saúde pública repense a organização de suas práticas, e incorpore a territorialização não como um simples mapeamento administrativo, mas como uma ferramenta essencial de análise social (Monken; Barcellos, 2005). É necessário ter entendimento mais humano e inclusivo do território, além de enfatizar que o conhecimento crítico do território é essencial para construir um futuro mais justo e equitativo (Santos, 2005).

Ao abordar o enfrentamento da violência, a territorialização torna-se ainda mais relevante e o território desempenha um papel central, especialmente quando se considera a distribuição desigual dos recursos e oportunidades sociais. A configuração territorial pode influenciar tanto o aumento quanto a exposição à violência, uma vez que áreas marcadas por vulnerabilidade social, tendem a concentrar maiores índices de violência. E a distribuição desigual dos serviços de saúde, segurança pública e assistência social em diferentes territórios faz com que populações vulneráveis em regiões periféricas tenham menos acesso, o que dificulta o atendimento e a proteção eficaz dessas pessoas. A articulação entre o território e a violência evidencia como as políticas públicas falham em atender às necessidades dessas populações, o que perpetua um ciclo de exclusão e descaso estatal (Corrêa *et al.*, 2021).

A realidade de cada território molda a forma como os serviços de atendimento às vítimas de violência devem operar, e considera as demandas específicas de cada local. A atuação se dá tanto a partir da colaboração intrasetorial, quanto da intersetorial, deve existir uma ação integrada, que considere a complexidade das demandas por proteção social e enfatiza a interdependência entre os diversos setores e instituições para garantir a proteção e prevenção à violência (Brasil, 2018).

A organização integrada dos serviços é essencial para garantir um atendimento eficaz para as vítimas de violência sexual. A construção de um sistema de enfrentamento à violência envolve a articulação de vários serviços, de instituições governamentais e não governamentais, além da comunidade (Njaine; Delzियो; Oliveira, 2020). Identificar o território, realizar diagnóstico dos serviços, e entender seus fluxos, é um importante passo na definição e construção desse sistema (Delzियो; Oliveira; Lacerda, 2018).

Silva, T. (2011) pontua que a rede de atenção às pessoas em situação de violência engloba um conjunto de medidas e serviços de diversos setores, e destaca a assistência social, a justiça, a segurança pública e a saúde. O seu objetivo é ampliar e aprimorar a qualidade do atendimento, garantir a identificação e o encaminhamento adequado das pessoas em situação de violência, e assegurar a integralidade e a humanização da atenção à saúde.

A natureza dos serviços é diversa e, em sua maioria, integrada ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS), Sistema de Justiça e de Direitos Humanos, Sistema Único de Segurança Pública, e da Sociedade Civil Organizada, dependendo da realidade de cada município. Essa integração é essencial para oferecer uma resposta mais eficaz e coordenada, e permitir que diferentes setores e serviços trabalhem de maneira articulada. Assim, pode-se garantir que as múltiplas dimensões da violência sejam abordadas, e promovam um suporte mais abrangente e contínuo para as vítimas e comunidades afetadas (Delziovo; Oliveira; Lacerda, 2018).

A construção de uma rede de combate à violência é um processo dinâmico e ininterrupto, que demanda significativo dinamismo e dedicação de todos os setores envolvidos. Sobretudo, destaca-se a participação ativa dos profissionais das instituições na promoção de ambientes e relações saudáveis, na prevenção da violência e na implementação de medidas para aprimorar o suporte às pessoas em situação de violência, e incluir vítimas e agressores (Njaine; Delziovo; Oliveira, 2020).

É importante ressaltar que, mesmo na ausência de uma estrutura consolidada da rede, é viável realizar o acompanhamento e o encaminhamento das pessoas em situação de violência, e para isso é necessário que o profissional esteja familiarizado com os serviços disponíveis (Schraiber; D'Oliveira, 2003).

No entanto, apesar dos avanços, as ações de enfrentamento à violência ainda são marcadas pela fragmentação e pela falta de integração com o conhecimento do território. Predomina, na saúde, uma orientação pautada pelo modelo médico hegemônico, que privilegia o tratamento em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde, com foco em hospitais e serviços especializados, que não priorizam a comunidade, o território e a atenção básica (Paim, 2018).

Segundo Santos (1999), as ações devem ser centradas no conhecimento local, ele é fundamental para a formulação de políticas que reflitam a realidade dos lugares. O fortalecimento do saber local é essencial para a construção de uma consciência territorial e a promoção de práticas que favoreçam a solidariedade e autonomia dos territórios, no entanto, observa-se uma lacuna significativa na incorporação efetiva desse saber nas práticas de saúde e prevenção da violência. Muitas vezes, as políticas públicas de saúde são desenhadas a partir de uma perspectiva centralizada e generalista. Essa abordagem centralizadora reflete a dificuldade de transpor para a prática os princípios de territorialização, o que resulta em políticas descontextualizadas e pouco eficazes na prevenção e enfrentamento da violência.

Em síntese, o território e a territorialização configuram-se como categorias indissociáveis no planejamento e execução de políticas de saúde e no enfrentamento de questões sociais complexas como a violência. Ao articular o saber local e os recursos do SUS, a territorialização torna-se uma ferramenta poderosa para combater as iniquidades sociais e promover um atendimento mais eficaz e humanizado. Esse processo se apresenta como uma resposta às demandas dos cidadãos, respeita suas identidades e valores locais, e promove uma transformação social ancorada no direito à saúde e na dignidade humana (Monken; Barcellos, 2005; Santos, 2003).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Analisar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e mulheres no município de Juiz de Fora – MG e sua relação com a vulnerabilidade social e com a distribuição dos serviços de saúde que atendem essas vítimas.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os episódios de violência sexual contra meninas e mulheres no município de Juiz de Fora por meio dos casos notificados no SINAN no ano de 2023, segundo as características das vítimas, características dos autores, características da ocorrência e características da notificação;
- Identificar as áreas de vulnerabilidade social em Juiz de Fora – MG, com base nos dados do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único e nos Territórios Socioassistenciais;
- Apresentar a distribuição territorial dos serviços de saúde que prestam atenção à saúde às vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora;
- Analisar a correlação entre as áreas de vulnerabilidade social e a distribuição espacial dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres notificados no SINAN no município de Juiz de Fora no ano de 2023;
- Analisar a distribuição territorial dos serviços de saúde e correlacioná-los com as áreas de maior ocorrência de casos de violência sexual.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo ecológico com abordagem de análise espacial, que caracteriza os casos de violência sexual contra meninas e mulheres notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) durante o ano de 2023, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. A pesquisa utiliza dados do SINAN referentes às notificações de violência sexual, bem como informações sobre vulnerabilidade social provenientes do Cadastro Único (CADÚnico), obtidas por meio do Observatório do Cadastro Único.

### 4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Juiz de Fora está localizada no interior do estado de Minas Gerais, na Zona da Mata mineira. De acordo com o Censo 2022, a população é de 540.756 (quinhentos e quarenta mil e setecentos e cinquenta e seis) habitantes. Em dados gerais, a população de Juiz de Fora é composta majoritariamente por mulheres, as quais representam 53% do total da população. Os homens correspondem a 47% do número total e a diferença entre homens e mulheres é de 32.436 (trinta e dois mil e quatrocentos e trinta e seis) habitantes. Com relação às características de raça/cor da população, Juiz de Fora tem 52,93% da população que se descreve como branca, 46,82% se autodenominam negra, 0,15% amarela e 0,1% indígena (IBGE, 2023).

Em setembro de 2024, o município de Juiz de Fora – MG contava com aproximadamente 157.000 pessoas e 69.764 famílias cadastradas no Cadastro Único, que representa cerca de 29% da população local. A partir dessas informações, calcula-se o Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único (IVCAD), cujo valor para o município foi de 0,274 nesse período (Brasil, 2024b).

O IVCAD é um indicador composto que sintetiza seis dimensões da vulnerabilidade social: necessidade de cuidados; desenvolvimento na primeira infância; desenvolvimento de crianças e adolescentes; trabalho e qualificação de adultos; disponibilidade de recursos; e condições habitacionais. Cada dimensão é construída com base na média dos indicadores que a compõem, que totaliza 40

indicadores no conjunto. Sua escala varia de 0 a 1, os valores mais próximos de 1 indicam maior vulnerabilidade. O índice é calculado para famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família ou, quando não beneficiárias, para aquelas com cadastro atualizado nos últimos dois anos e renda per capita de até meio salário-mínimo.

Neste estudo, a delimitação das áreas de vulnerabilidade social tem como base os dados do IVCAD, disponíveis no Observatório do Cadastro Único. Trata-se de um instrumento amplamente utilizado para mensurar a vulnerabilidade social em nível municipal e regional, por meio de variáveis relacionadas à renda e a diversos fatores sociais agravantes.

Também foram utilizados os dados de violência sexual notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). A Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora (SMS-JF) realiza o processamento dos dados no SINAN e, posteriormente, os transfere para a esfera estadual e federal. O SINAN é alimentado pela ficha de notificação individual (Anexo 1), que é composta por um conjunto de variáveis, distribuídos em dez blocos, que inclui dados da pessoa atendida, da ocorrência, da violência, do provável autor e dos encaminhamentos.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violência é obrigatória em todos os serviços de saúde, públicos e privados, além de ser passível de utilização por outros serviços da rede, como assistência social, conselho tutelar e instituições de ensino. Em Juiz de Fora/MG, a ficha de notificação é preenchida e encaminhada à Vigilância Epidemiológica, e direcionada ao setor de Doenças Crônicas Não Transmissíveis para verificação da qualidade dos dados. Fichas incompletas ou com campos obrigatórios em branco são descartadas, enquanto as demais são enviadas ao setor responsável pela alimentação dos dados no SINAN.

Os dados do presente estudo foram fornecidos pela SMS-JF (Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora). Para a criação do banco de dados, as notificações foram filtradas a partir da combinação entre as variáveis sexo atribuído ao nascimento e identidade de gênero, de forma a contemplar as identidades de meninas e mulheres cisgêneras, transgêneras e travestis.

Assim, foram incluídos no estudo todos os registros do SINAN de notificação de violência sexual contra meninas e mulheres, de todas as faixas etárias, referentes ao ano de 2023. Foram excluídas: as fichas de notificações duplicadas; as que não apresentaram data de ocorrência; as que não possuíam identificação do tipo de

violência sofrida; as que não informaram o bairro de ocorrência; e os casos em que, apesar de terem sido notificados em Juiz de Fora/MG, a violência ocorreu em outro município.

A qualificação das notificações de violência, com vistas à eliminação de duplicidades, foi realizada diretamente no sistema SINAN, no momento da digitação dos dados, por meio de verificação automática. O sistema realiza cruzamento de campos-chave, como nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento, sexo, município de residência, data da notificação e tipo de agravo notificado. Em seguida, gera um relatório com os pares de registros que apresentam alta similaridade, os quais são encaminhados para análise da referência técnica de violência da Vigilância Epidemiológica.

Com o relatório em mãos, a profissional faz a busca manual das fichas e a análise de possíveis duplicidades, com base na comparação detalhada de todos os campos do formulário, incluindo dados pessoais e da ocorrência. Quando confirmada a duplicidade, a referência técnica define qual registro deverá ser mantido, geralmente aquele com maior completude ou o mais recente, e os demais registros são marcados como duplicados, sendo excluídos do sistema. Nos casos em que se conclui que os registros se referem a eventos distintos, marca-se no sistema a opção “NÃO LISTAR”, para garantir a permanência de ambos os registros e evitar que sejam reanalisados como duplicidade em verificações futuras.

Após esse processo, as variáveis extraídas do SINAN foram organizadas em blocos temáticos, com o objetivo de sistematizar a caracterização dos casos. Esses blocos contemplam: características das vítimas; características dos agressores; informações relativas à ocorrência; e dados referentes à notificação, conforme quadro 1 a 4:

Quadro 1 – Organização das variáveis notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Características das Vítimas

(continua)

<b>Características das Vítimas</b>			
<b>Variável</b>	<b>Fonte</b>	<b>Como está representada na Ficha de Notificação</b>	<b>Como está categorizada</b>
<b>Ciclo de vida da vítima</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 12 - Idade	Faixa etária (em anos completos: 0 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 e +)

(conclusão)

Variável	Fonte	Como está representada na Ficha de Notificação	Como está categorizada
<b>Raça / cor</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 15 - Raça / Cor 1- Branca; 2 - Preta; 3 - Amarela; 4 - Parda; 5 - Indígena; 9 - Ignorado	Branca; Preta; Parda; Indígena e Amarela
<b>Situação Conjugal</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 35 - Situação conjugal / Estado civil: 1- Solteiro; 2 - Casado/união consensual; 3 - Viúvo; 4 - Separado; 8 - Não se aplica; 9 - Ignorado	Solteiro; Casado/união estável; Viúvo; Separado; Não se aplica; Ignorado
<b>Deficiência ou Transtorno</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 38 - Possui algum tipo de deficiência/transtorno? 1-Sim 2- Não 9- Ignorado Campo 39 - Se sim, possui qual tipo de deficiência/transtorno? Deficiência física; intelectual; visual; auditiva; transtorno mental; transtorno de comportamento; outras	Deficiência(física; intelectual; visual; auditiva) ou transtorno (mental, comportamental) (sim; não)
<b>Orientação Sexual</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 36 - Orientação sexual 1- Heterossexual; 2-Homossexual (gay/lésbica); 3-Bissexual; 8-Não se aplica; 9-Ignorado	Heterossexual; homossexual; bissexual; não se aplica; ignorado
<b>Identidade de gênero</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 37 - Identidade de Gênero 1- Travesti; 2-Mulher Transexual; 3- Homem Transexual; 8-Não se aplica; 9-Ignorado	Cisgênera; transgênera e travesti
<b>Escolaridade</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 16 - Escolaridade 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do Ensino Fundamental (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau ) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau ) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica	Analfabeto; 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental; 4ª série completa do Ensino Fundamental; 5ª à 8ª série incompleta do Ensino Fundamental; Ensino fundamental completo; Ensino médio incompleto; Educação superior incompleta; Educação superior completa; Ignorado; Não se aplica

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 2 – Organização das variáveis notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Características dos Agressores

(continua)

Características dos Agressores			
Variável	Fonte	Como está representada na Ficha de Notificação	Como está categorizada
<b>Sexo</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 62 - Sexo do provável autor da violência - 1 - Masculino; 2 - Feminino; 3 - Ambos os sexos; 9 - Ignorado	Masculino, feminino; ignorado
<b>Vínculo com a vítima</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 61 - Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Cônjuge; Ex-Cônjuge; Namorado(a); Ex-Namorado(a); Filho(a); Irmão(ã); Amigos/conhecidos; Desconhecido(a); Cuidador(a); Patrão/chefe; Pessoa com relação institucional; Policial/agente da lei; Própria pessoa; Outros	Pai/mãe; padrasto/madrasta; cônjuge/namorado/ex-cônjuge/ex-namorado; filho/irmão; amigo/conhecido; escola/cuidador; desconhecido; pessoa com relação institucional; patrão/chefe; policial/agente da lei; outros

(conclusão)

Variável	Fonte	Como está representada na Ficha de Notificação	Como está categorizada
<b>Ciclo de vida do autor da violência</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 64 - Ciclo de vida do provável autor da violência 1-Criança (0 a 9 anos); 2-Adolescente (10 a 19 anos); 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais); 9 - Ignorado	Criança (0 a 9 anos); adolescente (10 a 19 anos); jovem (20 a 24 anos); pessoa adulta (25 a 59 anos); pessoa idosa (60 anos ou mais); ignorado

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 3 – Organização das variáveis notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Características da Ocorrência

Características da Ocorrência			
Variável	Fonte	Como está representada na Ficha de Notificação	Como está categorizada
<b>Mês da ocorrência</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 9 - data da ocorrência da violência	Janeiro; Fevereiro; Março; Abril; Maio; Junho; Julho; Agosto; Setembro; Outubro; Novembro; Dezembro.
<b>Local</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 52 - Local de ocorrência 01 - Residência; 02 - Habitação coletiva; 03 - Escola; 04 - Local de prática esportiva; 05 - Bar ou similar; 06 - Via pública; 07 - Comércio/serviços; 08 - Indústrias; 09 - Outro; 99 - Ignorado	Residência; escola; via pública; outro (habitação coletiva; local de prática esportiva; bar ou similar; comércio/serviços; indústrias/construção; ou qualquer outro local
<b>Tipo</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 58 - Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? Assédio sexual; Estupro; Pornografia infantil; Exploração sexual; Outros	Assédio sexual; estupro; exploração sexual; pornografia infantil; outro
<b>Meio de Agressão</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 57 - Força corporal/espancamento; Obj. perfuro-cortante; Obj. contundente; Arma de fogo; Substância/Obj. quente; Envenenamento, Intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro	Força corporal/espancamento; enforcamento; objeto contundente; objeto perfuro-cortante; substância/objeto quente; envenenamento, intoxicação; arma de fogo; ameaça; outro

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 4 – Organização das variáveis notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): Características da Notificação

Características da Notificação			
Variável	Fonte	Como está representada na Ficha de Notificação	Como está categorizada
<b>Tipos de unidade notificadora</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 7 - Nome da Unidade Notificadora	Hospitais; Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Pronto Atendimento; Departamento da Criança e do Adolescente; Vila Verde Saúde Mental
<b>Encaminhamentos realizados</b>	Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN	Campo 65 - Encaminhamento: Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras); Rede de Assistência social (CRAS, CREAS, outras); Rede de Educação (Creche, escola, outras) Rede de atendimento à Mulher (centro especializado de atendimento da mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Conselho Tutelar (Criança/Adolescente); Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento ao Idoso Centro de Referência dos Direitos Humanos Ministério Público Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente – DPCA; Delegacia de Atendimento à Mulher - DEAM; Outras Delegacias; Justiça da Infância e da Juventude; Defensoria Pública	Assistência Social; Conselho Tutelar; Delegacia da Criança e do Adolescente; Delegacia de Atendimento à Mulher; Justiça da Infância e Juventude; Rede de Atendimento à Mulher; Rede de Saúde; Outras delegacias; Ign.branc

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

As informações da ocorrência relativas ao bairro, logradouro e Código de Endereçamento Postal (CEP) foram utilizadas para a criação de um banco de dados georreferenciado e posterior análise espacial. A análise espacial foi realizada a partir do mapa da delimitação dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG, que delimitam áreas de vulnerabilidade social no município.

Paralelamente, foi realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) um levantamento das instituições e serviços de saúde que atendem vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora. Subsequente, foi elaborado um banco de dados georreferenciado com o objetivo de armazenar e gerenciar tais informações.

O desenvolvimento do estudo foi precedido pela aprovação e autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF, registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE nº 83127924.9.0000.5147. A aprovação final foi emitida em 02 de dezembro de 2024 com o Parecer nº 7.261.527 (Anexo D). Todas as etapas seguiram as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Anexo B) foi lido e assinado pelos pesquisadores e pela instituição fornecedora, o que assegura a adequada utilização e proteção dos dados fornecidos.

#### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida em etapas sucessivas, com a finalidade de explorar tanto as características descritivas dos casos de violência sexual quanto sua distribuição territorial e a relação com os serviços de saúde e a vulnerabilidade social. As etapas estão descritas a seguir:

- **Extração, organização dos dados e análise descritiva dos casos:**

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio do aplicativo TABNET, e utilizado o programa Tab para Win (TABWIN). Em seguida, foram tabulados em planilha do Microsoft Excel (versão 2019), onde passou-se à organização das variáveis de interesse.

Posteriormente, utilizou-se o software SPSS (versão 23) para realizar a análise descritiva das variáveis categóricas, com cálculo de frequências absolutas e

relativas. Essa etapa teve como objetivo caracterizar os casos de violência sexual notificados no município de Juiz de Fora em 2023, com base nos dados disponíveis no SINAN.

- **Organização dos dados para análise espacial e construção da base cartográfica:**

Os registros do SINAN foram georreferenciados a partir das informações de bairro, logradouro e CEP, com auxílio do Google Maps para obtenção das coordenadas geográficas. Os dados foram organizados no Excel e posteriormente importados para o software QGIS. As informações espaciais foram estruturadas no sistema de coordenadas UTM, geodésico Sirgas 2000, Zona 23S.

Como base de dados para a elaboração cartográfica, foi utilizado tanto dados da Prefeitura de Juiz de Fora, quanto do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quanto do Open Street Map. Do IBGE, foi utilizado a malha municipal de Minas Gerais, assim como a malha das unidades federativas. A base da Prefeitura de Juiz de Fora forneceu informações sobre rios, represas, ruas, distritos e unidades de planejamento do município. Por fim, o Open Street Map foi utilizado como fundo para os outros municípios.

- **Elaboração de mapas temáticos:**

A partir das informações espacializadas, foram elaborados mapas temáticos que representaram a correlação entre a vulnerabilidade social com base nas informações do CADÚnico e dos Territórios Socioassistenciais e a distribuição territorial dos casos de violência sexual, além da localização dos serviços de saúde que atendem as vítimas de violência sexual.

- **Análise espacial com uso de Sistema de Informação Geográfica (SIG):**

Para alcançar o objetivo principal do estudo foi produzido um mapa síntese, a partir da correlação da distribuição espacial do fenômeno violência sexual com as áreas de vulnerabilidade social e a apresentação espacial dos serviços de saúde que atendem as vítimas de violência sexual. Para tanto, foi necessária uma combinação de informações referenciais geográficas para produzir uma visualização bidimensional dos eventos. Esse conjunto de informações se denomina Sistema de Informação Geográfica (SIG).

O SIG foi utilizado para representar a violência sexual numa perspectiva espacial e identificar áreas quentes (*hotspots*) por meio da geocodificação dos endereços de ocorrência, seguido de Estimativa de Densidade de Kernel. O método concede a intensidade do evento em toda a área, mesmo nas regiões onde não há ocorrência real, ou seja, mostra a ocorrência de distribuições de eventos em aglomerados ou sua ocorrência de maneira aleatória (Bailey; Gatrell, 1995). Esta função realiza uma contagem de todos os pontos dentro de uma região de influência, e os pondera pela distância de cada um à localização de interesse (Câmara *et al.*, 2004).

- **Interpretação dos produtos cartográficos:**

A partir da análise dos produtos cartográficos foi possível identificar se as áreas com altos índices de vulnerabilidade social, identificadas a partir das informações do CADÚnico e da delimitação dos Territórios Socioassistenciais, coincidem com os locais de maior concentração de violência sexual, e com isso fornecer subsídios para o planejamento da atenção à saúde das vítimas de violência sexual no município.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 DESCRIÇÃO DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS E MULHERES, JUIZ DE FORA-MG, ANO 2023

No ano de 2023, em Juiz de Fora - MG, foram registrados no SINAN 967 casos de violência interpessoal/autoprovocada, ocorridos no município. Desses, 234 (24,2%) notificações foram de violência sexual, entre elas, 148 (63,2%) vitimaram pessoas de sexo feminino e 86 (36,8%) pessoas do sexo masculino. Como relatado anteriormente, no presente estudo, foram analisadas as notificações de violência sexual contra meninas e mulheres ocorridas no referido município no ano de 2023, assim, nosso universo é de 148 notificações.

Para facilitar a compreensão dos dados, foram organizadas tabelas conforme as diferentes dimensões do fenômeno investigado. A tabela 1 apresenta a caracterização das vítimas, inclui variáveis como idade, raça/cor e outros fatores relevantes. Já a tabela 2 sistematiza as características dos agressores. A tabela 3 exhibe as características das ocorrências, detalha aspectos como local da violência e outras circunstâncias do evento. E a tabela 4 contém informações sobre as características das notificações.

