

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

CECILIA SENADO

**PERFIL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DURANTE OS ANOS DE
2022 A 2024 EM UMA CIDADE DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA**

CRICIÚMA

2025

CECILIA SENADO

**PERFIL DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DURANTE OS ANOS DE
2022 A 2024 EM UMA CIDADE DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharelado no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (ª) Ana Regina Losso

CRICIÚMA

2025

CECILIA SENADO

**PERFIL DE MULHERES VIOLENTADAS SEXUALMENTE DURANTE OS ANOS
DE 2022 A 2024 EM UMA CIDADE DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharelado, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, com Linha de Pesquisa em Saúde Mental.

Criciúma, 01 de Julho de 2025

BANCA EXAMINADORA



Ana Regina da Silva Losso
Prof.Mestre (UNESC) – Orientador



Gabriela Martins Valerim
Especialista - UNESC



Cristiani Damiani Tomazi
Prof. Doutora (UNESC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, cuja maravilhosa graça e infinita bondade me permitiram vivenciar este momento tão significativo em minha vida. Concluir a graduação é a realização de um sonho, e toda essa conquista é fruto da minha total dependência d'Ele. Reconheço que foi Deus quem me concedeu saúde e força para superar as dificuldades que enfrentei ao longo deste percurso.

Dedico uma especial homenagem ao meu querido pai, que está em saudosa memória, mas permanece presente em cada instante da minha vida através de seus valiosos ensinamentos e palavras encorajadoras, que sempre me confortaram e me guiaram na busca dos meus objetivos. Agradeço também ao meu companheiro de vida, João Mário, que se tornou meu Porto seguro, e aos meus filhos, Arthur e João, que sempre estiveram ao meu lado.

Meu reconhecimento vai ainda para minha irmã, Simone Senado, que é uma fonte constante de inspiração. Suas palavras de ânimo foram essenciais para que eu superasse minhas limitações.

Agradeço de coração às minhas orientadoras, Prof. Msc. Ana Regina da Silva Losso, Karina Gulbis, Cristiane Tomasi, e Diogo Dominguni, por suas orientações, apoio e confiança, que foram fundamentais na elaboração deste trabalho.

Sou grata ao curso de Enfermagem da UNESC e a todos os estimados professores, que desempenharam um papel crucial na minha formação, compartilhando saberes indispensáveis para a realização dos meus objetivos. Vocês têm meu profundo respeito e admiração.

Por fim, agradeço às minhas companheiras de graduação, Karoliny Marceneiro, Luana Lucrécio e Victoria Teixeira, com quem aprendi tanto ao longo do curso. A todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu chegasse até aqui, meu sincero agradecimento.

*“Consagre ao Senhor tudo o que
você faz e os seus planos serão bem-
sucedidos.”*

Provérbios 16 :3.