A análise das notificações de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora no ano de 2023 revela o quanto ela é um fenômeno complexo e polissêmico, são vários fatores que se inter-relacionam, e reforça as iniquidades estruturais que sustentam a violência. Em primeiro lugar, destaca-se a prevalência de vítimas jovens, com uma concentração particularmente elevada entre as meninas de 10 a 14 anos, que representam 25,7% dos casos, seguidos da faixa etária de 0 a 9 anos, com 24,3% dos casos, juntos representam 50% dos casos (Tabela 1). Esse dado é consistente com as tendências nacionais e estaduais.

Tabela 1 - Características das vítimas de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (n=148), Juiz de Fora - MG, ano 2023

(continua)

Variável	Frequência absoluta (n=148)	Frequência relativa (%)
<b>Faixa etária (em anos completos)</b>		
0 – 09 anos	36	24,3%
10 – 14 anos	38	25,7%
15 – 19 anos	22	14,9%
20 – 29 anos	30	20,3%
30 – 39 anos	13	8,8%
40 e +	9	6,1%
<b>Raça/cor</b>		
Branca	57	38,5%
Preta	25	16,9%
Amarela	1	0,7%
Parda	65	43,9%
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	90	60,8%
Casado/União Consensual	10	6,8%
Viúvo	1	0,7%
Separado	4	2,7%
Não se aplica	39	26,4%
Ignorado	4	2,7%
<b>Deficiência ou transtorno</b>		
Sim	15	10,1%
Não	133	89,9%
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	78	52,7%
Homossexual (gay/lésbica)	5	3,4%
Bissexual	2	1,3%
Não se aplica	42	28,4%
Ignorado/Branco	21	14,2%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	0,7%
Ensino Fundamental Completo	6	4,1%
Ensino Fundamental Incompleto	60	40,5%
Ensino Médio Incompleto	18	12,2%

		(conclusão)
<b>Escolaridade</b>		
<b>Educação Superior Completa</b>	9	6,1%
<b>Educação Superior Incompleta</b>	8	5,4%
<b>Ignorado</b>	3	2,0%
<b>Não se aplica</b>	27	18,2%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quando se analisa os dados de violência do Brasil, na faixa etária de 10 a 14 anos, no ano de 2023, a violência sexual se torna mais prevalente, apontada em 49,6% dos casos (Cerqueira et al., 2024). E em Minas Gerais, no ano de 2023, as meninas até 14 anos foram as mais vitimizadas pela violência sexual, corresponde a 57,9% dos casos e em consonância com os dados de Juiz de Fora, a faixa etária mais afetada foi a de 10 a 14 anos, representa 28,2% dos casos (Minas Gerais, 2024).

Esses índices refletem a complexidade desse tipo de violência, que se manifesta de forma contínua e alarmante, e se apresenta como num grave problema de saúde pública e possui grandes desafios a serem enfrentados. É uma das formas mais graves de violação dos direitos humanos, com impactos profundos e duradouros no desenvolvimento psicológico e emocional dos indivíduos. Incide precocemente sobre as vítimas, compromete sua saúde física, reprodutiva e mental, e ocasiona diversas consequências (Lourenço *et al.*, 2023). Os impactos destacam a vulnerabilidade das vítimas, que, além de sofrerem os traumas imediatos, enfrentam consequências que se estendem por toda a vida, muitas vezes com efeitos intergeracionais (Brasil, 2024c).

No que diz respeito aos efeitos psicológicos, as vítimas de abuso sexual infantil são altamente vulneráveis a transtornos como ansiedade, depressão e comportamentos de autolesão, bem como ao desenvolvimento de tendências suicidas. Como apontado por Heiles *et al.* (2019), o trauma vivenciado durante a infância pode comprometer o desenvolvimento psicoemocional, e dificulta a capacidade de estabelecer vínculos saudáveis e, em última instância, a confiança em adultos, especialmente quando o agressor é uma figura próxima ou de confiança. Esse cenário é agravado pelo estigma e pela naturalização da violência em determinados contextos culturais, onde o abuso sexual é um assunto tabu.

Crianças e adolescentes frequentemente vivem em contextos de dependência econômica e afetiva, o que amplia a exposição ao risco de violência

intrafamiliar. Como observado no estudo de Vieira, Costa e Oliveira (2021), a cultura brasileira é marcada por práticas adultocêntricas (superioridade do adulto sobre a criança), falocráticas (relações desiguais de gênero dentro da família) e androcêntricas (supervalorização do homem), que reforçam a posição de poder dos homens sobre crianças e mulheres, e mantem o ambiente familiar como uma arena de iniquidades. Esse fator cultural está fundamentado em uma identidade masculina dominante, onde a visão de família é moldada por um modelo patriarcal e machista que encara mulheres e crianças como propriedades dos homens (Lourenço *et al.*, 2023).

A cultura do silêncio e a normalização da violência contribuem para a invisibilidade dos casos de abuso sexual intrafamiliar, especialmente no ambiente doméstico, onde há barreiras sociais que dificultam a exposição das vítimas e dos agressores. Medo de represálias, ameaças, falta de educação sexual e receio de descrédito levam as vítimas a se calarem. Esse tipo de abuso, muitas vezes insidioso, faz com que a criança inicialmente não reconheça o ato como inadequado, sendo muitas vezes coagida a participar de atos sexuais que não é capaz de consentir ou compreender. E é frequentemente acompanhado por sentimento de culpa incutidos na vítima, que é levada a acreditar ser responsável pelo ocorrido, além de promessas de recompensas e pela cumplicidade silenciosa de envolvidos não agressores que, ao se omitirem, perpetuam o ciclo de violência (Sousa M. *et al.*; 2022).

As instituições e políticas públicas desempenham um papel crucial na proteção das vítimas e na prevenção da violência sexual. No Brasil, a legislação brasileira oferece uma estrutura de proteção formal contra a violência sexual, exemplificada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que estabelece a proteção das crianças e adolescentes de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, e torna obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Brasil, 1990). Recentemente, a Lei Federal nº 14.679/2023, que alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), ampliou esse escopo ao incluir a proteção dos direitos de crianças e adolescentes na formação de profissionais da educação, e estabelece que deve abranger a capacitação para identificar sinais de maus-tratos, negligência e abuso

sexual. E incluiu a identificação de maus-tratos e violência sexual contra menores de idade como um dos princípios de atendimento do SUS (Brasil, 2023).

Essa visão integradora é essencial para lidar com um problema tão enraizado na sociedade, onde a violência contra crianças e adolescentes precisa ser enfrentada a partir de múltiplos ângulos. Embora a legislação represente um avanço, o combate efetivo à violência sexual contra menores exige não apenas leis, mas também uma transformação cultural profunda, capaz de romper com a reprodução de práticas de dominação e silenciamento. Portanto, é imperativo que as políticas de prevenção estejam acompanhadas de campanhas educativas que desconstruam esses valores patriarcais e promovam a igualdade de gênero, ao mesmo tempo em que se fortalece a rede de apoio para as vítimas.

Além da idade, outros fatores como a raça/cor das vítimas emergem como determinantes críticos. Em Juiz de Fora, a maior parte das vítimas de violência sexual são negras (pretas e pardas), e representa 60,8% enquanto o percentual de raça/cor branca foi de 35,5% (Tabela 1).

Essa alta prevalência de vítimas pretas e pardas está alinhada com os dados estaduais e nacionais, que indicam uma desproporcionalidade na vitimização de mulheres negras. Segundo dados de 2023, em Minas Gerais, mulheres negras foram vítimas em 62,8% dos casos (Minas Gerais, 2024), enquanto a média nacional também aponta para um aumento gradual na proporção de vítimas negras, que subiu para 56,8% em 2022. Esse padrão segue uma tendência observada em anos anteriores, que também teve uma elevação na proporção de vítimas negras, que era de 52,2% no ano anterior (Bueno *et al.*, 2023).

A violência contra pessoas negras no Brasil é um fenômeno historicamente enraizado, se manifesta em múltiplas dimensões, como a simbólica, psicológica, moral e física. Esse cenário resulta de uma formação histórico-social e cultural marcada pelo racismo estrutural, herança persistente do passado colonial brasileiro (Cerqueira *et al.*, 2023). Esse racismo estrutural gera uma série de iniquidades sociais que somadas à falta de políticas públicas eficazes, cria uma realidade que sustenta a exclusão e a marginalização da população negra.

O racismo estrutural e a violência de gênero estão interligados na medida em que ambos reforçam a marginalização e vulnerabilidade de grupos específicos, especialmente mulheres negras. É uma forma de violência enraizada, reproduzida em diversos âmbitos da vida das mulheres negras, como no mercado de trabalho, na

saúde e nas interações sociais. A violência sexual contra as mulheres negras, se destaca como uma das expressões mais brutais do racismo e do sexismo estruturais no Brasil, ela está relacionada ao contexto histórico da escravidão, quando as mulheres negras foram sistematicamente exploradas sexualmente e desumanizadas, e essa exploração deixou marcas duradouras na sociedade. A hipersexualização das mulheres negras, associada a estereótipos racistas, contribui para que elas sejam vistas como “promíscuas” e “disponíveis”, o que, por sua vez, alimenta atitudes e práticas de violência sexual contra elas (Silva C.; Colombo; Souza, 2019).

Segundo dados levantados por Silva C., Colombo e Souza (2019), a hipersexualização do corpo das mulheres negras é um fator que dificulta a construção de relações afetivas saudáveis. As autoras citam que os corpos das mulheres negras são frequentemente desumanizados e objetificados, perpetuam a violência sexual como uma prática historicamente tolerada e que ainda hoje carece de respostas adequadas por parte das políticas públicas e das instituições de proteção.

O Brasil adotou uma postura de miscigenação e assimilação que, enquanto mantém as hierarquias raciais, dissimula a discriminação. Esse modelo de racismo, apoiado pela ideia de tolerância étnica, criou uma falsa percepção de igualdade entre brancos e negros, mas, na prática, contribuiu para perpetuar a supremacia branca. A formalidade de uma igualdade legal ofuscou a existência do racismo, e diluiu a consciência racial. Essa “tolerância” se traduziu em uma aceitação das iniquidades que se perpetuam sob a aparente neutralidade da lei. Essa aparente igualdade legal brasileira é questionada pela alta vitimização de pessoas negras em situações de violência, e revela a dimensão racial da exclusão social (Cerqueira, *et al.* 2024).

Além da vulnerabilidade de gênero, essas mulheres enfrentam barreiras raciais que intensificam sua exposição a desproteções sociais e econômicas, o que exige políticas públicas que incluam a interseccionalidade como um eixo central na construção de respostas às iniquidades. Nesse contexto, torna-se evidente a urgência de políticas públicas que reconheçam e combatam a realidade do racismo estrutural brasileiro, e que abordem as especificidades da vivência de mulheres negras (Brasil, 2024c).

Outro aspecto relevante é com relação à orientação sexual das vítimas, na maioria dos casos notificados em Juiz de Fora - MG, as vítimas de violência sexual são meninas e mulheres que se identificam como heterossexuais (52,7%). Também pode-se destacar um número significativo de notificações registradas como ignorado/branco (14,2%) (Tabela 1).

Em âmbito nacional, as mulheres heterossexuais são as mais atingidas em termos absolutos. No entanto, há um crescente reconhecimento da vulnerabilidade das mulheres LGBTQIA+ à violência sexual, ainda que a subnotificação seja frequente. Além disso, a escassez de dados específicos sobre a população LGBTQIA+ dificulta o entendimento completo das suas necessidades e o desenvolvimento de políticas públicas eficazes para essa minoria social (Vasconcelos *et al.*, 2023).

Esses dados podem refletir os preconceitos e dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com essas questões. Relatos frequentes de práticas discriminatórias nos serviços de saúde evidenciam barreiras ao acesso da população LGBTQIA+, especialmente para pessoas travestis e transgêneras, que enfrentam desafios ainda maiores em ambientes de cuidado que deveriam ser inclusivos e respeitosos. Esse cenário impacta negativamente a busca por atenção à saúde, compromete a integridade do atendimento e a coleta de informações essenciais para políticas de saúde adequadas a essa população (Pinto *et al.*, 2020).

Também existe o fato de que autodeclarar a orientação sexual, quando esta difere da heterossexual, não é algo fácil em um país “fóbico/bifóbico/transfóbico”, pode ser considerado um ato político. Nesse sentido, muitos indivíduos escondem tanto a homossexualidade quanto a bissexualidade, por medo da interpretação que a declaração venha a ter, então recusam a responder essa questão, com o intuito de se proteger, e fugir do estigma que isso representa (Carvalho; Barreto, 2021).

As mulheres LGBTQIA+, embora representem uma minoria nos registros (3,4% homossexuais e 1,3% bissexuais) (Tabela 1), enfrentam vulnerabilidades específicas que podem levar à subnotificação, em função do medo de discriminação e estigmatização nos serviços de saúde e segurança. Isso destaca um aspecto crítico da pesquisa: a invisibilidade de populações LGBTQIA+ nas estatísticas de violência sexual, resultado de barreiras institucionais e sociais que dificultam o registro e a busca por apoio, e que, por consequência, limitam a formulação de políticas públicas adequadas para essa população.

É possível notar essa invisibilidade de forma clara, pois ao fazer buscas por dados comparativos sobre a orientação sexual das vítimas de violência sexual em Minas Gerais e no Brasil, esses não foram encontrados. Isso limita a compreensão abrangente das especificidades da violência enfrentada pela população LGBTQIA+. A falta desses dados ocorre devido aos preconceitos e a complexidade de tratar essa questão. Assim, nota-se uma grande invisibilidade nas questões relativas a essa população, e isso reflete na inexistência, até o momento, de pesquisas de âmbito nacional que possuam variáveis capazes de qualificar e quantificar esses sujeitos. Isso dificulta o conhecimento do perfil da população, além de não ser possível levantar suas necessidades e desenvolver políticas públicas eficazes (Carvalho; Barreto, 2021).

A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, pela primeira vez, incluiu uma questão específica sobre a orientação sexual de brasileiros adultos, questiona “Qual é sua orientação sexual?” com as opções de resposta: heterossexual, bissexual, homossexual, outro, não sabe e recusou-se (Carvalho; Barreto, 2021; Vasconcelos *et al.*, 2024). Essa inclusão representa um avanço na compreensão da saúde da população LGBTQIA+, especialmente no que diz respeito aos fatores de risco e proteção específicos, entre eles a violência. A análise da violência enfrentada por essa população é essencial para aprofundar a compreensão da vulnerabilidade e das condições adversas enfrentadas por esse grupo, além de subsidiar políticas públicas mais eficazes e direcionadas ao combate do preconceito e à proteção dessa população (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Com a inclusão da variável de orientação sexual na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, Vasconcelos *et al.* (2024) identificaram uma disparidade significativa nos registros de violência sexual entre pessoas LGBTQIA+ e heterossexuais. O estudo revelou que indivíduos LGBTQIA+ possuem quase cinco vezes mais chances de sofrer violência sexual, esse é o subtipo de violência com maior discrepância em relação à população heterossexual. A análise também destacou que homens LGBTQIA+ têm aproximadamente oito vezes mais probabilidade de serem vítimas desse tipo de violência em comparação com homens heterossexuais. Entre as mulheres, aquelas que se identificam como LGBTQIA+ apresentam cerca de quatro vezes mais chances de vivenciar violência sexual em relação às mulheres heterossexuais.

Também se destaca a inclusão dos campos de orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência do SUS, desde outubro de 2014, representa um avanço significativo, e oferece um modelo para outros sistemas de informação em saúde. A notificação permite o encaminhamento da pessoa em situação de violência para a linha de cuidado e a rede de proteção, e fortalece os princípios de universalidade e equidade do SUS. Esse registro é essencial para gerar evidências que fundamentam diretrizes e ações direcionadas à redução das iniquidades de maneira interseccional, promover direitos humanos e justiça social (Pinto *et al.*, 2020).

A análise dos dados do SINAN desempenha um papel crucial ao fornecer uma das poucas fontes de informação sobre as condições de vida da população LGBTQIA+ no Brasil, contribui para a criação de políticas públicas mais robustas e eficazes para essa comunidade, ainda carente de garantias de direitos fundamentais (Cerqueira *et al.*, 2024).

No que diz respeito ao estado civil, 60,8% das vítimas são solteiras. Adicionalmente, há uma proporção significativa de registros em que o estado civil foi classificado como "não se aplica" (26,4%), o que pode refletir o elevado número de vítimas jovens e que ainda não estão em idade para relacionamentos conjugais (Tabela 1).

Em Minas Gerais, no ano de 2019, das vítimas de violência sexual meninas e mulheres, entre 10 e 19 anos, 75,2% eram solteiras, e na faixa etária de 20 anos +, esse número era de 53,1% (Pinto *et al.*, 2023). Há uma dificuldade de encontrar esse dado para fazer a comparação com o contexto nacional e estadual, porém, há uma prevalência de vítimas de violência sexual que se identificam como solteiras, também pelo fato de grande parte das vítimas serem menores de idade, conforme apresentado anteriormente.

Além disso, a violência sexual no contexto de relações conjugais ou consensuais tende a ser subnotificada, principalmente devido às barreiras enfrentadas pelas vítimas em denunciar esse tipo de violência, que ocorre frequentemente em ambientes domésticos. As mulheres casadas ou em união estável, muitas vezes, não reconhecem o abuso como violência sexual, especialmente em situações em que o sexo forçado é visto como uma "obrigação conjugal" devido a normas culturais e patriarcais (Schraiber *et al.*, 2023).

Borges e Santana (2022) relatam que a lógica colonial instaurou um sistema de dominação que transformou o corpo feminino em um território a ser explorado e controlado. Essa dinâmica persiste nas relações conjugais contemporâneas, onde o estupro é muitas vezes legitimado sob a ótica de "deveres conjugais", e reforça a submissão feminina. Nesse sentido, a invisibilidade da violência sexual no casamento está profundamente ligada à ideia do "débito conjugal".

Sob essa perspectiva, as crenças sociais propiciam para que o corpo feminino seja tratado como território de controle e exploração do homem, reafirma hierarquias coloniais que ainda estruturam os papéis de gênero no casamento, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade econômica e social (Moura *et al.*, 2021).

Essa invisibilidade e a perpetuação da violência sexual conjugal, além de ser influenciada por barreiras culturais, também sofre com barreiras institucionais. Os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para identificar e abordar as vítimas, desde a falta de formação adequada até a ambiguidade conceitual entre violência e iniquidade. Além disso, muitos hesitam em nomear diretamente a experiência como "violência" ou "estupro" por temer intimidar as mulheres ou prejudicar o vínculo assistencial (Schraiber *et al.*, 2023).

Outro fator é a ausência de marcas visíveis e a naturalização das relações desiguais no casamento que dificultam a identificação e a intervenção profissional na violência sexual. Essa situação reforça a necessidade de capacitação de profissionais de saúde para identificar nuances dessa forma de violência (Klanovicz; Pereira, 2020).

Também se destaca o fato de que a privacidade do casamento é frequentemente usada como um argumento para evitar a interferência externa, o que torna o estupro conjugal uma das formas mais difíceis de identificar e combater. Isso evidencia a relevância de questionar essa concepção para tornar visível a violência sexual (Moura *et al.*, 2021).

Os impactos da violência sexual conjugal são severos e multifacetados. Em muitos casos, os episódios são marcados pelo uso da força ou coerção psicológica, além de comprometer a integridade física, também contribui para danos emocionais (Carneiro *et al.*, 2019). Ela está associada a altas taxas de feminicídio e suicídio, além de provocar danos psicológicos graves (Schraiber *et al.*, 2023). No estudo de Klanovicz e Pereira (2020), observa-se que muitas mulheres expressam sentimentos

de repulsa e indignação diante da imposição sexual, mesmo quando não conseguem identificar essas experiências como violência. Essa falta de reconhecimento, além de invisibilizar o problema, perpetua o sofrimento das vítimas.

Diante disso, é possível concluir que a violência sexual no casamento é um fenômeno complexo, enraizado em dinâmicas de poder que remontam à colonização. A naturalização do estupro conjugal reflete a perpetuação de uma hierarquia de gênero que subordina as mulheres e silencia suas experiências. O enfrentamento dessa problemática requer uma abordagem decolonial que desestabilize os fundamentos sociais, culturais e jurídicos que sustentam essa violência, e promovam a emancipação feminina e a igualdade de gênero (Borges; Santana, 2022).

Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte das vítimas de violência sexual meninas e mulheres de Juiz de Fora – MG no ano de 2023, possuíam baixa escolaridade, com 40,5% com ensino fundamental incompleto (Tabela 1). Em Minas Gerais, esse dado também se repete, no ano de 2023, a maioria das vítimas de violência sexual possuía ensino fundamental incompleto, o que totaliza 27,9% dos casos (Minas Gerais, 2024). No Brasil, esse dado segue o mesmo padrão, 38,1% das vítimas não possuíam ensino fundamental completo. Além do fato de um número representativo das vítimas serem crianças (Brasil, 2024d).

Essas informações são reforçadas por Melo; Soares; Bevilacqua (2022), que destacam que, embora todas as mulheres estejam propícias a serem vítimas de violência sexual, as vulnerabilidades associadas a essa violência são mais acentuadas entre mulheres mais jovens, mulheres com deficiência, mulheres pretas e pardas, bem como aquelas com menores níveis de escolaridade e em condições socioeconômicas mais precárias.

O acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho desempenha um papel crucial no enfrentamento e na proteção contra as violências de gênero, e reduz em até 60% a probabilidade de vivenciarem violência sexual (Baigorria, 2017). Segundo Mascarenhas *et al.* (2020), níveis mais elevados de educação fortalecem as mulheres ao ampliar suas redes de relacionamento, promover a autoconfiança e desenvolver habilidades para acessar informações e recursos disponíveis na sociedade, e contribuem como um fator de proteção contra situações de violência. Esses fatores reforçam a necessidade de políticas que integrem educação e

proteção social para prevenir a violência e fortalecer as redes de apoio a essas mulheres.

Com relação às vítimas que possuem algum tipo de deficiência ou transtorno, elas representam a minoria das vítimas, com 10,1% dos casos (Tabela 1). No entanto, a deficiência ou transtorno também aparece como um dos fatores de risco para violência sexual. Um estudo realizado em Minas Gerais, no ano de 2019, mostrou que 2,1% das meninas de 0 a 9 anos, vítimas de violência sexual, possuíam algum tipo de deficiência/transtorno, e das adolescentes de 10 a 19 anos, 8,6%, e nas vítimas adultas, de 20 anos +, do sexo feminino, 18,6% possuíam algum tipo de deficiência/transtorno (Pinto *et al.*, 2023). No Brasil, no período de 2011 a 2017, 8,1% dos casos notificados de violência interpessoal/autoprovocada eram contra pessoas com deficiência/transtorno, dessas, 12,2% era violência sexual (Mello *et al.*, 2021).

Conforme Mello et al. (2021), as pessoas com deficiência têm 50% mais chances de sofrer violência em comparação com aquelas sem deficiência. Essa disparidade reflete a profunda assimetria nas relações de poder, que coloca as pessoas com deficiência em situação de elevada vulnerabilidade, frequentemente marcada pela dependência e pela exclusão social.

Mulheres com deficiência enfrentam barreiras significativas no acesso à proteção contra a violência sexual e outras formas de agressão, são muitas vezes menos capazes de se defender. Frequentemente, os agressores são pessoas próximas, como cuidadores, provedores ou indivíduos de quem dependem para assistência física ou financeira. O medo de denunciar é amplificado pela descrença que frequentemente recai sobre suas acusações e pela dificuldade de acessibilidade (Passos; Telles; Oliveira, 2020).