RESUMO

A violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública, com impactos físicos, psicológicos e sociais significativos. Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de mulheres vítimas de violência sexual no município de Criciúma-SC, entre os anos de 2022 a 2024, a partir dos dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE-SC). Trata-se de uma pesquisa quantitativa, documental, descritiva e transversal, baseada em notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os resultados mostraram que as mulheres mais afetadas tinham entre 20 e 49 anos, eram em sua maioria de cor branca e com ensino médio completo. A residência foi o principal local de ocorrência dos casos, e os agressores, em sua maioria, eram pessoas conhecidas, incluindo familiares. As lesões mais frequentes foram traumatismos dentários, cranioencefálicos e politraumatismos, evidenciando a gravidade dos casos. Conclui-se que o enfrentamento da violência sexual exige ações integradas, contínuas e efetivas entre os setores de saúde, segurança pública e assistência social, visando à proteção, prevenção e garantia dos direitos das mulheres.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Vigilância Epidemiológica. Saúde Pública. Perfil epidemiológico.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência: Faixa etária, raça e escolaridade.	29
Tabela 2 - Violência contra a gestante	32
Tabela 3 - Caracterização Da Lesão E Sua Ocorrência.....	33
Tabela 4 - Características do agressor e dos envolvidos.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CRAM** – Centro de Referência no Atendimento à Mulher
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- DEAM** – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
- DIVE/SC** – Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina
- FBSP** – Fórum Brasileiro de Segurança Pública
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IML** – Instituto Médico Legal
- IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PNAISM** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
- RN** – Recém-nascido
- SES/SC** – Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SNPM** – Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TEPT** – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso
- UBS** – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	14
1.1.1 Objetivo geral	14
1.1.2 Objetivos específicos.....	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER.....	15
2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA	16
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL	18
2.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN.....	21
2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	23
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 TIPO DO ESTUDO.....	24
3.2 LOCAL DO ESTUDO	24
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	24
3.3.1 Critérios de inclusão	25
3.4 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTOS DE DADOS	25
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	28
4.2 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES E OS TIPOS DE VIOLÊNCIA	31
4.3 CARACTERIZAÇÃO DA LESÃO/VIOLÊNCIA E SUA OCORRÊNCIA.....	32
4.4 CARACTERIZAÇÃO DO AGRESSOR.....	35
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada por ações físicas, sexuais ou psicológicas que prejudicam indivíduos ou coletivos, podendo causar lesões, danos psicológicos, privações ou até morte, podendo acontecer em espaços públicos ou privados. É um fenômeno social marcado por conflitos de poder e domínio, envolvendo fortes emoções por parte de quem a comete, sofre ou presencia (SOUSA et al., 2021). É entendida como uma questão de saúde pública, segurança e acesso à justiça, que exige do Estado políticas e ações integradas para responder a esse problema (BRASIL, 2015).

A violência sexual contra a mulher é um fenômeno complexo que envolve atos ou tentativas de coerção sexual, independentemente do relacionamento da vítima com o agressor (BRASIL, 2012). A violência de gênero contra a mulher é agravada por fatores interseccionais, tais como raça, orientação sexual e condições socioeconômicas. Assim, trata-se de um problema complexo e multidimensional que impacta de diferentes formas a vida de mulheres, famílias e comunidades (GOMES, 2020 apud CARVALHO, 2022).

A violência doméstica e familiar contra a mulher requer um enfrentamento multidimensional para o qual contribuem as perspectivas de várias disciplinas e em torno do qual se articulam vários setores, tais como saúde, assistência social, justiça, segurança pública, educação, economia, entre outros (CARVALHO, 2022).

O enfrentamento dessa violência exige um esforço coletivo e sistemático, com suporte social, legal e de saúde. Nesse contexto, as políticas públicas e os serviços de saúde desempenham um papel essencial, oferecendo acolhimento, tratamento e reabilitação para as vítimas. No Brasil, as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) orientam a prestação de um cuidado integral, que engloba tanto as medidas emergenciais quanto o acompanhamento e tratamento dos impactos físicos e emocionais resultantes da violência sexual (NETTO et al., 2018).

Trata-se de uma questão de saúde pública, cujas consequências ultrapassam os danos físicos imediatos, afetando também os aspectos psicológicos e sociais das vítimas, tanto em curto quanto em longo prazo (BEZERRA et al., 2018). Mulheres que passam por essa experiência estão mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, síndrome do

pânico e distúrbios psicossomáticos, além do risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST) e enfrentar gravidez indesejadas, agravando ainda mais o trauma sofrido (BRASIL, 2012; SOUZA et al., 2019).

A atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual é uma questão de saúde pública e exige uma abordagem multidisciplinar de cuidados em saúde e dimensões psicossociais, legais e políticas envolvidas na resposta à violência (DE MELO et al., 2024)

A subnotificação é um grande desafio para a compreensão da real dimensão desse problema. Dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública indicam que, em 2020 e 2021 ocorrem 35.644 e 37.872 estupros de meninas menores de 14 anos, porém, no SINAN foram registrados apenas 20.170 e 14.344 casos de violência sexual para a mesma população (BRASIL, 2022; FBSP, 2022).