Segundo Passos; Telles e Oliveira (2020), esses fatores perpetuam a invisibilidade e o reconhecimento dessas violações, e facilitam a perpetração de abusos. Além disso, existem as barreiras institucionais que também contribuem para essa invisibilidade. Faltam acessibilidade atitudinal e estrutural nos serviços de saúde, assistência social e segurança pública, e limitam a identificação e o enfrentamento da violência.

No âmbito jurídico, a invisibilidade é reforçada pela ausência de políticas públicas específicas e pela insuficiente aplicação das legislações existentes. Embora marcos legais como a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015) reconheçam a

vulnerabilidade dessa população, a sua implementação é limitada e raramente inclui medidas de proteção contra violência sexual. A carência de dados sistemáticos sobre a prevalência e as características da violência sexual contra pessoas com deficiência também dificulta a criação de políticas baseadas em evidências (Passos; Telles; Oliveira, 2020).

Importante destacar que há uma relação bidirecional entre deficiência e violência: a presença de uma deficiência pode aumentar a vulnerabilidade a situações de violência, enquanto a exposição prolongada à violência pode comprometer o desenvolvimento físico e cognitivo, e resultar em deficiências. Ambas são consideradas determinantes sociais de saúde, impactam diretamente o bem-estar e aumentam a suscetibilidade ao adoecimento (Mendes; Denari, 2021).

Em relação aos agressores de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora - MG, a maioria era do sexo masculino (93,9%), e possuem algum tipo de vínculo com a vítima, 37,8% são amigos/conhecidos, seguidos de desconhecido (23%), cônjuge/namorado (11,5%) e pai/mãe (8,8%). Quase metade dos agressores são pessoas adultas (46,6%), na faixa etária entre 25 e 59 anos (Tabela 2). Esse é um padrão consistente não apenas em Juiz de Fora, mas também em análises realizadas nos âmbitos estadual e nacional.

Tabela 2 - Características dos agressores de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (n= 148), Juiz de Fora - MG, ano 2023.

(continua)

Variável	Frequência absoluta (n= 148)	Frequência relativa (%)
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	139	93,9%
<b>Feminino</b>	1	0,7%
<b>Ignorado</b>	8	5,4%
<b>Vínculo com a vítima</b>		
<b>Pai/mãe</b>	13	8,8%
<b>Padrasto/madrasta</b>	7	4,7%
<b>Cônjuge/namorado</b>	17	11,5%
<b>Ex-cônjuge/ex-namorado</b>	7	4,7%
<b>Filho/irmão</b>	5	3,4%

(conclusão)

<b>Vínculo com a vítima</b>		
<b>Amigo/conhecido</b>	56	37,8%
<b>Desconhecido</b>	34	23,0%
<b>Pessoa com relação institucional</b>	1	0,7%
<b>Outros</b>	3	2,0%
<b>Ignorado/branco</b>	5	3,4%

<b>Ciclo de vida do autor da violência</b>		
<b>Criança (0 a 9 anos)</b>	1	0,7%
<b>Adolescente (10 a 19 anos)</b>	29	19,6%
<b>Pessoa adulta (25 a 59 anos)</b>	69	46,6%
<b>Pessoa idosa (60 anos ou mais)</b>	12	8,1%
<b>Ignorado</b>	25	16,9%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A análise dos dados dos agressores de violência sexual notificados no estado de Minas Gerais, em 2023, é possível destacar que o sexo masculino também predomina em 88,5% dos casos (Minas Gerais, 2024). E de acordo com boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, no Brasil, de 2015 a 2021, os agressores do sexo masculino foram responsáveis por mais de 81% dos casos contra crianças de 0 a 9 anos, e 86% dos casos contra adolescentes de 10 a 19 anos. Familiares e conhecidos são motivadores de 68% das agressões contra crianças e 58,4% das agressões contra adolescentes (Brasil, 2024c). E a maioria dos agressores de violência sexual contra meninas e mulheres, no Brasil, são pessoas adultas (25 a 59 anos), representam 46,6% das notificações no SINAN (Brasil, 2024d).

Esses dados reforçam a compreensão de que a violência sexual está enraizada na cultura machista e patriarcal vigente no Brasil, que sustenta e naturaliza práticas de violência de gênero, agravam as iniquidades sociais e colocam as mulheres em posições de vulnerabilidade e opressão (Sousa, P. *et al.*, 2023).

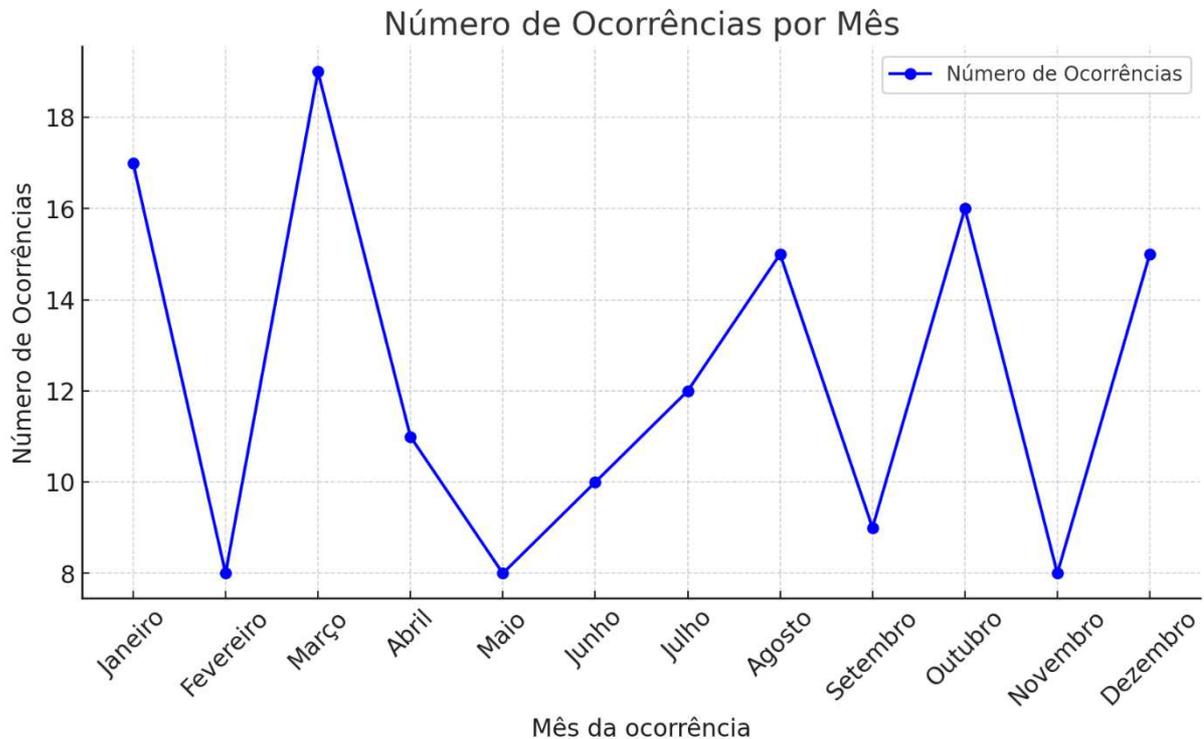
A violência sexual, nesse contexto, é entendida como uma forma de violência de gênero, é caracterizada pelo abuso de poder e por ocorrer em relações marcadas pela iniquidade. Essa dinâmica se manifesta em diferentes contextos, como ambientes domésticos, relações íntimas ou até mesmo no local de trabalho, destaca sua presença em diferentes esferas sociais (Zuma *et al.*, 2020).

O fato de os agressores frequentemente serem próximos às vítimas, apresenta barreiras significativas para a denúncia. O autor da violência frequentemente se aproveita da relação de confiança para se aproximar da vítima, leva a vítima a interpretar esse contato como uma expressão de carinho e afeto. Quando ela começa a reconhecer a situação como abuso ou comportamento inadequado, o agressor utiliza ameaças para impor o silêncio (Viana *et al.*, 2022).

Lourenço *et al.* (2023) apontam que esses fatores intensificam a subnotificação dos casos, pois as vítimas podem temer represálias, julgamento social ou até mesmo não reconhecerem o ato como um crime devido à proximidade com o agressor. Essa subnotificação não só dificulta a mensuração precisa do problema, mas também evidencia a necessidade de estratégias mais efetivas de acolhimento, proteção e conscientização, que rompam com as barreiras culturais e sociais que silenciam as vítimas e perpetuam o ciclo de violência.

A análise das características das ocorrências dos casos analisados evidencia vários aspectos. Com relação ao mês da ocorrência, em Juiz de Fora - MG, percebe-se distribuição irregular ao longo do ano de 2023 (Figura 1). Já no Brasil, no mesmo ano, dos casos de violência sexual contra mulheres notificados no SINAN, já não se tem tanta variação no número de notificações de um mês para o outro (Brasil, 2024b). Em Juiz de Fora, os meses de maior frequência de notificações foram março, com 12,8%, seguido por janeiro, com 11,5%, e outubro, com 10,8% (Figura 1). Por outro lado, os meses de menor registro foram maio e novembro, representam 5,4% dos casos (Figura 1).

Figura 1 – Gráfico da distribuição, conforme os meses do ano, das ocorrências de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Juiz de Fora – MG, ano 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Não se identificou na literatura discussões referentes aos meses de ocorrência das violências, no entanto, pode-se fazer a análise de que essa variação sugere que fatores sazonais podem influenciar tanto a ocorrência quanto a notificação dos casos. O destaque para março, mês com o maior registro, pode estar relacionado ao aumento da conscientização pública devido a campanhas associadas ao Dia Internacional da Mulher, o que potencialmente encoraja vítimas a denunciarem.

No presente estudo, os dados analisados correspondem à data da ocorrência, e não à data da notificação. Ainda assim, cabe mencionar que análise referente aos meses de fevereiro e março podem ser influenciadas pelo Carnaval. Segundo a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais (2024), durante o Carnaval brasileiro, casos de violência sexual contra mulheres costumam crescer aproximadamente 20%, esse aumento está diretamente relacionado ao machismo presente na sociedade, que restringe a liberdade feminina ao associar suas roupas e participação na festa à disponibilidade para assédios, e é agravada

pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante destacar que, embora a violência possa ter ocorrido durante o Carnaval, a denúncia muitas vezes acontece tempos depois.

Em janeiro, a alta frequência de notificações pode refletir dinâmicas específicas desse período, como o aumento da convivência em ambientes domésticos durante as férias escolares e a intensificação das interações sociais, fatores que podem ampliar situações de vulnerabilidade. A pesquisa de Almeida *et al.* (2017) reforça essa perspectiva ao indicar que a violência sexual atinge seus maiores picos de ocorrência no verão e em dezembro, períodos coincidentes com as férias escolares, quando as crianças passam mais tempo em casa.

Outro dado relevante sobre as características das ocorrências é que, a residência prevaleceu enquanto local de ocorrência em 58,1% dos casos (Tabela 3). Esse padrão é consistente em Minas Gerais, onde 59,4% dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres notificados no SINAN em 2023 ocorreram no ambiente domiciliar (Minas Gerais, 2024). No cenário nacional, esse percentual é ainda mais elevado, 63,8% dos casos de violência sexual contra mulheres notificados no SINAN ocorrem dentro da residência (Brasil, 2024d). Esse padrão reforça a complexidade da violência sexual, que muitas vezes envolve relações de confiança e proximidade entre vítimas e agressores. E favorece para ser um fenômeno oculto, onde as vítimas possuem poucas oportunidades de buscar ajuda ou denunciar.

Tabela 3 - Características das ocorrências de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (n= 148), Juiz de Fora - MG, ano 2023.

(continua)

Variável	Frequência absoluta (n=148)	Frequência relativa (%)
<b>Local da ocorrência</b>		
<b>Residência</b>	86	58,1%
<b>Escola</b>	2	1,3%
<b>Via pública</b>	26	17,6%
<b>Ignorado</b>	9	6,1%
<b>Outros</b>	25	16,9%

(conclusão)

<b>Tipo</b>		
<b>Assédio sexual</b>	41	27,7%
<b>Estupro</b>	101	68,2%
<b>Ign/Branco</b>	6	4,1%
<b>Meio de agressão</b>		
<b>Força corporal/espancamento</b>	80	54,1%
<b>Enforcamento</b>	1	0,7%
<b>Obj. contundente</b>	1	0,7%
<b>Arma de fogo</b>	2	1,4%
<b>Ameaça</b>	43	29,1%
<b>Outro</b>	23	15,5%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

No ambiente domiciliar, que é tradicionalmente considerado um espaço privado, a violência sexual ocorre de maneira silenciosa e muitas vezes recorrente. A privacidade do ambiente domiciliar facilita a atuação do agressor, permite a abordagem e garante a confidencialidade da violência (Viana *et al.*, 2022).

Segundo Farias *et al.* (2016), a residência se configura como um espaço privado e familiar que favorece a manutenção de relações de poder e hierarquia entre os moradores. E esse fenômeno está intimamente ligado ao vínculo entre a vítima e o agressor, e a maior parte dos casos cometida por familiares ou amigos/conhecidos. Essa configuração dificulta não apenas a identificação das especificidades dessas violências, mas também a implementação de medidas eficazes de intervenção (Brasil, 2024a).

A ocorrência da violência no ambiente doméstico, especialmente quando o agressor é alguém próximo da criança ou do adolescente, intensifica a condição de vulnerabilidade das vítimas. Essa configuração relacional, marcada por vínculos de confiança rompidos, contribui para a perpetuação de um estado constante de medo e insegurança, além de reforçar a naturalização da violência no interior do lar (Brasil, 2024c). Nesse contexto, o espaço que deveria representar acolhimento e proteção transforma-se em um local de risco, como apontam Sousa, Paula *et al.* (2023), ao afirmarem que o próprio lar se tornou um ambiente inseguro para meninas e mulheres. A complexidade dessa forma de violência, frequentemente silenciada, torna sua detecção e enfrentamento ainda mais desafiadores. Conforme destacam Schraiber e D'Oliveira (2003), o combate à violência doméstica exige a articulação

de redes de suporte comunitário fortalecidas e a implementação de políticas públicas abrangentes, capazes de assegurar a proteção das vítimas e a responsabilização dos agressores.

Outro aspecto relevante das ocorrências é que o estupro se destacou como o tipo de violência sexual mais prevalente no município, está presente em 68,2% das notificações, enquanto o uso da força corporal ou espancamento foi identificado como o meio de agressão mais comum, registrado em 54,1% dos casos (Tabela 3). Esses dados corroboram a tendência observada no estado de Minas Gerais, onde 59,4% dos casos de violência sexual notificados no SINAN ocorreram no ambiente domiciliar, e o estupro também o tipo de agressão mais frequente, com 64,5% dos registros (Minas Gerais, 2024). Tais informações evidenciam a gravidade da violência sexual como fenômeno que, além de majoritariamente ocorrer no espaço privado, se manifesta por meio de agressões físicas severas, e reflete padrões de violação sistemática da integridade física e psíquica das vítimas.

No Brasil, observa-se que o estupro também é o tipo de agressão mais comum, porém, sua média é ainda maior do que Minas Gerais e Juiz de Fora, ele ocorreu em 71,6% dos casos (Brasil, 2024d). No ano de 2023, o país atingiu um novo recorde de estupro, foi 1 caso a cada 6 minutos, segundo os registros policiais. Em um período de 13 anos, o aumento das vítimas chegou a 91,5% (Brasil, 2024c). A força corporal também se destacou na análise sobre o meio de agressão, está presente em 38,7% dos casos notificados no Brasil no ano de 2023 (Brasil, 2024d).

Esses dados refletem a brutalidade do crime e a exposição das vítimas a um contexto de poder e submissão, e corrobora com a afirmação de Viana *et al.* (2022), que a violência sexual, na maioria dos casos, ocorre acompanhada por outras violências, incluem a física e a psicológica, e acarreta lesões e traumas.

O estupro, enquanto manifestação extrema de violência de gênero e violência sexual representa uma grave violação dos direitos humanos e assume proporções alarmantes no Brasil (Ferreira *et al.*, 2023a). Esse crime não apenas impacta profundamente as vítimas, gera consequências físicas, psicológicas e sociais de curto e longo prazo, mas também reflete e reforça estruturas de iniquidade de gênero enraizadas na sociedade. Além dos danos individuais, o estupro possui implicações sociais amplas, perpetua ciclos de violência, marginalização e medo (Cerqueira; Coelho, 2014).

No Brasil, de acordo com o Código Penal, o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (BRASIL, 1940), considera-se estupro de vulnerável a conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso com pessoas menores de 14 anos. A partir da sanção da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009, o estupro passou a ser um crime contra a dignidade e liberdade sexual, é considerado estupro constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (Brasil, 2009).

Segundo o Código Penal, as mulheres vítimas de estupro têm direito ao aborto legal (Brasil, 1940). No entanto, o debate sobre as implicações desse crime foi intensificado com o Projeto de Lei 1904/2024 (Câmara dos Deputados, 2024), que propôs equiparar o aborto legal realizado após a 22ª semana ao crime de homicídio. Essa proposta, caso fosse aprovada, puniria não apenas mulheres, mas também médicos envolvidos em interrupções de gravidez legalmente permitidas, com penas de 6 a 20 anos de reclusão. Isso afetaria mulheres que recorrem ao aborto legal nos casos já permitidos pela legislação brasileira: risco de vida para a gestante, anencefalia fetal e gravidez resultante de estupro. Médicos que realizassem o procedimento também seriam penalizados.

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o UNICEF (2024) esse cenário é especialmente crítico ao considerar que, conforme demonstrado ao longo do estudo, a maioria dos estupros ocorre com meninas entre 10 e 14 anos, muitas vezes vítimas de múltiplas violações antes de a violência ser identificada. A gravidez resultante de estupro em meninas dessa faixa etária frequentemente não é detectada a tempo devido à demora no reconhecimento da violência, ao desconhecimento sobre o próprio corpo e às barreiras no acesso à rede de proteção. Limitar o aborto até a 22ª semana impõe a essas meninas um duplo peso: a manutenção de uma gravidez infantil e forçada, com graves repercussões físicas e psicológicas, ou a criminalização pela realização do procedimento fora do prazo.

Tal proposta não apenas ignora o impacto devastador do estupro sobre meninas e mulheres, mas também desconsidera a realidade do sistema de saúde e proteção no Brasil, que enfrenta dificuldades em identificar e acolher essas vítimas a tempo. Além disso, despreza os avanços históricos conquistados pelas lutas dos movimentos feministas e de mulheres por direitos, ofuscados por uma linguagem punitiva e desqualificadora. Em vez de avançar na garantia de direitos, a medida representa um retrocesso, reforça punições para as vítimas e profissionais de saúde,

ao invés de promover mecanismos de prevenção e acolhimento que enfrentem de forma efetiva a violência sexual no país (Simões; Bueno; Padovani, 2024).

Ao se analisarem as características das notificações de violência sexual contra meninas e mulheres registradas no SINAN, em Juiz de Fora – MG, no ano de 2023, observa-se que a maior parte das notificações é realizada pelos serviços hospitalares (88,5%), ao passo que, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), o registro dessas ocorrências foi escasso, somente 3,4%, e outros serviços, como o Departamento da Criança e do Adolescente e as Unidades de Pronto Atendimento, possuem participações mínimas (Tabela 4).

Tabela 4 - Características das notificações de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (n= 148), Juiz de Fora - MG, ano 2023.

(continua)

Variável	Frequência absoluta (n=148)	Frequência relativa (%)
<b>Tipo de Unidade Notificadora</b>		
<b>Hospitais</b>	131	88,5%
<b>Unidade Básica de Saúde (UBS)</b>	5	3,4%
<b>Unidade de Pronto Atendimento (UPA)</b>	4	2,7%
<b>Dep. da Criança e Adolescente</b>	7	4,7%
<b>Vila Verde Saúde Mental</b>	1	0,7%
<b>Assistência Social</b>	3	1,0%
<b>Conselho Tutelar</b>	79	27%
<b>Delegacia Criança e adolescente</b>	2	0,7%
<b>Delegacia de Atendimento à Mulher</b>	95	32,4%
<b>Justiça da Infância e Juventude</b>	1	0,3%
<b>Rede de atendimento à Mulher</b>	1	0,3%
<b>Rede de Saúde</b>	91	31,1%
<b>Outras delegacias</b>	20	6,8%
<b>Ign/Branco</b>	1	0,3%

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Esse alto número de notificações em unidades hospitalares se dá ao fato de que a maioria das notificações são do Protocolo de Atendimento ao Risco Ocupacional e Sexual (Parbos) (Apêndice A) que é um setor do Hospital de Pronto-socorro (HPS) de Juiz de Fora responsável pela realização dos exames de corpo de delito, e de medidas de prevenção à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs).

De acordo com Pedroso (2015), os caminhos das vítimas de violência sexual, que chegam na rede através dos Conselhos Tutelares, dos serviços de saúde ou segurança, é delineado de forma que: o Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) é realizado através da Polícia Militar, encaminhado à Polícia Civil, que abre inquérito, e encaminhado ao PARBOS para realização de corpo de delito, qualquer uma das instâncias pode acionar os Conselhos Tutelares, em caso de violência contra a criança e adolescente. Importante destacar que em qualquer destas etapas pode haver a interrupção do acompanhamento dos usuários, pela desistência ou pelo resultado negativo da investigação. Nesse caso, os encaminhamentos para as instituições do eixo do atendimento podem ocorrer através do PARBOS ou dos Conselhos Tutelares.

Dessa forma, todos os casos de violência sexual ocorridos no município são encaminhados para o PARBOS. Além disso, todos os atendimentos realizados pelo PARBOS relacionados à violência sexual são notificados no SINAN, independentemente do resultado do exame de corpo de delito ser negativo, visto que a notificação é obrigatória tanto em casos suspeitos quanto confirmados.

Como tipos de unidades notificadoras destaca-se também o Departamento da Criança e Adolescente (4,7%), que está inserido na rede de atenção secundária, oferece atenção à saúde integral no atendimento de crianças e adolescentes, através de atendimentos médicos, de serviço social e psicologia, além da execução de grupos educativos. E a atenção primária, que foi responsável por somente 3,4% das notificações, isso indica que, apesar dela assumir o papel de porta de entrada do Sistema Único de Saúde e um dos primeiros serviços a serem buscados em caso de necessidade assistencial (D`Oliveira *et al.*, 2020), não são um ponto principal de notificação de violência sexual, isso mostra a dificuldade dos profissionais da atenção básica em identificarem as violências que ocorrem no território.

A literatura reforça que a Atenção Primária à Saúde (APS) possui potenciais significativos, mas frequentemente subutilizados, na prevenção e gestão de situações de violência (Mendonça *et al.*, 2018).

A APS, enquanto serviço comunitário, possui características únicas que a colocam em posição privilegiada para atuar de forma integrada com setores como saúde, educação, assistência social e justiça. Essa articulação é essencial, especialmente ao considerar que a violência sexual, majoritariamente, ocorre no ambiente familiar, perpetrada por pessoas conhecidas. Tal contexto destaca a inadequação de serviços hospitalares ou de emergência para oferecer respostas integrais, ainda que sejam cruciais em episódios de violência de ocorrência única ou na gestão de traumas físicos (D' Oliveira *et al.*, 2020). O modelo territorial da APS favorece vínculos duradouros e a escuta acolhedora, fundamentais para a identificação precoce da violência e para a construção de uma atenção à saúde integral e resolutiva (Duarte; Junqueira; Giuliani, 2019).

No entanto, a literatura sugere que a APS ainda enfrenta barreiras relacionadas ao modelo biomédico predominante, que reduz a saúde à dimensão biológica e subestima os determinantes sociais e culturais da violência. Essa abordagem limitada impede uma leitura ampliada do fenômeno e compromete a eficácia das ações preventivas e assistenciais (Mendonça *et al.*, 2018). Os profissionais da APS, frequentemente sem formação adequada, enfrentam dificuldades na identificação e condução de casos, muitas vezes omitem notificações por medo, insegurança ou desconhecimento sobre os fluxos e abordagens apropriados (Duarte; Junqueira; Giuliani, 2019).

Além disso, a ausência de uma visão ampliada da violência, que a considere como um problema de saúde pública, reforça a invisibilidade da questão no cotidiano das unidades de saúde. A formação profissional ainda negligencia práticas baseadas na escuta qualificada e na atuação interdisciplinar, fundamentais para a abordagem integral da violência sexual contra mulheres (Mendonça *et al.*, 2018; Duarte; Junqueira; Giuliani, 2019).

Portanto, é necessário promover uma mudança de paradigma na APS, romper com a visão biologicista e incorporar uma abordagem no conceito ampliado de saúde que considere a complexidade da violência como fenômeno multicausal e estruturante das iniquidades sociais. Isso demanda investimentos contínuos em educação permanente para os profissionais, com foco em práticas reflexivas, escuta qualificada, humanização e trabalho em rede. Tais estratégias são cruciais para fortalecer a APS como articuladora do cuidado, promover ações que desnaturalizem

e ressignifiquem a violência enquanto questão central na saúde pública brasileira (Mendonça *et al.*, 2018; Duarte; Junqueira; Giuliani, 2019).

Com relação aos encaminhamentos realizados nos casos de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora em 2023, observa-se que a maioria das vítimas foi direcionada para a Delegacia de Atendimento à Mulher (32,4%), a Rede de Saúde (31,1%) e o Conselho Tutelar (27,0%) (Tabela 4). Esses três serviços concentram cerca de 90% dos encaminhamentos, evidenciam a centralidade do sistema de segurança pública, da saúde e dos mecanismos de proteção infantil na resposta às vítimas de violência sexual. Essa predominância demonstra uma abordagem inicial focada nos impactos imediatos da violência, como acolhimento, cuidados de saúde e registro legal.

No Brasil, de 2015 a 2021, dos casos de violência sexual contra meninas de 0 a 9 anos, 34,5% deles foram encaminhados para o Conselho Tutelar, e 29,3% para a Rede de Saúde. E contra adolescentes de 10 a 19 anos, 31,9% para a Rede de Saúde e 29,9% para o Conselho Tutelar (Brasil, 2024a). Esse padrão é bem parecido com o que observa-se em Juiz de Fora (Tabela 4).

Um estudo realizado por Melo, Soares e Bevilacqua (2022) analisou os casos de violência sexual contra mulheres em Minas Gerais no ano de 2017, os autores constataram que os encaminhamentos foram, a maioria, para a rede de assistência social, seguida da segurança pública, foi majoritariamente reportada, tanto nos casos de estupro (25,8%; 24,8%), quanto para as outras violências sexuais (26,7%; 16,6%).

Em Juiz de Fora nota-se um padrão diferente, há uma baixa para serviços como a Assistência Social, que recebeu apenas 3 encaminhamentos (1,0%), e a Rede de Atendimento à Mulher, com apenas 1 encaminhamento (0,3%) (Tabela 4). Essa subutilização pode indicar lacunas na articulação entre os serviços ou dificuldades de acesso e desconhecimento por parte dos profissionais que realizam os encaminhamentos. Apesar de muitos casos envolverem crianças e adolescentes, a Justiça da Infância e Juventude foi acionada em apenas um caso (0,3%), o que pode refletir uma desarticulação no encaminhamento para o sistema de justiça especializado.

Essa subutilização dos serviços da Rede pode ser atribuída, em parte, à dinâmica fragmentada no preenchimento das fichas de notificação compulsória de violência, que varia entre os serviços. A ausência de fluxos padronizados e o fato de

o profissional que realiza o atendimento nem sempre ser o responsável pelo preenchimento da notificação ou pelo encaminhamento, comprometem a integridade das informações. Como resultado, ocorre perda de dados essenciais, prejudica a continuidade e a eficácia do atendimento na rede de proteção (Brasil, 2024c).

Além disso, Menezes e Da Silva (2019), afirmaram que os profissionais carecem de conhecimentos específicos sobre os encaminhamentos que devem ser realizados e coordenados pela Rede. Quando esses encaminhamentos ocorrem, frequentemente não seguem o fluxo adequado. Em muitas situações, a demanda chega a determinado órgão sem ser direcionada corretamente, devido à falta de informações sobre o destino apropriado. As articulações dentro da Rede ainda se mostram frágeis, os próprios atores sociais desconhecem a natureza das demandas, os órgãos envolvidos nesse processo e o tipo de atuação exigida. Essa lacuna compromete a resolutividade dos casos e dificulta a garantia de integralidade no atendimento.

A atenção à saúde ainda apresenta desafios relacionados à fragmentação e à verticalização dos serviços. Apesar de esforços para promover práticas mais horizontalizadas e integradas, tais iniciativas permanecem incipientes, limitadas pela hegemonia do modelo biomédico, estruturado em uma abordagem de "queixa-conduta", que conduz a uma clínica reducionista, que frequentemente se mostra ineficaz para atender às complexas demandas em saúde. No contexto da violência sexual, essa lógica se perpetua, restringe o atendimento a sinais e sintomas evidentes, com foco quase exclusivo na medicalização. Como consequência, os aspectos psicossociais das vítimas são negligenciados, e a integralidade do cuidado é comprometida (Branco *et al.*, 2020).

Destaca-se a importância da capacitação continuada dos profissionais de saúde para lidar com a temática da violência sexual e para fortalecer a implementação das políticas públicas. Observa-se que a violência sexual, frequentemente, não é reconhecida como uma demanda intrínseca ao serviço, o que resulta em acolhimentos descomprometidos e encaminhamentos inadequados (Branco *et al.*, 2020). Ademais, a atuação desses profissionais exige ações específicas que considerem tanto o contexto quanto às necessidades das vítimas. Essa atuação deve transcender os limites da instituição de origem, pois, para assegurar os direitos e o acesso efetivo aos serviços, é imprescindível que o

profissional se articule com outros colegas e instituições que compõem a rede de atenção (Nunes; Morais, 2021).

Nesse contexto, os serviços de atenção primária à saúde desempenham um papel estratégico, ao promover a construção de vínculos com a comunidade e com as mulheres, fortalecem a proteção delas e facilitam o acesso a outras políticas públicas (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022). É fundamental implementar uma ação integrada que reconheça a complexidade das demandas por proteção social, e destaquem a interdependência entre os diversos setores e instituições, a fim de assegurar a prevenção e a proteção efetiva contra a violência (Brasil, 2018).

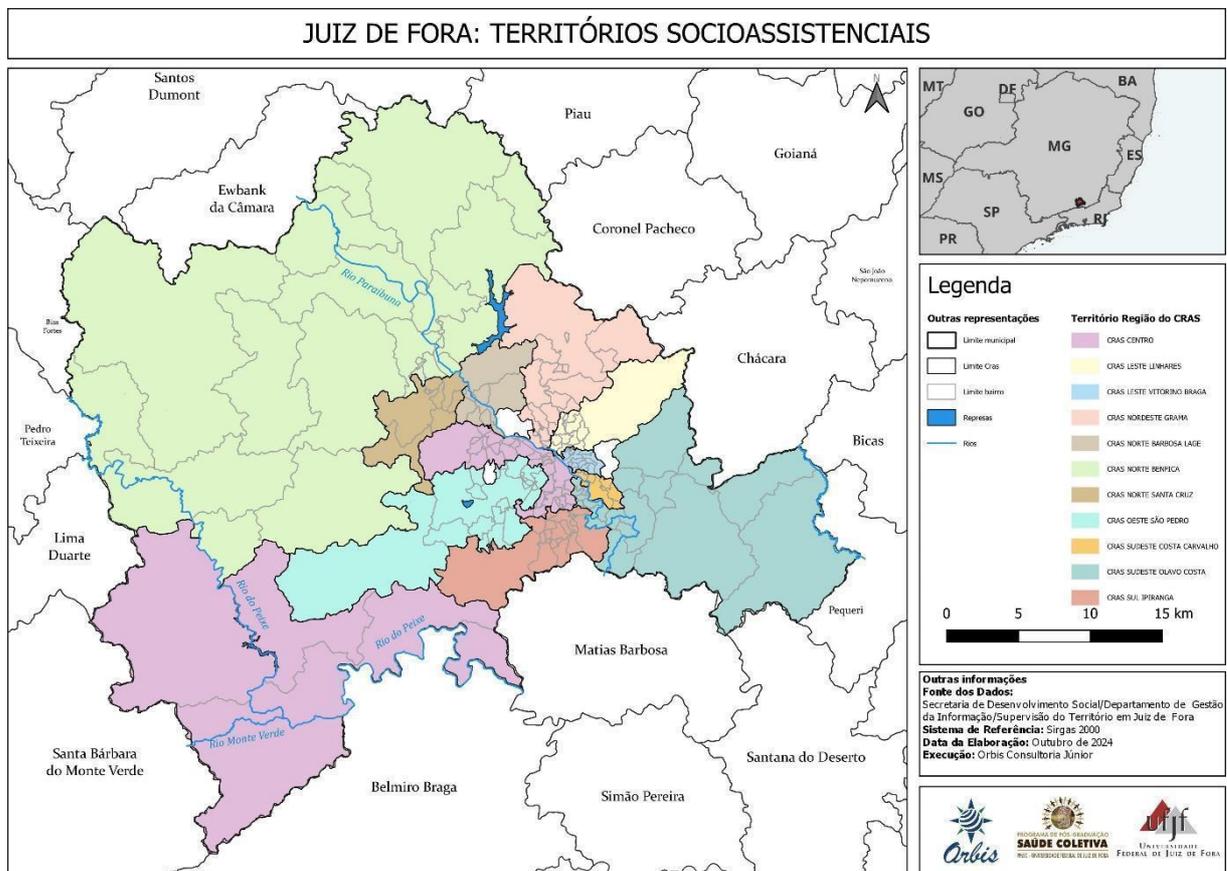
## 5.2 – ANÁLISE TERRITORIAL E SOCIOECONÔMICA DOS TERRITÓRIOS SOCIOASSISTENCIAIS DE JUIZ DE FORA

Ao longo desta seção, serão exploradas as especificidades de cada território, com base em dados do Cadastro Único e do Programa Bolsa Família, além de serem apresentadas as características que tornam cada área única em termos de vulnerabilidade social.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) desempenha um papel fundamental na promoção da inclusão social e na oferta de serviços assistenciais às populações em situação de vulnerabilidade, com o objetivo de fortalecer vínculos familiares e comunitários. No município de Juiz de Fora, a organização territorial do CRAS permite que o atendimento às famílias cadastradas seja realizado de maneira mais eficiente e direcionada, e levem em consideração as características socioeconômicas e geográficas de cada região.

A divisão territorial dos CRAS em Juiz de Fora segue critérios que visam atender às diferentes necessidades e desafios enfrentados pelas populações locais. Cada território é responsável por uma área específica do município, com suas próprias peculiaridades demográficas e de vulnerabilidade social. Esses territórios são identificados por cores distintas no mapa que será apresentado a seguir (Figura 2), facilitam a visualização e o entendimento da abrangência de cada CRAS.

Figura 2 - Mapa da divisão dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG



No contexto da organização territorial de Juiz de Fora, o município está dividido em 11 regiões, cada uma atendida por um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como é possível ver na figura abaixo (Figura 2). Até setembro de 2024, a cidade contava com 157.000 pessoas e 69.764 famílias cadastradas no Cadastro Único. Destas, 72.283 pessoas e 27.411 famílias eram beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Em relação à distribuição de renda em Juiz de Fora - MG: 45.909 famílias vivem com até um salário-mínimo mensal. Outras 15.602 famílias possuem renda entre um e dois salários-mínimos, enquanto 5.358 famílias têm rendimentos entre dois e três salários-mínimos. Por fim, 2.895 famílias apresentam renda superior a três salários-mínimos (Brasil, 2024b).

Ao analisar a vulnerabilidade social dos territórios socioassistenciais do município de Juiz de Fora, os dados mostram variações significativas, com IVCAD que varia de 0,261 a 0,281, e 0,274 é a média, enquanto a do Brasil é de 0,295 e de Minas Gerais é 0,285 (Brasil, 2024b). Nota-se que a média do IVCAD nos territórios do município é inferior à média nacional e estadual, isso indica que Juiz de Fora

apresenta, de maneira geral, níveis de vulnerabilidade social ligeiramente menores em relação ao Brasil e ao Estado. No entanto, observa-se que as variações internas entre os territórios, embora aparentemente pequenas, revelam iniquidades locais.

A delimitação dos Territórios Socioassistenciais de Juiz de Fora seguiu critérios específicos, priorizou a acessibilidade aos serviços, com base no Transporte Coletivo Urbano, onde a família vulnerável tivesse o custo de apenas uma passagem de ônibus para se locomover do território de moradia ao CRAS. O setor censitário, conforme o IBGE, foi a unidade básica de coleta de dados, e, quando houve dificuldades de acesso entre o usuário e o CRAS, o acesso foi priorizado sobre os limites geográficos. Foram consideradas também barreiras geográficas naturais e urbanas, como por exemplo a linha férrea, Rio Paraibuna e Morro do Cristo, bem como os limites de terrenos definidos pela Prefeitura. A regionalização dos atendimentos dos CRAS e a padronização dos bancos de dados da Assistência Social, com base nas informações do Cadastro Único (CadÚnico), garantiram a identificação de domicílios e famílias nos territórios (Horta *et al.*, 2012).

Diante desse cenário, apresenta-se a delimitação dos Territórios Socioassistenciais de Juiz de Fora (Figura 2), que está dividido em 11 regiões, e os dados de vulnerabilidade social. Entre os aspectos analisados, destacam-se o Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único (IVCAD), o número de pessoas cadastradas em cada território, e a distribuição das famílias de acordo com suas respectivas faixas de renda. Esses elementos permitirão uma compreensão das características socioeconômicas das diferentes regiões atendidas pelos CRAS. Importante destacar que todos esses dados de vulnerabilidade social foram retirados do site do Observatório do Cadastro Único e sua última atualização foi em setembro/2024. É possível observar essas informações nos quadros a seguir (Quadro 5 e 6), que mostram como se dá a distribuição dos Territórios Socioassistenciais em Juiz de Fora - MG.

Quadro 5 – Características Demográficas dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG

<b>Características demográficas dos Territórios Socioassistenciais</b>		
<b>Território Socioassistencial</b>	<b>Bairros de abrangência</b>	<b>Nº de pessoas no Cadastro Único/ Nº de famílias no Cadastro Único</b>
<b>CRAS Centro</b>	Alto dos Passos, Esplanada, Morro da Glória, Amazônia, Fábrica, Mundo Novo, Boa Vista, Fontesville, Padre Café, Bom Pastor, Francisco Bernardino, Paineiras, Carlos Chagas, Granbery, Santa Catarina, Cascatinha, Jardim Cachoeira, Santa Cecília, Centro, Jardim Glória, Santa Córdula, Cerâmica, Jardim Natal, Santa Helena, Democrata, Mariano Procópio, São Dimas, Dom Bosco, Milho Branco, São Mateus, Dom Orione, Monte Castelo, Torreões, Encosta do Sol, Monte Verde e Vale do Ipê	25.251 / 11.944
<b>CRAS Leste Linhares</b>	Bairu, Linhares, Progresso, Bom Jardim, Manoel Honório, Santa Paula, Bonfim, Marumbi, Santa Rita, Borborema, Nossa Senhora Aparecida, Três Moinhos	17.343 / 7.545
<b>CRAS Leste Vitorino Braga</b>	Alto Grajaú, Jardim do Sol, São Bernardo, Bonsucesso, Ladeira, São Sebastião, Bosque dos Pinheiros, Santa Cândida, Vila Alpina, Cesário Alvim, Santos Anjos, Vitorino Braga, Grajaú, São Benedito	9.348 / 4.194
<b>CRAS Nordeste Grama</b>	Alto Eldorado, Granjas Betânia, Recanto dos Lagos, Bandeirantes, Granjas Triunfo, Santa Terezinha, Bom Clima, Nossa Senhora das Graças, Vila Montanhosa, Centenário, Vila Suíça, Vista Alegre, Eldorado, Parque Guarani, Vivendas da Serra, Filgueiras, Parque Independência, Grama, Quintas da Avenida	16.079 / 6.983
<b>CRAS Norte Barbosa Lage</b>	Barbosa Lage, Jôquei Clube, Parque das Torres, Cidade do Sol, Jôquei Clube II, Santa Amélia, Industrial, Jôquei Clube III, Santa Mari	8.071 / 3.604
<b>CRAS Norte Benfica</b>	Araújo, Dias Tavares, Nova Benfica, Barreira, Distrito Industrial, Novo Triunfo, Benfica, Humaitá, Palmital, BR 040 (Km 760 a Km 780), Igrejinha, Paula Lima, Chapéu D'Uvas, Náutico, Pedra Branca	15.803 / 6.560
<b>CRAS Norte Santa Cruz</b>	BR 267 (Km 113 a Km 114), Santa Cruz, Vale dos Lírios, Jardim dos Alfineiros, Santa Lúcia, Nova Era, São Judas Tadeu	10.900 / 4.630
<b>CRAS Oeste São Pedro</b>	Adolfo Vireque, Jardim da Serra, Recanto dos Brugger, Aeroporto, Lagoa, Santos Dumont, Borboleta, Mariândia, São Pedro, Bosque do Imperador, Morada do Serro, Serro Azul, Caiçaras, Nossa Senhora de Fátima, UFJF, Chácara Passos Del Rey, Nova Califórnia, Jardim Casablanca, Novo Horizonte	13.273 / 5.827
<b>CRAS Sudeste Costa Carvalho</b>	Alto Santo Antônio, Nossa Senhora de Lourdes, Santa Tereza, Aracy, Parque Burnier, Santo Antônio, Costa Carvalho, Parque Serra Verde	9.181 / 4.082
<b>CRAS Sudeste Olavo Costa</b>	BR 267 (Km 84 a Km 93), Guarua, Solidariedade, Caeté, Jardim Esperança, Terras Altas, Floresta, Niterói, Usina Quatro, Furtado de Menezes, Olavo Costa, Vila Ideal, Granjas Bethel, Poço Rico, Vila Ozanan, Granjas Primavera, Retiro, Granjas Santo Antônio, Sarandira	9.744 / 4.249
<b>CRAS Sul Ipiranga</b>	Arco Íris, Ipiranga, Santa Efigênia, Bela Aurora, Jardim de Ala, Santa Luzia, Cidade Nova, Jardim Gaúcho, São Geraldo, Cruzeiro do Sul, Previdenciários, Teixeiras, Estrela Sul, Sagrado Coração de Jesus, Vale Verde, Graminha, Salvaterra	28.154 / 12.071

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Quadro 6 – Perfil Socioeconômico dos Territórios Socioassistenciais do município de Juiz de Fora – MG

<b>Características socioeconômicas dos Territórios Socioassistenciais</b>		
<b>Território Socioassistencial</b>	<b>Distribuição de Renda</b>	<b>Índice de Vulnerabilidade das Famílias (IVCAD)</b>
<b>CRAS Centro</b>	Até 1 SM: 7.566 famílias; 1-2 SM: 2.766 famílias; 2-3 SM: 972 famílias; >3 SM: 640 famílias	0,263
<b>CRAS Leste Linhares</b>	Até 1 SM: 5.056 famílias; 1-2 SM: 1.684 famílias; 2-3 SM: 548 famílias; >3 SM: 257 famílias	0,275
<b>CRAS Leste Vitorino Braga</b>	Até 1 SM: 2.691 famílias; 1-2 SM: 974 famílias; 2-3 SM: 353 famílias; >3 SM: 176 famílias	0,27
<b>CRAS Nordeste Grama</b>	Até 1 SM: 4.738 famílias; 1-2 SM: 1.480 famílias; 2-3 SM: 489 famílias; >3 SM: 276 famílias	0,273
<b>CRAS Norte Barbosa Lage</b>	Até 1 SM: 2.397 famílias; 1-2 SM: 810 famílias; 2-3 SM: 257 famílias; >3 SM: 140 famílias	0,273
<b>CRAS Norte Benfica</b>	Até 1 SM: 4.277 famílias; 1-2 SM: 1.514 famílias; 2-3 SM: 507 famílias; >3 SM: 262 famílias	0,281
<b>CRAS Norte Santa Cruz</b>	Até 1 SM: 3.130 famílias; 1-2 SM: 1.027 famílias; 2-3 SM: 341 famílias; >3 SM: 132 famílias	0,274
<b>CRAS Oeste São Pedro</b>	Até 1 SM: 3.799 famílias; 1-2 SM: 1.322 famílias; 2-3 SM: 448 famílias; >3 SM: 258 famílias	0,261
<b>CRAS Sudeste Costa Carvalho</b>	Até 1 SM: 2.559 famílias; 1-2 SM: 977 famílias; 2-3 SM: 356 famílias; >3 SM: 190 famílias	0,262
<b>CRAS Sudeste Olavo Costa</b>	Até 1 SM: 2.877 famílias; 1-2 SM: 925 famílias; 2-3 SM: 304 famílias; >3 SM: 143 famílias	0,272
<b>CRAS Sul Ipiranga</b>	Até 1 SM: 8.041 famílias; 1-2 SM: 2.689 famílias; 2-3 SM: 921 famílias; >3 SM: 420 famílias	0,275

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

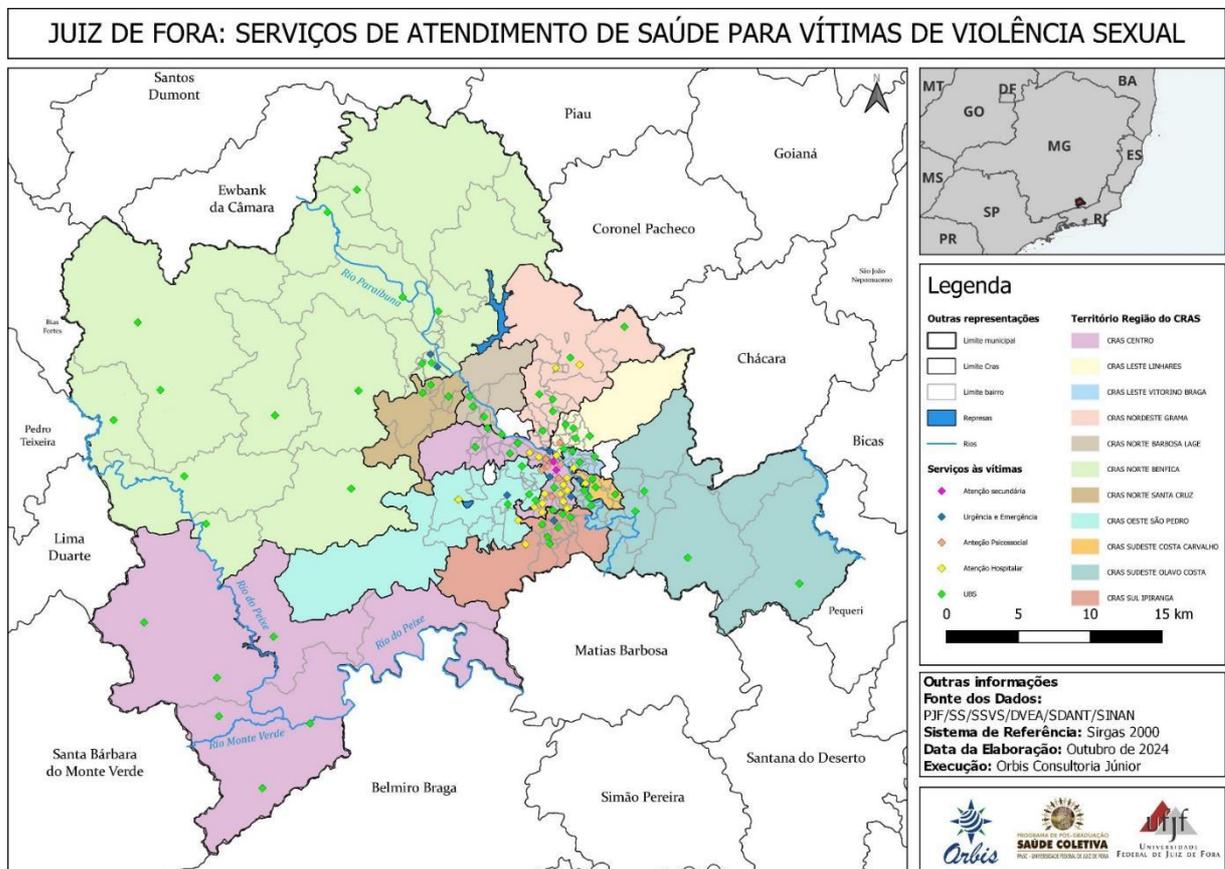
Observa-se que o CRAS Centro é a unidade que abrange o maior número de bairros, totaliza 36. No entanto, o CRAS Sul Ipiranga, embora atenda a 17 bairros, apresenta um número mais elevado de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família (PBF) (Quadro 5). Em relação aos níveis de vulnerabilidade social, as regiões do CRAS Norte Benfica (0,281), CRAS Sul Ipiranga e CRAS Leste Linhares, ambas com IVCAD de 0,275, configuram-se como as mais vulneráveis do município. Por outro lado, as áreas do CRAS Oeste São Pedro (0,261), CRAS Sudeste Costa Carvalho (0,262) e CRAS Centro (0,263) apresentam os menores índices de vulnerabilidade social (Quadro 6).