Apesar das graves consequências da violência para a saúde das mulheres, a procura pelos serviços de saúde ainda é baixa. Estudos apontam que muitas mulheres preferem recorrer a setores como segurança pública ou o judiciário, considerados mais eficazes para denúncias, enquanto o setor saúde é visto apenas como espaço para tratar lesões físicas. Além disso, o estigma associado à violência e a falta de reconhecimento da saúde como porta de entrada para a rede de apoio contribuem para a subnotificação (VASCONCELOS et al., 2024).

A enfermagem exerce um papel essencial no enfrentamento à violência sexual contra mulheres, atuando como ponte entre a vítima, o sistema de saúde e a rede de proteção (BRASIL, 2021). Os profissionais de enfermagem são frequentemente os primeiros a ter contato com as vítimas nos serviços de saúde, cabendo a eles o acolhimento humanizado, livre de julgamentos e preconceitos, que respeite a dignidade e autonomia da mulher (SANTOS et al., 2021).

Esse primeiro atendimento é fundamental para estabelecer vínculo de confiança e encorajar a vítima a seguir com o processo de denúncia e tratamento (DE MELO et al., 2024). Além do acolhimento, a enfermagem tem a responsabilidade técnica de aplicar os protocolos clínicos estabelecidos, como a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis, a anticoncepção de emergência e a coleta de vestígios para exames periciais quando necessário (BRASIL, 2021).

Cabe aos profissionais o registro e notificação compulsória dos casos através do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), contribuindo

para a geração de dados epidemiológicos que embasam políticas públicas (LAGUARDIA et al., 2004; MASCARENHAS et al., 2020).

A atuação da enfermagem se estende para além do atendimento imediato, envolvendo o acompanhamento psicossocial e o encaminhamento adequado para serviços especializados como delegacias da mulher, CRAS, CREAS e atendimento psicológico (CARVALHO, 2022). Essa articulação com a rede intersetorial é fundamental para garantir a proteção contínua da vítima e evitar casos de revitimização (FREITAS et al., 2017). Essas iniciativas buscam romper ciclos de violência e empoderar as mulheres (SILVA; ANDRADE, 2020).

A formação continuada e a produção de conhecimento são igualmente importantes, com cursos de capacitação sobre gênero e violência, além de pesquisas que aprimorem os protocolos de atendimento (NETTO et al., 2018). Dessa forma, a enfermagem não se limita ao cuidado técnico, mas assume um papel político na defesa dos direitos das mulheres e no combate estrutural à violência de gênero, contribuindo para transformações sociais mais amplas (GARCIA, 2016).

Com o aumento da visibilidade do tema nos últimos anos e a crescente demanda por políticas públicas efetivas, torna-se imprescindível conhecer o perfil das mulheres afetadas avaliando as condições de ocorrência do fato (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Diante desse cenário, este estudo busca analisar o perfil das mulheres em situação de violência nos anos de 2022 e 2024 em uma cidade do extremo sul de Santa Catarina. Ao entender as características dessas mulheres e as respostas dos serviços de saúde, será possível propor melhorias nas intervenções e nas políticas públicas, com foco na humanização do atendimento e na promoção de um cuidado mais efetivo e acolhedor. Desta forma, torna-se necessária uma análise crítica dos dados obtidos por meio do sistema de informação, uma vez que as informações subsidiam a elaboração de indicadores que conseqüentemente auxiliam no planejamento de estratégias de prevenção e combate à violência sexual contra mulheres.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o perfil de mulheres em situação de violência nos anos de 2022 a 2024, num município do sul catarinense

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência nos anos de 2022 a 2024 num município sul catarinense
- Analisar as variáveis como raça/cor, faixa etária, escolaridade e condição de gestante.
- Analisar o contexto da ocorrência da violência, incluindo o local do incidente, o meio de agressão utilizado e a possível reprodução do ato violento.
- Caracterizar a relação entre a vítima e o agressor, investigando o vínculo existente e o sexo do perpetrador da violência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018 apud ANDRADE et al., 2021) define a violência sexual como qualquer ato sexual ou tentativa, incluindo insinuações indesejadas ou coerção sexual, seja por força física, ameaça ou incapacidade de consentimento devido a intoxicação ou incapacidade mental.