### 5.3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA – MG.

A organização espacial dos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual é um dos elementos que desempenha a garantia de acesso equitativo e eficiente a cuidados essenciais, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social.

O mapa apresentado (Figura 3) retrata a distribuição dos serviços de saúde que prestam atenção à saúde às vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora, no ano de 2023, considera o Território Socioassistencial, ou seja, a divisão territorial associada aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A identificação precisa dos serviços de apoio e saúde, como Centros de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde, serviços de Atenção Secundária, Unidades Hospitalares e pontos de Urgência e Emergência, possibilita uma visão abrangente sobre a cobertura territorial desses serviços.

Figura 3 – Mapa dos serviços de atendimento de saúde para vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora – MG



O município de Juiz de Fora – MG conta com uma rede de saúde que abrange diferentes níveis de atenção, inclui serviços voltados ao atendimento de vítimas de violência sexual. A estrutura existente compreende 67 Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desempenham um papel central na atenção primária e no acolhimento inicial dessas vítimas. Além disso, a rede de atenção hospitalar conta com 20 unidades, destinadas ao suporte especializado e a intervenções de maior complexidade. O atendimento de urgência e emergência é realizado por 8 serviços, responsáveis pela atenção à saúde imediata em casos mais graves. No âmbito da saúde mental, o município dispõe de 7 serviços de atenção psicossocial, fundamentais para o acompanhamento das vítimas, especialmente no que se refere ao suporte emocional e psicológico. Por fim, a atenção secundária é composta por 2 serviços que garantem a continuidade do cuidado em nível intermediário, atendem demandas especializadas que não podem ser absorvidas na atenção primária, mas que também não exigem a complexidade da atenção terciária (Quadro 6).

Com base no mapa apresentado (Figura 3), verifica-se que as Unidades Básicas de Saúde estão distribuídas no município de forma relativamente ampla. Elas estão representadas no mapa (Figura 3) por uma grande quantidade de pontos espalhados por diversas regiões, o que indica uma tentativa de capilaridade dos serviços para diferentes áreas do município. Essa capilaridade é coerente com a territorialização que é um pilar organizativo do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado não apenas como instrumento técnico de planejamento, mas como expressão da lógica assistencial proposta pela Constituição de 1988, pautada na universalidade, integralidade e equidade. Conforme Faria (2020), exige que a Atenção Básica esteja presente em todo o território nacional como porta de entrada do sistema. Entretanto, como o autor também ressalta, a capilaridade deve ser acompanhada de planejamento territorial coerente, financiamento adequado e articulação entre níveis de atenção, aspectos nem sempre atendidos nos contextos locais.

Apesar da ampla distribuição, percebe-se uma concentração desses serviços nas áreas centrais e mais urbanizadas, como nas regiões próximas ao CRAS Centro, CRAS Nordeste Grama e CRAS Leste Vitorino Braga. Essas áreas são de alta densidade populacional, o que justifica uma maior concentração dos serviços para atender a demanda. Contudo, nas regiões periféricas do município, como as áreas que pertencem ao CRAS Sul Ipiranga e CRAS Oeste São Pedro, há

algumas UBS distribuídas, mas em menor quantidade. Isso pode sugerir que, embora haja presença de serviços, a concentração dessas unidades em relação à população dessas áreas pode ser insuficiente.

Em relação à zona norte do município, a região do CRAS Norte Benfica apresenta algumas UBS espalhadas pela região e 2 serviços de urgência e emergência, no entanto, o bairro Benfica é o mais populoso do município, possui 23.414 moradores, corresponde a 4,33% do total de habitantes de Juiz de Fora (IBGE, 2023). Já as regiões do CRAS Norte Barbosa Lage e CRAS Norte Santa Cruz apresentam uma distribuição moderada de UBS. A maior concentração de unidades de saúde ocorre nas áreas mais centrais e urbanizadas, devido à característica de Juiz de Fora ser um município com um centro muito pujante, com grande parte dos serviços concentrados na área central. Isso resulta em um acesso mais distante para as áreas periféricas e limítrofes, que ficam afastadas dessas unidades.

Já na região sudeste, que possui cobertura do CRAS Sudeste Costa Carvalho e CRAS Sudeste Olavo Costa, percebe-se que a região do CRAS Sudeste Olavo Costa tem uma distribuição menos densa de UBS comparada à região norte, o que pode gerar problemas de acessibilidade para a população. Já a região do CRAS Sudeste Costa Carvalho possui uma boa cobertura de UBS.

Com relação aos equipamentos de saúde da atenção hospitalar, é notório que a maior parte dos serviços estão concentrados na região central da cidade, próximo aos CRAS Centro, CRAS Leste Linhares e Vitorino Braga e CRAS Nordeste Grama. Essa concentração nas áreas urbanas pode estar relacionada à maior densidade populacional e à maior demanda por serviços de saúde em regiões centrais.

Nas áreas periféricas do município, a presença de atenção hospitalar é menor. Por exemplo, nas regiões representadas pelos CRAS mais distantes, como CRAS Sul Ipiranga e CRAS Oeste São Pedro, não há uma grande quantidade de equipamentos hospitalares visíveis.

A análise das áreas do CRAS Norte e do CRAS Sudeste indica que ambas as regiões apresentam menos oferta de serviços hospitalares. Esse cenário sugere que a população dessas localidades precisa se deslocar para áreas mais centrais ou adjacentes a fim de acessar tais serviços.

A distribuição dos serviços de Urgência e Emergência na cidade estão localizados em áreas estratégicas, mas ainda deixa algumas regiões em desvantagem no acesso a esses atendimentos. A região Norte, que compreende as áreas do CRAS Norte Santa Cruz, Benfica e Barbosa Lage está relativamente bem servida, com dois serviços de urgência e emergência localizados na região do CRAS Benfica, mais ao norte da região. Esses dois serviços próximos a Santa Cruz e Barbosa Lage oferecem uma cobertura razoável para essas áreas periféricas, no entanto, ainda existem áreas dentro da região que poderiam se beneficiar de uma maior dispersão dos serviços.

A região Sudeste, que abrange os CRAS Sudeste Costa Carvalho e Olavo Costa, tem uma cobertura significativa com três serviços localizados nas divisas entre essas regiões e o CRAS Centro. Isso facilita o acesso dos moradores do sudeste ao atendimento emergencial, especialmente nas áreas limítrofes. No entanto, é importante ressaltar que os serviços estão localizados nas divisas das regiões, o que pode gerar dificuldades de acesso para moradores que vivem mais afastados dessas áreas, especialmente aqueles que residem no interior dos territórios do CRAS Costa Carvalho e Olavo Costa.

A região que alcança os CRAS Leste Vitorino Braga, CRAS Leste Linhares e CRAS Nordeste Gramma se beneficiam de um dos serviços de urgência e emergência localizados nas divisas desses com o CRAS Centro. Essa localização estratégica na divisa das regiões oferece uma boa cobertura para os residentes que estão mais próximos dessas áreas limítrofes. No entanto, os moradores mais distantes podem ter dificuldades de acesso aos serviços emergenciais.

A área do CRAS Centro é dividida em duas partes: uma que abrange a região central urbana de Juiz de Fora, e outra que é mais afastada do núcleo urbano. Enquanto a parte central está bem coberta por serviços de urgência e emergência, a área mais afastada não possui nenhum serviço. Na região central há um serviço de urgência e emergência diretamente localizado, e outros na divisa com outras regiões, que garante uma boa cobertura para a população mais próxima ao centro. Já a parte mais afastada, os residentes dependem dos serviços localizados em outras regiões e enfrentam maiores barreiras de acesso.

Já a região do CRAS Oeste e do CRAS Sul Ipiranga possuem um serviço de Urgência e Emergência em cada uma delas, porém, apresentam cobertura limitada,

visto que as regiões mais periféricas podem ter deslocamentos longos até esses serviços.

Os serviços da rede de Atenção Psicossocial encontram-se concentrados na região do CRAS Centro, somente o CAPS II Leste que está localizado na região do CRAS Leste Linhares, mesmo assim mais ao sul, próximo à divisa com o CRAS Centro. Isso garante um acesso rápido e fácil à população que reside na parte central do município, no entanto, os moradores das regiões periféricas encontram barreiras de acesso. Esse padrão se repete com os serviços da Atenção Secundária, eles também se concentram na região central, o que dificulta o acesso dos moradores das regiões mais distantes do centro.

A análise espacial dos serviços de saúde em Juiz de Fora evidencia uma iniquidade significativa na distribuição dos serviços de saúde, especialmente nos serviços de urgência, atenção hospitalar, atenção secundária e psicossocial. Enquanto as regiões mais centrais do município, como o CRAS Centro, são beneficiadas com uma maior concentração de serviços, as áreas periféricas, como as regiões Norte, Oeste, Sudeste e parte do Leste, enfrentam barreiras de acesso, com menos unidades disponíveis ou localizadas em divisas que dificultam o atendimento equitativo.

Essa distribuição desigual evidencia o que Almeida *et al.* (2018) chamam de fragilidade na articulação da APS como coordenadora do cuidado em contextos em que há descontinuidade territorial e assistencial. Embora a presença física da APS seja uma condição necessária, ela não é suficiente para garantir a efetividade do cuidado e sua continuidade. A análise espacial do município de Juiz de Fora revela um padrão recorrente de concentração dos serviços especializados nas áreas centrais, o que compromete os princípios da equidade, da integralidade e da universalidade, pilares do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme destaca Faria (2020), o desenho atual da territorialização da APS no Brasil é resultado de um projeto político-institucional inacabado, fragilizado por limitações estruturais, subfinanciamento crônico e retrocessos normativos, como os promovidos pela terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017. A lógica territorial do SUS, idealmente voltada à superação de desigualdades históricas, tem cedido espaço a modelos de gestão que reforçam a centralização dos serviços e enfraquecem o papel estruturante da APS. Ainda segundo o autor, a fragmentação dos serviços e a ausência de uma articulação efetiva entre os

diferentes níveis de atenção contribuem para a chamada “desterritorialização da saúde”, dificultando o cuidado contínuo e resolutivo, sobretudo nas áreas mais vulneráveis.

Além da dimensão geográfica e da disponibilidade estrutural, é necessário refletir que a presença de uma UBS em determinado território não garante, por si só, a utilização efetiva dos serviços pelas populações locais, especialmente as mais vulnerabilizadas (Garnelo *et al.*, 2018).

Outro aspecto relevante é a fragmentação entre os níveis de atenção, especialmente nas regiões periféricas do município. Embora existam UBS nos diversos territórios, a centralização dos serviços especializados, hospitalares e psicossociais compromete o princípio da integralidade do cuidado. Almeida *et al.* (2018) ressaltam que a coordenação do cuidado depende da existência de fluxos formais entre os níveis de atenção e da referência e contrarreferência. Quando essa integração não ocorre, o cuidado se torna descontinuado e ineficaz, e os serviços de urgência acabam sendo sobrecarregados por demandas que poderiam ser resolvidas no primeiro nível de atenção.

Dessa forma, para que a APS exerça seu papel estruturante, não basta apenas aumentar o número de unidades de saúde. É preciso que existam políticas públicas que garantam que essas unidades estejam bem distribuídas pelo território, funcionem de forma adequada e se relacionem bem com outros serviços da rede. Só assim será possível oferecer um cuidado integral e equitativo em todo o território municipal (Will; Dalbello-Araújo, 2023).

Além disso, a concentração dos serviços de atenção psicossocial e hospitalar no centro urbano do município dificulta a continuidade do cuidado, particularmente para grupos em situação de vulnerabilidade social (Cobo; Cruz; Dick, 2021). Tesser, Norman e Vidal (2018) destacam que a APS deve atuar como coordenadora do cuidado, garantindo não apenas o primeiro contato com o sistema, mas também um acompanhamento longitudinal, o que exige reorganização do processo de trabalho das equipes e investimento em mecanismos que ampliem o acesso e fortaleçam os vínculos.

Soares *et al.* (2024) complementam essa análise ao demonstrar que, a precariedade da infraestrutura das UBS, a dificuldade de fixação de profissionais e as falhas no acolhimento à demanda espontânea geram uma APS que, embora

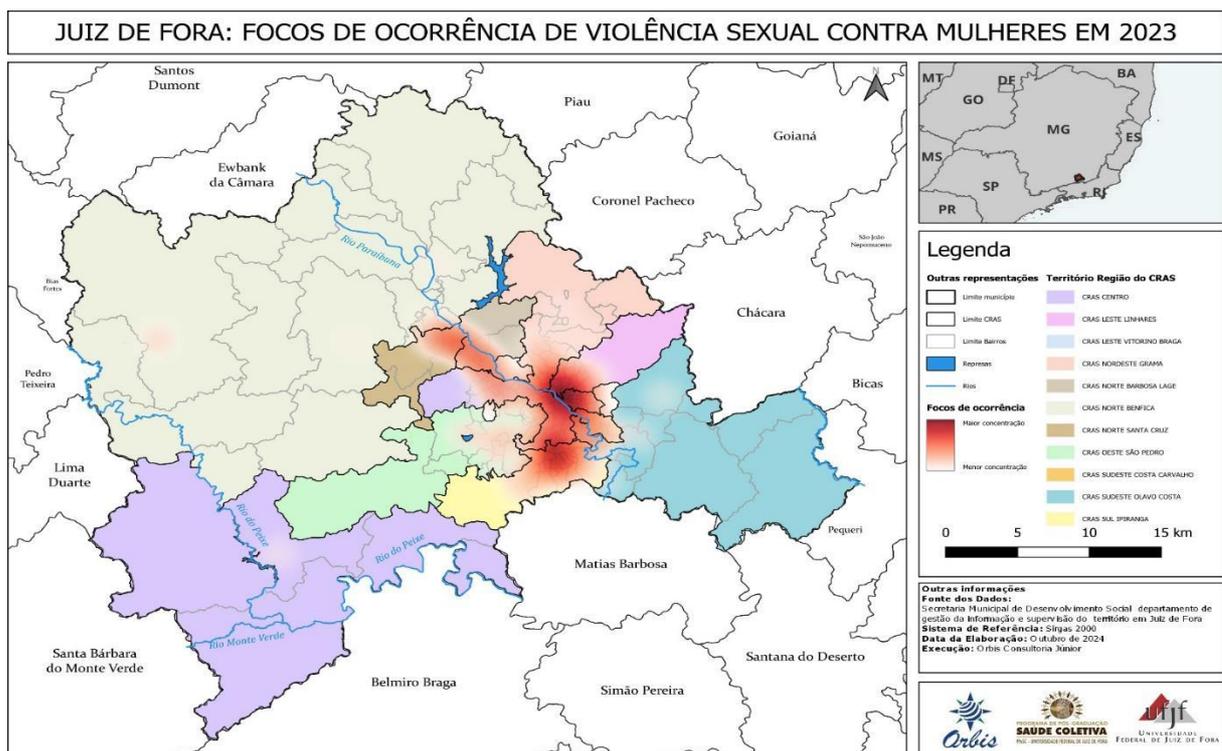
presente, é funcionalmente limitada. Nesse sentido, a simples cobertura geográfica não garante o acesso pleno e equitativo.

#### 5.4 – ANÁLISE ESPACIAL DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS E MULHERES EM JUIZ DE FORA- MG, ANO 2023

Em Juiz de Fora - MG, no ano de 2023, foram notificados 148 casos de violência sexual contra meninas e mulheres no SINAN. Desses, 28 registros, o que representa 18,9%, não continham informações de endereço de ocorrência, CEP, bairro ou ponto de referência. Assim, esses casos foram excluídos do estudo de distribuição espacial, uma vez que, sem essas informações, a análise espacial não pode ser realizada. Logo, a referida análise foi conduzida com base em 120 notificações.

Para realizar o estudo foi produzido um mapa (Figura 4) através da metodologia densidade de kernel, que indicou as áreas com focos de ocorrência dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora – MG, notificados no SINAN no ano de 2023.

Figura 4 – Mapa dos focos de ocorrência de violência sexual contra meninas e mulheres ocorridas em Juiz de Fora – MG, ano 2023



O mapa de densidade de kernel (Figura 4) revela que os casos de violência sexual em 2023 ocorreram em todas as regiões do município, mas de maneira desigual. A maior concentração de ocorrências está localizada na região centro-leste, evidenciada pelas áreas em vermelho. Já as áreas com menor concentração, representadas por tons mais claros, estão situadas predominantemente nas periferias, com destaque para as regiões sudoeste e oeste.

Ao analisar o mapa (Figura 4), é possível identificar um corredor de alta concentração de casos de violência sexual, que se inicia na região do CRAS Sul Ipiranga, onde há uma elevada notificação de casos. Esse corredor se estende por uma parte do CRAS Oeste São Pedro e CRAS Sudeste Olavo Costa, passa pelo CRAS Centro, onde a concentração diminui um pouco. Em seguida, o corredor segue em direção ao CRAS Leste Vitorino Braga e CRAS Leste São Benedito, onde a concentração de casos aumenta significativamente, e atinge seu ponto mais alto. Conforme o corredor se aproxima da região do CRAS Nordeste Grama, a densidade de casos começa a diminuir novamente. Por fim, ao seguir em direção à zona norte, há um aumento moderado da concentração de casos em uma parte da região do CRAS Norte Santa Cruz.

Ao analisar cada região é possível perceber que ao norte do município, coberto pelos CRAS Norte Benfica, Santa Cruz e Barbosa Lage, observa-se, de forma geral, uma concentração moderada de casos de violência sexual. Na área atendida pelo CRAS Norte Benfica, a concentração de casos é baixa, e as ocorrências são dispersas, ocorre de maneira isolada. Já na região do CRAS Norte Barbosa Lage, a concentração é moderada, com os casos mais concentrados na parte sul da área. Por fim, na área do CRAS Norte Santa Cruz, a concentração de casos é maior do que em Barbosa Lage e Benfica, com as ocorrências concentradas principalmente na divisa com as regiões do CRAS Barbosa Lage e Benfica.

No mapa (Figura 4), a área do CRAS Nordeste Grama apresenta uma concentração baixa a moderada de casos de violência sexual, tons mais claros predominam na visualização. O número de casos aumenta à medida que se aproxima à divisa das regiões do CRAS Centro e CRAS Leste Linhares.

A região Leste, composta pelos territórios do CRAS Leste Linhares e CRAS Leste Vitorino Braga, é a área com o maior número de casos notificados de violência sexual em Juiz de Fora. Observa-se uma concentração de casos que varia de moderada a alta ao longo da região, com um aumento expressivo à medida que se

aproxima do território do CRAS Leste Vitorino Braga. Este, em particular, é a área com maior concentração de casos no município, evidenciada por tons intensos de vermelho no mapa de densidade. A distribuição dos casos é uniforme em quase toda a região, sem áreas de dispersão significativa ou baixa notificação, o que indica um padrão consistente de alta ocorrência de violência sexual.

A região Sudeste, que abrange os territórios dos CRAS Sudeste Costa Carvalho e CRAS Sudeste Olavo Costa, apresenta padrões distintos de densidade de casos de violência sexual. No território do CRAS Sudeste Costa Carvalho, o mapa de densidade de kernel (Figura 4) revela uma concentração moderada de casos, distribuída de forma relativamente homogênea por toda a região, com pouca variação na intensidade dos focos. Isso sugere que os episódios de violência sexual estão dispersos de maneira consistente pelo território, sem áreas específicas de maior ou menor registros.

Por outro lado, no território do CRAS Sudeste Olavo Costa, o padrão de distribuição é mais heterogêneo. Existe uma concentração moderada de casos nas áreas de divisa com os CRAS Costa Carvalho, CRAS Centro, e CRAS Sul Ipiranga, onde os focos são mais intensos. À medida que se avança para o interior da região, a densidade de casos diminui significativamente. Além disso, há dois pontos isolados de menor concentração dentro do território, que sugere ocorrências pontuais de violência sexual. Esse padrão reflete uma concentração mais localizada nas bordas da região, com uma dispersão menor nas áreas internas.

O mapa de densidade de kernel (Figura 4) revela que a região do CRAS Sul Ipiranga apresenta variações na concentração de casos de violência sexual. A proximidade com a divisa do CRAS Centro evidencia uma maior concentração de casos, que diminui gradualmente conforme se aproxima das divisas com os CRAS Sudeste Olavo Costa e CRAS Oeste São Pedro. Ao avançar para o interior da região do CRAS Sul Ipiranga, a densidade de casos diminui significativamente, e sugere que os focos mais concentrados estão nas áreas de borda, enquanto o interior da região apresenta uma menor ocorrência de violência sexual.

A região do CRAS Oeste de São Pedro apresenta uma concentração baixa de casos de violência sexual. E esses estão mais concentrados nas áreas próximas às divisas com o CRAS Centro (região central) e CRAS Sul Ipiranga. No entanto, à medida que se avança para o interior da região de São Pedro não há ocorrência de casos.

E por fim, a região do CRAS Centro é dividida em duas áreas, uma localizada no centro da cidade e outra mais afastada da região central, e cobre bairros com características socioeconômicas distintas. Essa divisão influencia o padrão de ocorrência de violência sexual, já que cada uma dessas áreas apresenta dinâmicas sociais próprias.

A região central do CRAS Centro apresenta uma concentração de moderada a alta de casos de violência sexual, sua concentração de mantém uniforme por quase toda a região, aumenta à medida que se aproxima da região leste e diminui quando começa a se aproximar da zona norte do município.

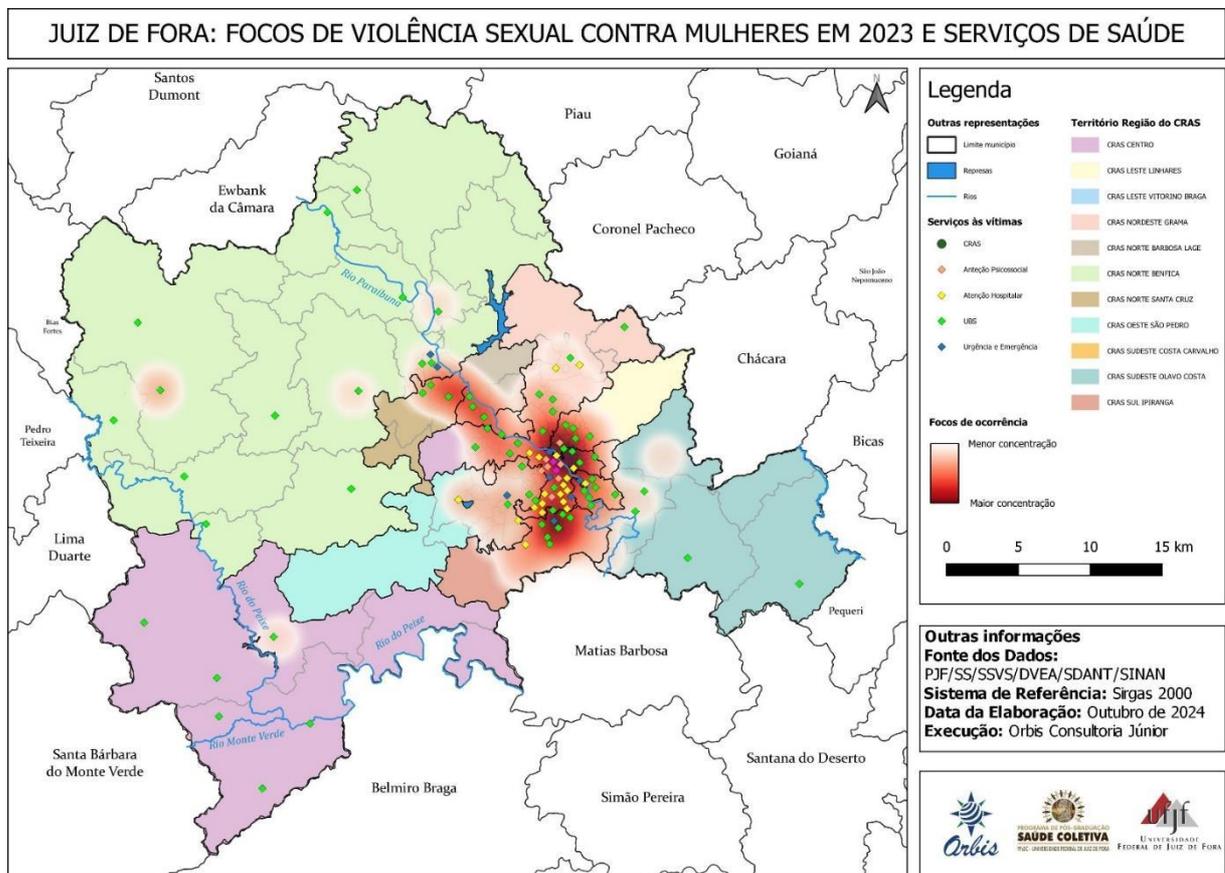
Já na parte afastada do CRAS Centro, a concentração de casos é significativamente menor. Só existe um foco de menor concentração, o que indica menos casos de violência sexual.

Em síntese, a análise espacial dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora, por meio do mapa de densidade de kernel (Figura 4), revelou uma distribuição desigual dos casos ao longo do município.

## 5.5 –DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DO SERVIÇOS DE SAÚDE, FOCOS DE OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL E AS ÁREAS DE VULNERABILIDADE SOCIAL EM JUIZ DE FORA – MG, ANO 2023.

Com base nas informações apresentadas anteriormente, busca-se avançar uma correlação entre as dimensões já exploradas, para tal, a seguir serão analisadas a relação entre a distribuição espacial dos serviços de saúde, os focos de ocorrência de violência sexual e os níveis de vulnerabilidade social nos diferentes territórios socioassistenciais de Juiz de Fora (Figura 5). A análise espacial revela importantes disparidades que impactam diretamente o acesso das vítimas de violência sexual aos serviços de saúde, especialmente nas áreas de maior vulnerabilidade social.

Figura 5 – Mapa dos focos de ocorrência de violência sexual contra meninas e mulheres e Serviços de Saúde em Juiz de Fora - MG, ano 2023



A análise dos focos de violência sexual, com base no mapa de densidade de kernel, mostra que a maior concentração de casos de violência sexual ocorre nas regiões leste e centro-leste (Figura 5). A maior concentração ocorre nas regiões leste e centro-leste. Ao mesmo tempo, a maior concentração dos serviços de saúde também se dá na região central da cidade. Destaca-se a região do CRAS Leste Vitorino Braga, que possui boa cobertura de serviços de saúde, alta vulnerabilidade social e com um alto índice de ocorrências. Por outro lado, a região do CRAS Norte Benfica, com IVCAD de 0,281, o mais elevado de Juiz de Fora, apresenta a maior vulnerabilidade social do município. Trata-se de uma área periférica, com baixa cobertura de serviços de saúde e baixa concentração de casos de violência sexual notificados.

A região do CRAS Leste Linhares e do CRAS Sul Ipiranga, pelo IVCAD (0,275) ambos são a segunda com o maior índice de vulnerabilidade social. O CRAS Leste Linhares tem uma boa cobertura de serviços de saúde em uma parte da região. E com relação aos casos de violência sexual, é uma das áreas com maior número de casos notificados no município. E esses casos se concentram na área

onde há melhor cobertura de serviços de saúde. A região do CRAS Sul Ipiranga também possui maior concentração de casos de violência sexual e ela não é homogênea, apresenta variações, com áreas onde possui menor concentração. Percebe-se que a maior concentração de casos está na área onde os serviços de saúde estão presentes.

A região do CRAS Norte Santa Cruz, que possui IVCAD de 0,274, tem o terceiro maior índice de vulnerabilidade social do município. Percebe-se que essa região tem uma concentração de casos de moderada para alta na divisa entre o CRAS Barbosa Lage e o CRAS Norte Benfica, que é exatamente onde se concentram os serviços de saúde.

Com relação ao índice de vulnerabilidade social, o CRAS Nordeste Grama (0,273) e CRAS Norte Barbosa Lage (0,273) têm o quarto maior índice de Juiz de Fora. Ambos os bairros possuem uma concentração moderada de casos de violência sexual e eles também se concentram nas regiões onde estão localizados os serviços de saúde.

No que se refere ao CRAS Sudeste Olavo Costa (0,272), a região apresenta um índice de vulnerabilidade social intermediário em relação às demais áreas do município. A distribuição dos casos de violência sexual é marcada pela heterogeneidade, com áreas de concentração moderada e pontos isolados de menor registro no interior do território. As áreas com maior concentração de casos estão localizadas nas proximidades dos serviços de saúde.

O território abrangido pelo CRAS Leste Vitorino Braga que possui um índice de vulnerabilidade social (0,270) intermediário em comparação às demais áreas do município, apresenta uma distribuição uniforme de casos de violência sexual em quase toda a região. É a área com a maior concentração de casos no município e conta com uma boa cobertura de serviços de saúde.

O CRAS Centro possui um baixo índice de vulnerabilidade social (0,263) e apresenta dois padrões distintos em relação à concentração dos casos de violência sexual e à cobertura dos serviços de saúde, devido à divisão do território em duas áreas. Na parte central, há áreas de concentração moderada e pontos de maior ocorrência de casos, beneficiadas por uma boa cobertura de serviços de saúde, abrange todos os níveis de atenção. Já na área mais afastada, que possui baixa cobertura de serviços de saúde, observa-se uma menor concentração de casos de violência sexual, somente um ponto isolado.

A região do CRAS Sudeste Costa Carvalho apresenta um baixo índice de vulnerabilidade social (0,262), com uma concentração moderada de casos de violência sexual distribuídos de forma homogênea por todo o território. Além disso, os serviços de saúde estão bem espalhados pela região, garantem acesso relativamente equitativo para a população.

Por outro lado, o CRAS Oeste São Pedro, que possui o menor índice de vulnerabilidade social do município (0,261), registra uma baixa concentração de casos de violência sexual, acompanhada por uma menor oferta de serviços de saúde.

Através da análise do mapa (Figura 5) foi possível perceber que as áreas com maior índice de vulnerabilidade social são marcadas por alta concentração de ocorrências de violência sexual, com exceção do CRAS Norte Benfica, mesmo com alta vulnerabilidade, tem menor concentração de ocorrências, o que pode indicar subnotificação por conta das barreiras de acesso aos serviços de saúde, já que fica em uma área periférica.

De modo geral, observa-se que, nas regiões periféricas de Juiz de Fora, a violência sexual apresenta baixa concentração. Essas áreas também se caracterizam por menor acesso aos serviços de saúde. Consequentemente, são áreas em que a violência sexual é subnotificada e invisibilizada. Isso se deve ao fato de serem regiões com menor investimento público e vazios assistenciais (Vasconcelos *et al.*, 2023).

Essa configuração territorial influencia diretamente na exposição à violência, uma vez que regiões socialmente vulneráveis tendem a registrar maiores índices de violência. No entanto, a distribuição desigual dos serviços de saúde, segurança pública e assistência social entre os territórios faz com que a população tenha menos acesso a esses serviços, o que dificulta o atendimento, a proteção dessas pessoas e a notificação da violência (Corrêa *et al.*, 2021).

Conforme observado, a maioria das notificações são dos serviços hospitalares (88,5%), e é notório que a maior parte desses serviços estão concentrados na região central da cidade, próximo aos CRAS Centro, CRAS Leste Linhares e Vitorino Braga e CRAS Nordeste Grama. Essa concentração ocorre por conta da regionalização dos serviços de saúde, com concentração em determinados locais, propõe a viabilização operacional do SUS, por meio da racionalização do uso de recursos tecnológicos e humanos. Contudo, a regionalização deve pressupor a

potencialização da descentralização, por meio da distribuição equitativa dos serviços de saúde nos territórios, e garantir acesso com qualidade e resolutividade (Melo; Soares; Bevilacqua, 2022). Sendo assim, deve haver uma ampliação do acesso nos territórios mais vulnerabilizados.

No entanto, é importante considerar que não se trata apenas de ampliar a quantidade de serviços de saúde, mas sim de fortalecer a atenção primária à saúde (APS) como estratégia central para o aumento da notificação e o enfrentamento da violência sexual. Por estar inserida nos territórios e manter vínculos mais próximos com a população, a APS possui potencial para atuar como ponto de identificação precoce, acolhimento qualificado e encaminhamento adequado das vítimas. Todavia, como apontam Kind *et al.* (2013), a simples presença da APS em determinados territórios não assegura sua efetividade. Diversos obstáculos operacionais e simbólicos interferem nesse processo, como a precariedade na formação dos profissionais, a sobrecarga de trabalho, a ausência de fluxos e protocolos institucionalizados, além da concepção equivocada da notificação como ato de denúncia e não como instrumento integrante do cuidado em saúde.

Além disso, Nascimento *et al.* (2024) indicam que muitos profissionais da APS não se sentem preparados para reconhecer sinais de violência sexual, o que compromete sua capacidade de escuta e acolhimento, contribuindo para a invisibilidade do problema e para a subutilização da APS como espaço estratégico de resposta institucional. A esse cenário soma-se, como demonstrado Machado, Castanheira e Almeida (2025), o predomínio de um modelo biomédico na condução dos atendimentos, que tende a medicalizar sintomas inespecíficos e a desconsiderar os determinantes sociais da violência. Por sua vez, Ribeiro, Pereira e Terra (2025) destacam que o fortalecimento da APS exige mais do que capacitação técnica: requer a construção de uma nova cultura institucional, baseada na corresponsabilidade das equipes, na intersetorialidade e na atuação em rede, com vistas à proteção integral das vítimas.

Essa necessidade torna-se ainda mais evidente ao se observar que, em Juiz de Fora, as regiões periféricas, justamente as mais vulneráveis, concentram barreiras de acesso aos serviços de saúde, o que contribui para a subnotificação e a desproteção. Nesses territórios, a violência sexual tende a parecer menos frequente, não por sua ausência, mas pela escassez de registros, que distorce a visibilidade do fenômeno e subestima sua real magnitude. A presença concentrada de serviços nas

áreas centrais facilita a notificação, enquanto as regiões periféricas, mesmo que mais expostas à violência, têm maior dificuldade de acessar os serviços de saúde e identificar os casos.

Já as áreas com menores índices de vulnerabilidade social apresentam concentração de casos de moderada a baixa. Todavia, a distribuição relativamente homogênea dos casos no CRAS Sudeste Costa Carvalho demonstra que mesmo regiões com menor vulnerabilidade não estão imunes à violência sexual, isso reforça a necessidade de intervenções abrangentes.

De forma semelhante, a região central do CRAS Centro que é caracterizada por baixa vulnerabilidade social (IVCAD 0,263), mas com uma concentração moderada a alta de casos de violência sexual, o que revela uma complexa relação entre fatores sociais, padrões de violência e acesso aos serviços de saúde. Apesar de apresentar um índice de vulnerabilidade inferior em comparação a outras regiões, a região central do CRAS Centro concentra um volume expressivo de casos de violência sexual, o que destaca que a violência sexual não é um fenômeno restrito às áreas mais vulneráveis socialmente. Essa concentração pode estar associada a características socioeconômicas e geográficas específicas, além de fatores relacionados ao acesso e à visibilidade dos serviços na região.

Um ponto crucial para entender essa dinâmica é a boa cobertura de serviços de saúde na região central do CRAS Centro, que abrange todos os níveis de atenção, desde a atenção primária, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até serviços hospitalares, de urgência e emergência, atenção secundária e psicossocial. Essa ampla disponibilidade de serviços pode facilitar a notificação e o registro de casos, e aumentam a visibilidade da violência sexual na região.

De maneira geral, o maior número de notificações ocorre em áreas que possuem mais unidades notificadoras e serviços assistenciais, evidencia um grupo de acesso privilegiado aos equipamentos públicos nas estatísticas da violência sexual (Leite *et al.*, 2023).

Além disso, a centralidade geográfica da região do CRAS Centro, associada à maior densidade populacional e maior fluxo de pessoas, pode expor a população local a diferentes contextos de violência. Espaços urbanos mais movimentados tendem a concentrar maior interação social e, conseqüentemente, podem ser locais de maior risco para a ocorrência de crimes, entre eles a violência sexual. Essa configuração urbana reforça a necessidade de compreender o território não apenas

como um espaço físico, mas como um espaço socialmente construído e permeado por dinâmicas sociais, culturais e econômicas (Santos, 2005; Monken, 2024).

Outro aspecto relevante é que, apesar de a região central do CRAS Centro ser beneficiada com uma boa cobertura de serviços de saúde, a concentração de casos de violência sexual também aponta para a complexidade do fenômeno. Isso demonstra que ela está presente nas mais diferentes formas de interação e que ocorre em toda a sociedade e atinge pessoas de todas as idades, classes, gênero e raça/etnia, porém, de forma distinta, moduladas por fatores sociais, econômicos e culturais (Minayo; Pinto; Silva, 2024). Assim, a violência sexual vai ocorrer em todas as regiões, ela está enraizada nas iniquidades estruturais que permeiam nossa sociedade.

É fundamental analisar criticamente como a subnotificação de casos de violência sexual, compromete não apenas a disponibilidade de dados confiáveis para a formulação e implementação de políticas públicas, mas também perpetua um ciclo de invisibilidade social. Esse fenômeno mantém as vítimas à margem do sistema de proteção, reforça sua exposição contínua a contextos de violência e as priva de apoio institucional adequado. Como observado, a subnotificação é um problema estrutural e multifacetado que agrava o impacto devastador da violência, tanto em termos individuais quanto coletivos. (Vieira; Costa; Oliveira, 2021).

Os dados apresentados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública, revelam que em 2020 e 2021 ocorreram 35.644 e 37.872 estupros de meninas menores de 14 anos, respectivamente. Enquanto no SINAN foram registrados 20.170 e 14.344 casos de violência sexual para essa mesma população. Além disso, aproximadamente  $\frac{2}{3}$  dos profissionais que identificam um caso de violência não realizam a devida notificação (Vasconcelos *et al.*, 2024). E, no Brasil, estima-se que 90% dos casos não são reportados às autoridades (Leal *et al.*, 2021). Essa subnotificação demonstra o viés da pesquisa, visto que o número de casos apresentados difere da prevalência real, e evidencia falhas significativas no sistema de notificação.

A subnotificação ocorre por diversos motivos, entre eles a falta de formação dos profissionais de saúde, que contribui significativamente para as lacunas no enfrentamento da violência sexual. Isso pode levar a diagnósticos equivocados e à falha na identificação precoce dos casos, o que compromete o atendimento e a atenção à saúde das vítimas. Em muitas situações, a ausência de protocolos claros

e padronizados para a notificação agrava o problema, resulta em subnotificação e dificulta a coleta de dados essenciais para compreender a real extensão do fenômeno. Essa falta de padronização não apenas dificulta o registro preciso dos casos, mas também limita a eficácia das políticas públicas destinadas ao enfrentamento da violência sexual (Ferreira *et al.*, 2023b).

Além disso, fatores sociais, culturais e econômicos desempenham um papel crítico na subnotificação de casos de violência sexual. Barreiras como a desconfiança nas instituições de saúde, normas culturais que desencorajam a denúncia e a ausência de suporte público adequado afetam diretamente a decisão das mulheres de buscar ajuda e formalizar denúncias. Esses contextos culturais muitas vezes perpetuam estigmas e culpabilizam as vítimas, e criam um ambiente hostil para a revelação de episódios de violência (Bezerra *et al.*, 2018).

Nesse sentido, devem ocorrer medidas que incentivem a notificação da violência sexual, e levem em consideração que ela desempenha um papel fundamental no fortalecimento das redes de atenção à saúde, e contribui tanto para o oferecimento de suporte adequado às vítimas quanto para o desenvolvimento de estratégias preventivas mais eficazes. Além disso, constitui uma ferramenta indispensável para a análise detalhada dos casos de violência, que permite uma alocação mais eficiente de recursos financeiros para centros de vigilância em saúde e serviços de atendimento. Esse processo é essencial para o aprimoramento contínuo das redes de proteção e para o avanço na atenção à saúde das vítimas, assegura respostas mais integradas e assertivas às demandas emergentes (Garbin *et al.*, 2015).

Assim, é fundamental investir em programas de educação permanente e abrangente para os profissionais de saúde, capacitá-los a identificar os sinais de violência sexual, além de proporcionar acolhimento integral e humanizado e a notificação correta dos casos, com o objetivo de garantir um cuidado adequado. Além disso, é essencial desenvolver e implementar protocolos claros e padronizados em todas as instâncias dos serviços de saúde (Mariano *et al.*, 2021).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual contra meninas e mulheres, conforme abordado neste estudo, representa uma das mais graves violações de direitos humanos, com repercussões profundas na saúde física e mental das vítimas, além de comprometer a qualidade de vida das comunidades afetadas. Este estudo teve como objetivo analisar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e mulheres no município de Juiz de Fora – MG e sua relação com a vulnerabilidade social e com a distribuição dos serviços de saúde que atendem essas vítimas. Para isso utilizou dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único (IVCAD). A pesquisa, através da análise espacial, possibilitou a identificação de padrões geográficos e socioeconômicos que evidenciam a correlação entre a ocorrência da violência sexual e fatores estruturais de vulnerabilidade.

Os resultados obtidos confirmam que os casos de violência sexual não estão distribuídos de maneira homogênea no município, se concentram, em sua maior parte, em áreas de maior precariedade socioeconômica. Isso reforça o impacto das iniquidades estruturais na ocorrência desse fenômeno, o que evidencia uma correlação significativa entre as áreas de maior vulnerabilidade social e a maior concentração de casos de violência sexual. A análise espacial identificou agrupamentos de alto registros de casos nessas regiões, e indicou que a violência sexual não se limita a um fenômeno interpessoal, mas também possui um caráter estrutural, profundamente enraizado em iniquidades socioeconômicas e no acesso a direitos.

Outro aspecto relevante foi a identificação de que as áreas com menor oferta de serviços de saúde também apresentam um baixo número de notificações de violência sexual. Esse padrão sugere que a distribuição dos casos pode não ser apenas um reflexo da realidade da violência nesses territórios, mas também da capacidade dos serviços de saúde em identificar e notificar esses eventos. A ausência de serviços de saúde reduz a possibilidade de notificação, e não necessariamente a ocorrência real do caso, contribuindo para a subnotificação, considerando que muitas vítimas de violência sexual buscam atendimento médico antes de formalizar uma denúncia.

Assim, territórios menos assistidos por serviços de saúde podem não estar livres da violência sexual, mas sim apresentar barreiras estruturais que dificultam a visibilização do problema, simplesmente porque não possuem infraestrutura para registrar um evento. Essas incluem a presença de unidades de saúde com profissionais capacitados para acolher e notificar casos de violência, espaços físicos adequados para escuta sigilosa, articulação efetiva com a rede intersetorial de proteção e o estabelecimento de fluxo e protocolos claros de atenção à saúde. A precariedade desses elementos compromete a capacidade de resposta dos serviços, especialmente nos territórios mais vulnerabilizados.

Nesse contexto, destaca-se a importância estratégica da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). A APS, por sua capilaridade territorial e potencial de vínculo com a comunidade, poderia desempenhar um papel central na identificação precoce, notificação e cuidado longitudinal às vítimas de violência sexual. No entanto, os dados mostram que isso não ocorre, revela fragilidades nos processos de trabalho, na formação das equipes e na articulação com os demais serviços da rede. É imperativo, portanto, investir no fortalecimento da APS, além de ampliar sua cobertura, se faz necessário valorizar seus profissionais e qualificar suas práticas, de forma a garantir respostas efetivas e integradas no enfrentamento à violência sexual.

Importa destacar, nesse contexto, que as dificuldades na notificação e no atendimento adequado às vítimas não devem ser atribuídas exclusivamente aos profissionais de saúde. Tais lacunas precisam ser compreendidas à luz das condições concretas de trabalho, da insuficiência de investimentos em infraestrutura, da fragmentação das políticas públicas e das desigualdades territoriais que limitam a atuação dos serviços. A responsabilização individual tende a invisibilizar essas dimensões estruturais e a reforçar a fragmentação da resposta institucional. Dessa forma, é fundamental que as estratégias de enfrentamento da violência sexual estejam orientadas na territorialização, contemplando suas condições sociais, institucionais e políticas.

Os dados extraídos do SINAN demonstraram que a maioria das vítimas são meninas e mulheres em situação de fragilidade social, e reforçaram as iniquidades de gênero e classe como determinantes desse tipo de violência. Além disso, evidenciou-se que, em grande parte dos casos, os agressores são pessoas conhecidas da vítima, muitas vezes no contexto doméstico, o que reforça a

necessidade de políticas públicas voltadas para a prevenção, proteção e acolhimento adequado dessas mulheres e meninas.

A contribuição principal deste estudo consiste na abordagem territorial da violência sexual, que integra dados socioeconômicos, de saúde e de violência de forma espacializada, e proporciona uma perspectiva detalhada sobre as condições de vulnerabilidade e o acesso aos serviços de saúde. Essa análise territorial permite uma compreensão dos fatores que perpetuam o ciclo da violência, e subsidia a formulação de políticas públicas mais eficazes e equitativas.

Diante dessas evidências, destaca-se a urgência da implementação de políticas públicas intersetoriais que integrem as áreas da saúde, assistência social, segurança pública e educação para o enfrentamento da violência sexual de maneira de forma articulada, contínua e territorializada. Recomenda-se uma abordagem que considere não apenas a distribuição territorial da violência sexual, mas também os fatores que influenciam a notificação e o acesso das vítimas aos serviços de saúde, como a localização dos equipamentos, a capacitação das equipes e a existência de fluxos de atendimento. Entre as medidas prioritárias, destaca-se o fortalecimento da atenção primária, por meio da ampliação da cobertura territorial, da valorização dos profissionais e da qualificação dos processos de trabalho; bem como a ampliação das estratégias de prevenção da violência, com ações que enfrentem o estigma, incentivem a denúncia e promovam o cuidado integral às vítimas.

Além disso, destaca-se a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de saúde no uso qualificado do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A subutilização do sistema, somada à falta de familiaridade com seus fluxos, funcionalidades e finalidades, compromete a completude e a qualidade dos registros. Promover formações voltadas à compreensão do SINAN como ferramenta de vigilância em saúde, e não apenas como instrumento burocrático, contribui para qualificar o processo de notificação e ampliar a visibilidade dos casos de violência sexual no território.

Apesar de suas contribuições, o estudo possui algumas limitações, por se basear em dados secundários do SINAN, depende dos dados disponíveis nos sistemas de informação, que podem estar sujeitos à subnotificação ou falta de dados completos em alguns campos. Além disso, a análise foi restrita ao município de Juiz de Fora e somente ao ano de 2023, portanto, os resultados podem não ser completamente extrapoláveis para outros contextos. Para futuras pesquisas, seria

interessante expandir o estudo para outras regiões, realizar uma comparação entre diferentes municípios ou estados, para verificar se os padrões observados são universais ou específicos a determinadas realidades, além de aprofundar análises qualitativas que permitam compreender as dinâmicas institucionais e sociais envolvidas na notificação e na atenção à saúde das vítimas.

Em suma, este estudo contribui para o entendimento da relação entre vulnerabilidade social e violência sexual, além de fornecer subsídios para a melhoria das políticas públicas e da rede de serviços de saúde no enfrentamento desse problema complexo. A análise espacial e a integração de dados socioeconômicos e de saúde oferecem novas perspectivas para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na prevenção e no atendimento às vítimas de violência sexual, com a meta de reduzir as iniquidades e garantir a dignidade e os direitos das mulheres em situação de violência.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza C. de; SILVA, Marcelo José de Souza e. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, dez. 2014. GN1 Sistemas e Publicacoes Ltda. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfq8HSCymkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

ALMEIDA, Debora Paulino da Silva *et al.* Implementação de ferramenta digital para gestão populacional na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 57, n. 3, p. 1-17, 1 dez. 2023. Universidade de São Paulo. Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/219455/203307>. Acesso em: 20 nov. 2024.

ALMEIDA, Maria Regina Celestino de. A atuação dos indígenas na História do Brasil: revisões historiográficas. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 37, n. 75, p. 17-38, 17 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93472017v37n75-02>. Acesso em: 16 jun. 2024.

ALMEIDA, Ana Nunes de *et al.* Analysis of contextual variables in the evaluation of child abuse in the pediatric emergency setting. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 4, p. 374-381, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/FvzfnfNztqy4YzphH5tdFNpkD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2025.

ARAÚJO, Ricardo Souza; DILIGENTI, Marcos Pereira. A QUESTÃO SOCIAL: EXPRESSÃO UNA E DIVERSA DA SOCIEDADE BURGUESA. **16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”**, Brasília, p. 1-10, nov. 2019. Disponível em: [https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/19693/2/A\\_Questo\\_Social\\_expresso\\_uma\\_e\\_diversa\\_da\\_sociedade\\_burguesa.pdf](https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/19693/2/A_Questo_Social_expresso_uma_e_diversa_da_sociedade_burguesa.pdf). Acesso em: 02 nov. 2024.

BAIGORRIA, Judizeli *et al.* Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 818-826, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.65499>. Acesso em 17 nov. 2024.

BAILEY, Trevor C.; GATRELL, Anthony C. Interactive spatial data analysis. **Essex: Longman Scientific**. New York: Imperial College, 409p, 1995.

BARROSO, Milena Fernandes. Violência estrutural: mediações entre o matar e o morrer por conta. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 397-406, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78029>. Acesso em: 29 de março de 2023.

BEZERRA, Juliana da Fonseca *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 51-59, mar. 2016. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p51>. Acesso em: 23 de mar. de 2024.

BEZERRA, Juliana *et al.* Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BORGES, Rosa Maria Zaia; SANTANA, Jackeline Caixeta. Imposição Colonial e Estupro Conjugal: uma leitura da dinâmica do poder no contexto familiar. **Revista Direito e Práxis**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 93-117, jan. 2022.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/WjBGGRzdVfbD7cBPyzkyqLg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

BRANCO, July Grassiely de Oliveira *et al.* Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1877-1886, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34732019>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**: seção 1, Rio de Janeiro. 31 dez. 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 18 jan. 2024.

BRASIL. LEI Nº 12.015, DE 7 DE AGOSTO DE 2009. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - Brasília. 10 ago. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm). Acesso em 25 ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 14.679, de 18 de setembro de 2023. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Lei/L14679.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14679.htm). Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, São Paulo, 2024a. Disponível em:

<https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Observatório do Cadastro Único v1.5.2. 2024. **Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome**. Brasília, 2024b. Disponível em: <https://paineis.mds.gov.br/public/extensions/observatorio-do-cadastro-unico/index.html>. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2015 a 2021. **Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente**, Brasília, v. 54, n. 8, p. 1-15, 29 fev. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Tabnet: Datasus. 2024d. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 27 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1e, n.96, Brasília. 18 maio 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737\\_16\\_05\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html). Acesso em 02 de maio 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 14 abril 2022.

BRASIL. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde**. Brasília. DF, 2005 340p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf). Acesso em: 11 maio 2022.

BRASIL. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_vigilancia\\_violencia\\_acidentes.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf). Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. 2ª ed; Brasília, DF, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpersonal\\_a\\_utoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpersonal_a_utoprovocada_2ed.pdf). Acesso em: 16 fev. 2024.

BRASIL. Violência contra crianças e adolescentes: análise de cenários e propostas de políticas públicas. Ministério dos Direitos Humanos. **Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente**. [Documento eletrônico] Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, p. 1 -377, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/consultorias/conada/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas.pdf>. Acesso em 12 ago. 2024.

BRASIL. Proteção social no SUAS a indivíduos e famílias em situação de violência e outras violações de direitos: fortalecimento da rede socioassistencial. **Fundação Oswaldo Cruz**; Ministério do Desenvolvimento Social. Brasília, DF, 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/cadernos/2019/Curso%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20social%20no%20SUAS.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/2019/Curso%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20social%20no%20SUAS.pdf). Acesso em: 18 out. 2024.

BUENO, Samira *et al.* A explosão da violência sexual no Brasil. In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p. 154-161, 2023. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2024.

CADEMARTORI, Ana Carolina; ROSO, Adriane. Violência, criminalidade e relações de dominação: do Brasil colônia ao Brasil contemporâneo. **Ser Social**, Brasília, DF, v. 14, n. 31, p. 397-418, mar. 2012. Semestral. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/13007/11355](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/13007/11355). Acesso em: 15 jun. 2024.

CÂMARA, Gilberto *et al.* Análise Espacial e Geoprocessamento. In: CÂMARA, G.; CARVALHO, M. S. (Ed.). **Análise Espacial de Dados Geográficos**. Brasília: EMBRAPA, p. 2–15, 2004. Disponível em: <https://portalidea.com.br/cursos/bsico-em-anlise-espacial-de-dados-geograficos-apostila02.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei 1904/2024** – inteiro teor. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_ndastrarintegra?codteor=2425262&filename=PL%201904/2024](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_ndastrarintegra?codteor=2425262&filename=PL%201904/2024) . Acesso em: 18 nov. 2024.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 1-14, 26 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 nov. 2024.

CARNEIRO, Jordana Brock *et al.* CONTEXTO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL EM TEMPOS DE MARIA DA PENHA: um estudo em grounded theory. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. 1-13, 8 mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

Disponível em: [https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362019000100327](https://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362019000100327). Acesso em: 15 nov. 2024.

CARNEVALLE, Claudia Vieira *et al.* Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014. **Boletim Epidemiológico Paulista**. São Paulo, n. 16, p. 3-17, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1023187/151813-17.pdf>. Acesso em: 18 maio 2022.

CARVALHO, Angelita Alves de; BARRETO, Rafael Chaves Vasconcelos. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na pesquisa nacional de saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4059-4064, set. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rwDkNhDCdyY5xdfyXNxmmGH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

CAVALCANTI, Ricardo Caldas. As dinâmicas da violência urbana na América Latina. **Revista de Ciências Sociais**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 226-251, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236672531915>. Acesso em: 23 mar. 2024.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.) *et al.* Atlas da violência 2021. **Ipea; FBSP**. Brasília: 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia2021completo.pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2024.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.) *et al.* Atlas da violência 2023. **Ipea; FBSP**; Brasília: 2023. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9350-223443riatlasdaviolencia2023-final.pdf>. Acesso em: 08 de fev. 2024.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coord.) *et al.* Atlas da violência 2024. **Ipea; FBSP**, Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/7868-atlas-violencia-2024-v11.pdf>. Acesso em: 20 de jul. 2024.

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar). **IPEA** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2014 p. 1-30, mar. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9350-223443riatlasdaviolencia2023-final.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2024.

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa *et al.* Vulnerabilidade social e incidência de COVID-19 em uma metrópole brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 1023-1033, mar. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dh9JmJfQLXKG3tcHHndQ55H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 out. 2024.

COBO, Barbara; CRUZ, Claudia; DICK, Paulo C.. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4021-4032, set. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/kKcDWgfGzS58qxCKG7QHDVj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2025.

CORRÊA, Milena Dias *et al.* As vivências interseccionais da violência em um território vulnerável e periférico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902021210001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mWbM6RR4wzCTvpvqJ5tfFHB/>. Acesso em: 17 out. 2024.

CORREIA, Amanda Sebastiana Lima *et al.* Caracterização dos casos de violência sexual contra mulheres em idade reprodutiva no Piauí. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 28670-28681, 22 dez. 2021. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/41761/pdf>. Acesso em: 22 nov. 2024.

COSTA, Vanessa Fontana da; SANTOS, Samara Silva dos. “TRAGO JUNTO COMIGO”: CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA SEXUAL. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 21-38, abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2021v27n1p21-38>. Acesso em: 16 jun. 2024.

MELO, Cristiane Magalhães; SOARES, Marcela Quaresma; BEVILACQUA, Paula Dias. Violência sexual: avaliação dos casos e da atenção às mulheres em unidades de saúde especializadas e não especializadas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 9, p. 3715-3728, set. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07242022>. Acesso em: 22 jan. 2024

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface-Comunicação**, Saúde, Educação, v. 24, p. e190164, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>. Acesso em: 18 nov. 2024.

ROCHA, Renata Cristina Alves da *et al.* Infâncias violadas e as vulnerabilidades na violência sexual infantil: uma revisão integrativa. **Desidades - Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude**, [S.L.], v. 10, n. 34, p. 219-238, 31 mar. 2023. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://desidades.ufrj.br/wp-content/uploads/td-13-2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2024.

DELZIOVO, Camem Regina; OLIVEIRA, Caroline Schweitzer; LACERDA, Josimari Telino. Redes de atenção à violência por parceiro íntimo [recurso eletrônico]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 1-40, 2018. Disponível em: [https://unafsc-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/160965/mod\\_resource/content/11/MOOC-Redes-comficha-pretoebranco.pdf](https://unafsc-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/160965/mod_resource/content/11/MOOC-Redes-comficha-pretoebranco.pdf). Acesso em: 17 jun. 2024

DORNELLES, Thayane Martins *et al.* Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0206>. Acesso em: 29 mar. 2024.

DUARTE, Bruna Aparecida Rodrigues; JUNQUEIRA, Marcelle Aparecida de Barros; GIULIANI, Carla Denari. Vítimas de Violência: atendimento dos profissionais de enfermagem em Atenção Primária. **Revista Família**, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, v. 7, n. 3, p. 401-411, 2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/333426792\\_Vitimas\\_de\\_Violencia\\_atendimento\\_dos\\_profissionais\\_de\\_enfermagem\\_em\\_Atencao Primaria](https://www.researchgate.net/publication/333426792_Vitimas_de_Violencia_atendimento_dos_profissionais_de_enfermagem_em_Atencao Primaria). Acesso em 18 nov. 2024.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Maria, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jSZ7b65YpPSTwLfYWpRhg5z/>. Acesso em: 14 out. 2024.

FARIAS, Marilurdes Silva *et al.* Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 799-806, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400013>. Acesso em: 20 mar.2024.

FAUSTINO, Silnara Kelly Santos. O protagonismo indígena e a colonização brasileira e a historiografia recente. **Em Favor de Igualdade Racial**, Rio Branco, v. 3, n. 2, p. 146-158, jun. 2020. Semestral. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/RFIR/article/view/3243/2241>. Acesso em: 15 jun. 2024.

FELICIANO, Tatiana; CORDEIRO, Benedito Carlos. Ressignificando o processo de notificação compulsória na perspectiva da Educação Permanente em Saúde: um relato de experiência, **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 1-10, maio 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/15509/14035/202162>. Acesso em: 23 abr. 2022.

FERREIRA, Denis Gonçalves *et al.* Violência sexual contra homens no Brasil: subnotificação, prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 57, n. 1, p. 23, 31 mar. 2023b. Universidade de Sao Paulo, Agência USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/211190/193539>. Acesso em: 21 nov. 2024.

FERREIRA, Helder *et al.* Elucidando a Prevalência de Estupro no Brasil a Partir de Diferentes Bases de Dados. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, Rio de Janeiro, p. 1-32, maio 2023a. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD\\_2880\\_web.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11814/4/TD_2880_web.pdf). Acesso em: 16 jun. 2024.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA; Panorama da violência letal e sexual contra crianças e adolescentes no Brasil (2021-2023). **UNICEF**. 2. ed. São

Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20\(003\).pdf.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/30071/file/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil-v04%20(003).pdf.pdf). Acesso em: 18 nov. 2024.

FUINI, Lucas Labigalini. Território e territórios na leitura geográfica de Milton Santos. **Brazilian Geographical Journal: Geosciences and Humanities Research Medium**, Ituiutaba, v. 6, n. 1, p. 253-271, jan./jun. 2015. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/braziliangeojournal/article/view/28837>. Acesso em: 07 nov. 2024.

GALVÃO, Anna Larice Meneses *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rPgBQsrGNMDmvt5F09JFLz6sS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 1879-1890, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DcWLn67LwTjBwvnKz87BwZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2022.

GARNELO, Luiza *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPJNj9XwDftbgS>. Acesso em: 17 maio 2025.

GONÇALVES, Hebe Signorini; FERREIRA, Ana Lúcia. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 18, n.1, p. 315-319, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TmrhSpHHf3QzVZJCdTgkqyx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2024.

GONDIM, Grácia M. M. *et al.* O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, Ambiente e Saúde**, Rio de Janeiro, p. 1-22, 2008. Disponível em: [https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf). Acesso em: 16 out. 2024.

GUARESCHI, Neuza MF *et al.* Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. *Estudos e pesquisas em psicologia*, v. 7, n. 1, p. 20-30, 2007. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v7n1/v7n1a03.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2024.

HAILES, Helen P. *et al.* Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. **The Lancet Psychiatry**, Volume 6, Issue 10, 830 - 839, 2019. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2819%2930286-X>. Acesso em: 13 nov. 2024.

HORTA, Thiago Campos *et.al.* **Guia de Orientação: Implementação da Vigilância Social**. Agenda Família 6mil. Subsecretaria de Vigilância e Monitoramento de Assistência Social. Juiz de Fora (MG), Funalfa, 2012b. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sas/arquivos/publicacoes/guia\\_de\\_vigilancia\\_social.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sas/arquivos/publicacoes/guia_de_vigilancia_social.pdf). Acesso em 28 out. 2024

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. In: DURIGUETTO, Maria Lúcia; IAMAMOTO, Marilda Villela (orgs.). **Serviço Social: questão social, território e política social**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2021. p. 182-204. Disponível em: [https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/DURIGUETTO\\_9786589512363.pdf](https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/DURIGUETTO_9786589512363.pdf). Acesso em 18 nov. 2024.

IBGE. Censo Brasileiro de 2022. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>. Acesso em: 11 abr. 2024.

IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2024.

JUIZ DE FORA. Secretaria de Assistência Social. Prefeitura Municipal de Juiz de Fora. Proteção Social Básica: centro de referência de assistência social. **Centro de Referência de Assistência Social**. 2020. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sas/rede\\_protecao/protecao\\_basica/cras/regiao/cras\\_regiao.php](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/sas/rede_protecao/protecao_basica/cras/regiao/cras_regiao.php). Acesso em: 23 out. 2024.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013001300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfWwVSXcjQzzbDH3vyWv3KC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2025.

KLANOVICZ, Luciana Rosar Fornazari; PEREIRA, Cibeli Aparecida Tozzi. Violência sexual conjugal: gênero e transgeracionalidade em histórias orais no sul do Brasil. **Nau Social**, [s. l], v. 12, n. 22, p. 526-543, out. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/38639/24567>. Acesso em: 15 nov. 2024.

KRUG, Etienne G. *et al.* (org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: **Organização Mundial da Saúde**, p. 1-380, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2024.

LAGUARDIA, Josué *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n3/v13n3a02.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2022.

LEAL, Liene Martha *et al.* Assessing the care of doctors, nurses, and nursing technicians for people in situations of sexual violence in Brazil. **PLoS One**. Toronto, v. 16, p. 1-11, 2021. Disponível em: [10.1371/journal.pone.0249598](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249598). Acesso em: 22 nov. 2024.

LEAL, Laura Marcelino; CASTRO, Marina Monteiro de Castro e. Determinação da saúde e expressões da "questão social" no Brasil: Impactos para os sujeitos sociais. **Serviço Social, Políticas e Sujeitos Sociais**. Juiz de Fora, p. 81-94, 2021. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2021/12/SERVI%C3%87O-SOCIAL-2.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2024.

LEITE, Franciéle Marabotti Costa *et al.* Violência sexual contra mulheres: uma análise das notificações no espírito santo, Brasil. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 27, p. 1-8, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QsF3jqF9MHWB7938sBR9kVx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.

LIMA, Alexandra Silva; FREITAS JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Competências comuns para a prática interprofissional no cuidado às pessoas em situação de violência sexual. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 48, n. 004, p. 1-12, jan. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/cYLWrfgjLt9nRMjBdgzpmK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024.

LIMA, Cheila Marina; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; SILVA, Marta Maria Alves. Vigilância de violências e acidentes no Brasil. In: NJAINE, kathie *et al.* (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022.

LOURENÇO, Samara da Silveira *et al.* Notifications of sexual violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil: a descriptive study, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 1-15, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHyTmhVv7gYmgcF8DYq5GXL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2024.

MACHADO, Dinair Ferreira; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro; ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. A violência contra a mulher por parceiro íntimo nos serviços de Atenção Primária: da invisibilidade à medicalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], n. 29, p. 1-18, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XbTQPYj3LRcqbZxTrL3SNDH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2025.

MARIANO, Anna Beatryz Alves *et al.* Serviços de saúde ofertados a mulheres vítimas de violência sexual no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 14, p. 1-19, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22427/19652/265795>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/vngYfCPbvZZD5nLtBtYxQ3p/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 24 jan. 2024.

MELLO, Nicole Freitas de *et al.* Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 1-9, 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8NjMFmcYwqwrjMHDpvZxTDS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

MENCHISE, Rose Mary; FERREIRA, Diogo Menchise; ÁLVAREZ, Antón Lois Fernandez. Neoliberalismo, políticas públicas e iniquidade: Uma análise principalmente do Brasil. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 16, n. 1, p. 1-21, 2023. Disponível em: Acesso em: 01 out. 2024

MENDES, Eliana Rodrigues Pereira. Raízes da violência no Brasil: impasses e possibilidades. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 48, p. 33-42, dez. 2017. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n48/n48a04.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2024.

MENDES, Marlon Jose Gavlik; DENARI, Fátima Elisabeth. Violência sexual contra pessoas com deficiência nos últimos 10 anos: uma revisão sistemática. **DOXA: Revista Brasileira De Psicologia E Educação**, p. e021013-e021013, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/367827534\\_Violencia\\_sexual\\_contra\\_pessoas\\_com\\_deficiencia\\_nos\\_ultimos\\_10\\_anos\\_uma\\_revisao\\_sistematica](https://www.researchgate.net/publication/367827534_Violencia_sexual_contra_pessoas_com_deficiencia_nos_ultimos_10_anos_uma_revisao_sistematica). Acesso em: 17 nov. 2024

MENDONÇA, Carolina Siqueira *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov. 2024.

MENESES, Wellane Acaciara Andrade Leite. **Proposta de intervenção para treinamento e incentivo à notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada nas Unidades Básicas de Saúde de Teresina/PI**. 2017. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Aberta do Sus/Unasus-Ufpi, Teresina, 2017. Disponível em: . Acesso em: 11 maio 2022.

MENEZES, Kellen Cristiny Araujo; DA SILVA, Ana Cristina Serafim. Violência sexual no Tocantins: a atuação da rede de proteção. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 17, p. 230-241, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/AP20324/Downloads/1964-Texto%20do%20artigo-6819-1-10-20191203.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.

MINAS GERAIS. (org.). Painéis temáticos: violência. Violência Sexual. Secretaria do Estado de Minas Gerais. 2024. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOTlkNmE3YzgtZml1Mi00YjFhLWE3YTItOGQ3Mzk4NTI3MDk4IiwidCI6ImU1ZDNhZTdjLTliMzgtNDhkZS1hMDg3LWY2NzMOYTI4NzU3NCJ9&pageName=ReportSectionacb0951f581e29869ca5>. Acesso em: 24 ago. 2024.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxmYj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, kathie *et al.* (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: **Violência e saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 08 maio 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 14, n. 5, p. 1641-1649, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dQZxkPBs5DDFmZytT4mGmGc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. A violência nossa de cada dia, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 09, p. 3701-3714, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/W5fnbCRywfrLtSKvD4RzQqp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai./jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qv99KX4zGyNr8LrTNzyqN3D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2024.

MONKEN, Maurício. Território e saúde: apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 1-13, ago. 2024. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/y4TT8kb5jrM55x7j9KhKPGd/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2024.

MOREIRA, Gracyelle Alves *et al.* Qualificação de profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trabalho Educação e Saúde**. v. 16. n. 3, p. 1039-1055, set/dez 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/BXqVCsBSnqgpd4KJmTM7LdP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2024.

MOROSINI, Márcia Valéria. Atenção primária à saúde no Brasil: uma história tecida em pensamento e práticas. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, [S.L.], v. 30, p. 1-3, out. 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/GydLpVbPMPVJGw8MQSxrtWp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2024.

MOURA, Julliane Quevedo de *et al.* Escala de Crenças Sobre Violência Conjugal (ECV): versão brasileira. **Psico-USF**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 603-616, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712021260401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/34GB4gXPGfbGmDBpHLMrVnh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

NASCIMENTO, Ana Carla Feitosa do *et al.* O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA. **Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 2368-2383, 29 fev. 2024. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p2368-2383>. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1522>. Acesso em: 16 maio 2025.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8ªed. São Paulo: Cortez, 2011.

NJAINE kathie *et al.* (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948>. Acesso em: 14 maio 2024.

NJAINE, Kathie; DELZIOVO, Carmem Regina; OLIVEIRA, Caroline Schweitzer. Redes de enfrentamento às violências. In: NJAINE, kathie *et al.*(org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948>. Acesso em: 07 abr. 2022.

NOBRE, Miriam (org.). **Violência e iniquidade no Brasil**. São Paulo. Sempre Viva Organização Feministas, 2017. Disponível em: <https://www.sof.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Violencia-e-iniquidade-web.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2024.

NUNES, Mykaella Cristina Antunes; MORAIS, Normanda Araujo de. Práticas profissionais relacionadas às demandas de violência sexual: revisão da literatura nacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e227527, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/brPC85qbCg83XKkqMgNnWYm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 nov. 2024.

OLIVEIRA, Amanda Caroline Rodrigues. **Violências e Acidentes no Contexto da Saúde: Revisão de Literatura**. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Taboas, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2522.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2022.

OLIVEIRA, Marluce Tavares *et al.* Violência intrafamiliar: a experiência dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde da Família de São Joaquim do Monte. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Pernambuco, v. 15, n. 1, p.166-178, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/6mPN3SdXWfntQgYrGPK4QNG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 14 abr. 2022

OLIVEIRA, Nathália França; MORAES Cláudia Leite; JUNGER, Washington Leite. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 1-20, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Bn7BXPdTchdZzKHt4bZRYnQ/>. Acesso em: 21 mar. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2024.

PASSOS, Regina Lucia; TELLES, Fernando Salgueiro Passos; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 154-164, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/L6vgLTHXQD9nFctmYzN8x6f/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2024.

PEDROSO, Shislene Leite. **Perspectivas e desafios na atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora–MG**. 2015. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora). Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/1129/1/shisleneleitepedroso.pdf>. Acesso em 18 nov. 2024.

PESSOA, Alex Sandro Gomes; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. Pesquisas com crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social no Brasil: debates inacabados e novos dilemas. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 1-5, jun. 2020. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702020000100001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000100001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 out. 2024.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YV7VvNY5WYLwx4636Hq9Z5r/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PINTO, Isabella Vitral *et al.* Estudo descritivo dos casos notificados de violência sexual e dos serviços de atendimento especializado em Minas Gerais, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2023.v32n2/e2022907/pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

PISCITELLI, Adriana. “#queroviajarsozinhasemmedo”: novos registros das articulações entre gênero, sexualidade e violência no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 50, p. 1-37, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/LyQtLJcG7mMd6qB6fbN9QFR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024

POLIDORO, Maurício; CUNDA, Bruna Vargas; OLIVEIRA, Daniel Canavese. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) de 2014 a 2018. **Saúde em Redes**, [S.L.], v. 6, n. 2, p. 195-206, set. 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3118/534>. Acesso em: 20 mar. 2022.

RAMOS, Silvia *et al.* Elas vivem [livro eletrônico]: dados da violência contra a mulher. Rio de Janeiro: **CESeC**, 2022. Disponível em: [https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2022/03/Elas-Vivem\\_relatorio-Rede-03\\_2022.pdf](https://cesecseguranca.com.br/wp-content/uploads/2022/03/Elas-Vivem_relatorio-Rede-03_2022.pdf). Acesso em: 16 jun. 2024.

RIBEIRO, Everton Borges; PEREIRA, Stephanie; TERRA, Maria Fernanda. Os desafios da Atenção Primária à Saúde no acolhimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Saúde em Redes**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-15, 29 jan. 2025. Associação Brasileira da Rede Unida. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/4501>. Acesso em: 17 maio 2025.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, [S.L.] Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/gMVfxYcbKMSHnHNLrqwYhkL/?format=pdf>. Acesso em: 26 mar. 2024.

SANTOS, Clenilda Aparecida *et al.* Violência sexual perpetrada na adolescência e fase adulta: análise dos casos notificados na capital de Rondônia. **Escola Anna**

**Nery**, [S.L.], v. 26, p. 1-10, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/yxm8nmjPCp5pHfY4crjq6gh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SANTOS, Milton. O retorno do território. **OSAL: Observatório Social de América Latina**, Buenos Aires, v. 6, n. 16, p. 251-261, 2005. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ppgdtsa/files/2014/10/Texto-Santos-M.-O-retorno-do-territorio.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2024.

SANTOS, Milton. O Território e o Saber Local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, v. XIII, n. 2, p. 15-26, 1999. Disponível em: [https://ippur.ufrj.br/wp-content/uploads/2016/05/CI\\_Ano\\_XIII\\_n2\\_ago-dez\\_1999.pdf#page=13](https://ippur.ufrj.br/wp-content/uploads/2016/05/CI_Ano_XIII_n2_ago-dez_1999.pdf#page=13). Acesso em: 07 nov. 2024.

SANTOS, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 309-314, 2003. Conferência magna proferida no I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento, em 12 de julho de 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NwLDv5yhjKPJm3W7j68R9LF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2024

SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE MINAS GERAIS. *Protocolo Fale Agora: Carnaval da Liberdade 2024*. Belo Horizonte: **SEDESE-MG**, 2024. Disponível em: [https://social.mg.gov.br/images/Mulheres/Protocolo\\_Fale\\_Agora\\_-\\_Carnaval\\_2024.pdf](https://social.mg.gov.br/images/Mulheres/Protocolo_Fale_Agora_-_Carnaval_2024.pdf). Acesso em: 20 fe. 2025.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Violência sexual contra mulheres por parceiro íntimo e iniquidade de gênero na voz dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 27, p. 1-17, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Lfwtxjp6sSWTHjVvZY4zVvW/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. **Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. São Paulo: USP, 2. ed. 2003. Disponível em: [https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/cartilha\\_o\\_que\\_devem\\_saber.pdf](https://sites.usp.br/generovienciaesaude/wp-content/uploads/sites/748/2021/05/cartilha_o_que_devem_saber.pdf). Acesso em: 15 fev. 2024.

SILVA, Camila Roberta da; COLOMBO, Jaqueline Maria; SOUZA, Luciana Gomes Almeida de. O RACISMO E A VIOLENCIA CONTRA A MULHER NEGRA: a vivência e a percepção de mulheres negras frente à temática. **Revista Intellectus**, [S.L.], v. 74, n. 2, p. 4-26, 18 maio 2024. Grupo UniEduK. Disponível em: <https://revistasunifajunimax.unieduk.com.br/intellectus/article/view/888/877>. Acesso em: 14 nov. 2024.

SILVA, Cristian Kiefer; SILVA, Izabella Cristina Mendes. A influência do machismo no feminicídio nos crimes sexuais e na violência contra a mulher. **Themis**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 47-74, abr. 2021. Disponível em: . Acesso em: 21 mar. 2024.

SILVA, Ísis de Cássia Palheta da *et al.* ESTRESSE PARENTAL EM FAMÍLIAS POBRES. **Psicologia em Estudo**, [s. l.], v. 24, p. 1-17, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/m8DxYJDrkzjRHtLK4xPjYK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.

SILVA, Taís Cerqueira. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. (Coleção Enfrentamento à Violência contra as mulheres). **Secretaria de Políticas para as Mulheres**. Presidência da República. Brasília, 2011. Disponível em: [https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy\\_of\\_acervo/outras-referencias/copy2\\_of\\_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres](https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/copy_of_acervo/outras-referencias/copy2_of_entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres). Acesso em: 22 fev. 2024.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Cadastro Único: como ativo estratégico para o vínculo entre as políticas públicas e o cidadão. **Observatório do Cadastro Único**, Brasília, v. 5, n. 8, p. 1-81, abr. 2024. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/estudo\\_pesquisa/estudo\\_pesquisa\\_302.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/pesquisas/documentos/estudo_pesquisa/estudo_pesquisa_302.pdf). Acesso em: 06 out. 2024.

SIMÕES, Julian; BUENO, Luciana Camargo; PADOVANI, Natália Corazza. Pela descriminalização do aborto no Brasil e uma nota pública da cadernos pagu contra o Projeto de Lei nº 1904/24. **Cadernos Pagu**, n. 71, p. e247100, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449202400710000>. Acesso em: 03 nov. 2024.

SOARES, Danielle de Jesus *et al.* Acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde em municípios rurais do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 142, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F7DrFnKCV4QSD56hVGWNR3R/>. Acesso em: 16 maio 2025.

SOUSA, Melina Bequer de *et al.* Um muro de silêncio: a subnotificação do abuso sexual infantil intrafamiliar. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 7632-7637, mar./abr. 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-319. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/47083/pdf>. Acesso em: 13 nov. 2024.

SOUSA, Paula Luiza *et al.* PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM ANÁPOLIS – GOIÁS - BRASIL, NOS ANOS 2017 A 2020. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 28, p. 1-13, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZYLfKMKxKHjN449Vs9ZhdM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2024.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019. Editora Cubo. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/yLRT3x4JrDbH6T4djNw95DR/?lang=pt#>. Acesso em: 05 out. 2024.

SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO INTEGRADA E PARTICIPATIVA. **Plano Municipal de Saúde Participativo 2022 - 2025**. Juiz de Fora-MG; 2022. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/instrumento-planejamento/arquivos/plano-municipal-de-saude-2022-2025.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2024.

TEIXEIRA, Fernanda Fernandes *et al.* Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 1-16, 2023. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzTQjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2024.

TESSER, Charles Dalcanale; NORMAN, Armando Henrique; VIDAL, Tiago Barra. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 361-378, set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cLcqmxhpPLWJjJMWrq9fL4K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2025.

TOFANI, Luís Fernando Nogueira *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 10, p. 4769-4782, out. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JH8SYHHyfVfY9jcfnzTQjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2024.

VASCONCELOS, Nádia Machado de *et al.* Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e07732023, 2024. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2024.v29n10/e07732023/pt>. Acesso em: 21 nov. 2024.

VASCONCELOS, Nádia Machado de *et al.* Violência contra pessoas LGB+ no Brasil: análise da pesquisa nacional de saúde 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 1-8, set. 2024. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/k7J4QDTRB48cLHjSnHnwTjS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 nov. 2024.

VIANA, Vera Alice Oliveira *et al.* Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 6, p. 2363-2371, jun. 2022. FapUNIFESP. Disponível em: (SciELO)<https://www.scielo.br/j/csc/a/XVctC8mLpRVhMS7X9hXffph/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2024.

VIEIRA, Monique Soares; COSTA, Renata Gomes da; OLIVEIRA, Simone Barros de. A invisibilidade da violência contra crianças e adolescentes: análise cartográfica do fenômeno em município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 24, n. 1, p. 349-366, jun. 2021. Semestral. Disponível em:

<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/39662/29003>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WILL, Thuany Kuster; Dalbello-Araujo Maristela. Princípios da atenção primária à saúde nos dias de hoje: uma revisão. **Revista Enfermagem e Atenção à Saúde**, [S.L.], v. 12 n.2, p. 1-13, mar/jun 2023. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/5052/6845>. Acesso em 17 maio 2025.

YAZBEK, Maria Carmelita. EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL BRASILEIRA EM TEMPOS DE DEVASTAÇÃO DO TRABALHO. **Temporalis**, Brasília, v. 21, n. 42, p. 16-30, dez. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/37164/24536>. Acesso em: 04 nov. 2024.

ZUMA, Carlos Eduardo *et al.* Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE kathie *et al.* (org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948>. Acesso em: 25 mar. 2024.

**APÊNDICE A – Unidades Notificadoras de Violência Sexual**

Tabela 5 - Unidades notificadoras de violência sexual contra meninas e mulheres notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Juiz de Fora - MG, ano 2023.

<b>Unidade Notificadora</b>	<b>Frequência absoluta (n = 148)</b>
<b>Departamento da Criança e do Adolescente</b>	7
<b>Hospital Monte Sinai</b>	3
<b>Hospital Regional João Penido</b>	1
<b>Hospital Universitário da UFJF</b>	1
<b>HPS DR Mozart Geraldo Teixeira</b>	125
<b>HSVP UPA Norte</b>	2
<b>UBS Furtado de Menezes PSF</b>	1

Fonte: Elaborado pela autora

## ANEXO A – Ficha de Notificação Interpessoal/Autoprovocada do Sistema de Informação de agravos de Notificação (SINAN)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº			
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.							
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09			
	3	Data da notificação					
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros					
	7	Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9	Data da ocorrência da violência		
	8	Unidade de Saúde	Código (CNES)				
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento		
Dados de Residência	12	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino 1 - Ignorado		
	14	Gestante		1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado			
	15	Raça/Cor			1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		
	16	Escolaridade					
Dados Complementares	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,...)		
	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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32	País (se residente fora do Brasil)	
	33	Nome Social		34	Ocupação		
Dados da Pessoa Atingida	35	Situação conjugal / Estado civil					
	36	Orientação Sexual		37	Identidade de gênero:		
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39	Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno?		
Dados da Ocorrência	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)		
	42	Distrito					
	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 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)
52	Local de ocorrência		01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	53	Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
54	A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado						

<b>Violação</b>	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 _____		
<b>Violação Sexual</b>	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			
<b>Dados do provável autor da violência</b>	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> 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 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			
<b>Encaminhamento</b>	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			
<b>Dados finais</b>	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 _____			
<b>Informações complementares e observações</b>				
Nome do acompanhante _____		Vínculo/grau de parentesco _____	(DDD) Telefone _____	
Observações Adicionais: _____ _____ _____				
<b>Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS</b> 136		<b>TELEFONES ÚTEIS</b> Central de Atendimento à Mulher 180	<b>Disque Direitos Humanos</b> 100	
<b>Notificador</b>	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____	

## ANEXO B – Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

### Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Nós, pesquisadores abaixo relacionados envolvidos no projeto de pesquisa “O território da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora”, assinaremos esse TCUD para a salvaguarda dos direitos dos participantes de pesquisa devido à impossibilidade de obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo.

As informações necessárias ao estudo estão contidas no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), nos arquivos da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora/MG e se referem aos casos de violência sexual contra meninas e mulheres notificados no Sinan no município de Juiz de Fora, Minas Gerais no período de 01/01/2023 a 31/12/2023.

Nos comprometemos em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, como estabelecido na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Declaramos, ainda, estar cientes de que é nossa responsabilidade a integridade das informações e a privacidade dos participantes da pesquisa. Também nos comprometemos que os dados coletados não serão repassados a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa abaixo relacionada.

Estamos cientes do direito do participante da pesquisa a solicitar indenização por dano causado pela pesquisa (por exemplo a perda do anonimato) nos termos da Resolução CNS nº. 466, de 2012, itens IV.3 e V.7; e Código Civil, Lei 10.406, de 2002, artigos 927 a 954, Capítulos I, "Da Obrigação de Indenizar", e II, "Da Indenização", Título IX, "Da Responsabilidade Civil") .

Nos comprometemos, ainda, com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos na pesquisa citada acima aqui, e que somente serão coletados após a sua aprovação do protocolo de pesquisa no Sistema CEP/CONEP.

Juiz de Fora, 20 de agosto de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 CAMILA MEDEIROS CAMPOS  
 Data: 22/08/2024 22:51:36-0300  
 Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

---

#### Compromitente

Nome: Camila Medeiros Campos  
 CPF: 108.865.096-10

Documento assinado digitalmente  
 DANIELLE TELES DA CRUZ  
 Data: 22/08/2024 23:46:43-0300  
 Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

---

#### Compromitente

Nome: Danielle Teles da Cruz  
 CPF: 057.514.956-67

Documento assinado digitalmente  
 WAGNER BARBOSA BATELLA  
 Data: 26/08/2024 11:34:36-0300  
 Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

---

#### Compromitente

Nome: Wagner Barbosa Batella  
 CPF: 037.397.816-29

## ANEXO C – Equipamentos de Saúde do Município de Juiz de Fora

### Quadro 7 - Equipamentos de Saúde do município de Juiz de Fora – MG

Equipamentos de Saúde do Município de Juiz de Fora					
<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>					
1	UBS Alto Grajaú	24	UBS Jacutinga-JF Centro	47	UBS Rosário de Minas
2	UBS Bairro de Lourdes	25	UBS Jardim da Lua	48	UBS Santa Candida / São Sebastião
3	UBS Bandeirantes	26	UBS Jardim Esperança	49	UBSSanta Cecília
4	UBS Barreira do Truinfo	27	UBS Jardim Natal	50	UBS Santa Cruz
5	UBS Benfica	28	UBS Jôquei Clube I	51	UBS Santa Efigênia
6	UBS Borboleta	29	UBS Jôquei Clube II	52	UBS Santa Luzia
7	UBS Buié - Unidade Volante	30	UBS Linhares	53	UBS Santa Rita
8	UBS Caeté	31	UBS Marumbi	54	UBS Santo Antônio
9	UBS Centro - Sul	32	UBS Milho Branco	55	UBS Santos Dumont
10	UBS Chapeu D'Uvas	33	UBS Monte Castelo	56	UBS São Benedito
11	UBS Cidade do Sol	34	UBS Monte Verde	57	UBS São Judas Tadeu
12	UBS Cruzeiro do Sul	35	UBS Nossa Senhora Aparecida	58	UBS São Pedro
13	UBS Dias Tavares	36	UBS Nossa Senhora das Graças	59	UBS Sarandira
14	UBS Dom Bosco	37	UBS Nova Era	60	UBS Teixeiras
15	UBS Esplanada	38	UBS Palmital - Unidade Volante	61	UBS Toledos
16	UBS Filgueiras	39	UBS Parque Guarani	62	UBS Torreões
17	UBS Furtado de Menezes	40	UBS Paula Lima	63	UBS Valadares
18	UBS Grama	41	UBS Penido	64	UBS Vale Verde / Sagrado Coração de Jesus
19	UBS Granjas Betânia	42	UBS Pirapetinga	65	UBS Vila Esperança
20	UBS Humaitá - PSF	43	UBS Pires - Unidade Volante	66	UBS Vila Ideal
21	UBS Igrejinha - PSF	44	UBS Privilégio - Unidade Volante	67	UBS Vila Olavo Costa
22	UBS Industrial	45	UBS Progresso		
23	UBS Ipiranga	46	UBS Retiro		
<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>					
1	ACISPES	8	Hospital Evandro Ribeiro	15	Hospital Universitário Santa Catarina
2	Hospital 9 de Julho	9	Hospital Geral de Juiz de Fora	16	Hospital Vila Verde Saúde Mental
3	Hospital Albert Sabin	10	ASCÔM CER	17	HPS Dr Mozart Geraldo Teixeira
4	Hospital Ana Nery	11	Hospital Monte Sinai	18	HSVJ Juiz de Fora
5	Hospital de Olhos	12	Hospital Regional João Penido	19	IBG Saúde
6	Hospital Dr João Felício	13	Hospital Unimed	20	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora
7	Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus	14	Hospital Universitário da UFJF		
<b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>					
1	Centro de Atenção a Saúde Mental - CASM	4	Centro de Atenção Psicossocial Casa Viva	7	Centro de Convivência e Cultura Recriar
2	Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Droga	5	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude		
3	Centro de Atenção Psicossocial CAPS II Leste	6	Centro de Atenção Psicossocial HU		
<b>URGENCIA E EMERGENCIA</b>					
1	Departamento da Unidade Regional Leste	4	Pronto Atendimento Infantil	7	Unidade de Pronto Atendimento Santa Luzia - UPA Santa Luzia
2	Departamento da Unidade Regional Norte	5	SAMU	8	Unidade de Pronto Atendimento São Pedro - UPA São Pedro
3	Departamento de Internação Domiciliar	6	Unidade de Pronto Atendimento Norte - UPA Norte		
<b>ATENÇÃO SECUNDARIA</b>					
1	Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente	2	PAM Marechal		

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O território da violência sexual contra meninas e mulheres em Juiz de Fora.

**Pesquisador:** CAMILA MEDEIROS CAMPOS

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 83127924.9.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.261.527

#### Apresentação do Projeto:

Os campos Apresentação do Projeto; Objetivo; Avaliação dos Riscos e Benefícios, foram transcritos dos documentos apresentados na Plataforma.

"Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, de caráter descritivo, com abordagem quantitativa e espacial, realizado por meio de dados secundários a partir do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) Serão analisadas as notificações de violência sexual contra meninas e mulheres ocorridas em Juiz de Fora/ MG no ano de 2023"

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** "Verificar se a distribuição espacial dos equipamentos de saúde que atendem vítimas de violência sexual corresponde a distribuição territorial dos casos de violência sexual contra meninas e mulheres ocorridas no município de Juiz de Fora/ MG, no ano de 2023."

**Objetivo Secundário:** "Especificar os tipos de violência sexual sofridas por meninas e mulheres; Verificar o perfil das meninas e mulheres vítimas de violência sexual; Identificar o perfil do agressor; Descrever as características da ocorrência; Apontar os tipos de unidades notificadoras; Verificar a realização de encaminhamento após a notificação; Verificar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e mulheres no município de Juiz de Fora; Analisar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e mulheres por raça/cor no município de Juiz de Fora; Analisar a dimensão espacial da violência sexual contra meninas e

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N

**Bairro:** SAO PEDRO

**UF:** MG

**Telefone:** (32)2102-3788

**Município:** JUIZ DE FORA

**CEP:** 36.036-900

**E-mail:** cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.261.527

mulheres por faixa etária no município de Juiz de Fora; Verificar a distribuição espacial dos equipamentos de saúde que atendem meninas e mulheres vítimas de violência sexual no município de Juiz de Fora."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: "Por se tratar de dados secundários, os riscos relacionados a essa pesquisa são mínimos, incluem a divulgação de informações que permitam a identificação das pessoas envolvidas e/ou dados sensíveis à invasão de privacidade; quebra do sigilo e risco à segurança dos dados. Serão adotadas medidas para mitigação dos riscos, que incluem codificação dos sujeitos; uso de chave de acesso como medida de segurança do banco de dados; e supressão de informações que permitam a identificação dos sujeitos no banco de dados como nome completo, endereço e número do cartão SUS. Além disso, em nenhuma hipótese, os resultados apresentarão informações que suscitem de alguma forma a identificação individual ou mesmo espacial."

Benefícios: "O presente projeto visa contribuir com o aprimoramento das políticas públicas e práticas de saúde voltadas ao enfrentamento da violência sexual, fornecendo subsídios para a formulação de estratégias mais efetivas e abrangentes, auxiliando na tomada de decisões e planejamento de intervenções preventivas e de assistência. Ao compreender a dinâmica espacial dessa problemática, é possível identificar lacunas na rede de atenção e propor melhorias na organização e distribuição dos recursos de saúde, consequentemente, promover ações mais direcionadas e assertivas para o apoio às vítimas de violência sexual."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos previstos na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as regulamentação definida na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE DISPENSA DO TCLE de acordo com a Resolução CNS 466 de 2012, item: IV.8. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com os requisitos definidos no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N	<b>CEP:</b> 36.036-900
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propp@ufff.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.261.527

com a realização da pesquisa de acordo com o disposto na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sanada a pendência anterior, e Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo esta relatora, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: 06/09/2026

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2408275.pdf	29/11/2024 14:47:25		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/11/2024 14:46:26	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	carta.pdf	29/11/2024 14:42:10	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_resposta_pendencia.pdf	15/10/2024 16:05:01	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	_Carta_Pendencias.pdf	11/09/2024 23:16:37	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso.pdf	11/09/2024 23:16:11	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	Termo_de_sigilo.pdf	11/09/2024 23:15:05	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	DispensaTCLE.pdf	11/09/2024 23:13:55	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufff.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.261.527

Justificativa de Ausência	DispensaTCLE.pdf	11/09/2024 23:13:55	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	curriculo_wagner.pdf	11/09/2024 23:03:05	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	curriculo_danielle.pdf	11/09/2024 23:02:12	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	curriculo_camila.pdf	11/09/2024 23:00:38	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_cep.pdf	06/09/2024 15:04:22	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Outros	TCUD.pdf	27/08/2024 09:30:42	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinado.pdf	27/08/2024 09:21:35	CAMILA MEDEIROS CAMPOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 02 de Dezembro de 2024

Assinado por:  
**LILIAN ALFAIA MONTEIRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufff.br