A violência sexual, uma de suas manifestações, ocorre quando um indivíduo em posição de poder usa força física, coerção, ou intimidação para forçar outra pessoa a participar de atos libidinosos. Esta forma de violência pode acontecer em qualquer faixa etária e classe social, afetando majoritariamente mulheres, com uma estimativa de 12 milhões de vítimas anuais no mundo (SOUSA et al., 2021).

A violência pode ocorrer de formas e graus variados, no qual o homicídio é a manifestação mais extrema. Dentre os tipos de violência, tem-se a de gênero que consiste em qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico (ANDRADE et al., 2021).

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. A violência doméstica distingue-se da intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico (BRASIL, 2006).

Já a violência institucional é exercida pelos serviços públicos e/ou privados, por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços. A violência física ocorre quando uma pessoa no uso da força ou algum tipo de arma causa ou tenta causar dano não acidental que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. A violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. A violência sexual em suas múltiplas formas de apresentação consiste não só em qualquer ato sexual, mas também na tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual (BRASIL, 2006).

A violência de gênero contra as mulheres envolve qualquer ato que cause, ou possa causar, danos físicos, sexuais ou psicológicos, afetando

diretamente a saúde e o bem-estar das vítimas, tanto a curto quanto em longo prazo (LABIAK et al., 2022). A violência sexual, uma forma de violência de gênero, ocorre quando os limites pessoais no âmbito sexual são violados, causando danos. A percepção de violência sexual pode variar conforme o contexto cultural e social, sendo muitas vezes justificada por tradições que perpetuam práticas violentas.

O estupro é definido como o ato de constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso, sendo crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 2009). A real frequência desse ato criminoso é desconhecida, uma vez que as vítimas hesitam em informá-lo, devido à humilhação, medo, sentimento de culpa e desconhecimento das leis.

O atendimento à vítima de estupro é complexo e necessita, idealmente, de cuidados de uma equipe multidisciplinar familiarizada com casos similares. Quando praticado durante a gravidez, representa fator de risco para saúde da mulher e do conceito, por aumentar a possibilidade de complicações obstétricas, abortamento e RN de baixo peso (BRASIL, 2020).

É imprescindível que os profissionais de enfermagem estejam adequadamente preparados para cuidar das mulheres vítimas de violência sexual, pois essas pacientes enfrentam um trauma significativo que demanda profissionalismo e atenção especial por parte da equipe de saúde que as atende. O constante aprimoramento e a educação continuada são elementos cruciais para a capacitação dos profissionais, refletindo positivamente em sua prática clínica (DANTAS, 2020).

2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA

A violência sempre esteve presente na história da humanidade, principalmente a violência sexual contra a mulher, afetando as áreas da sociedade e constituindo atualmente um problema mundial de saúde pública sendo mais evidenciado em países em desenvolvimento. Os serviços de Unidade Básica de Saúde (USB) continuam sendo a principal porta de entrada para o atendimento das mulheres em situação de violência (CARGNIN et al., 2021).

A OMS afirma que 20% das mulheres foram vítimas de abuso sexual e 30% das primeiras experiências são forçadas. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica, a forma mais comum de violência de gênero na esfera privada, onde 70% desses crimes contra as mulheres ocorrem em casa e são cometidas por seus próprios parceiros ou maridos (CARGNIN, et al., 2021). A vivência traumática da violência sexual ultrapassa os limites individuais e sociais, tornando-se uma grave questão de saúde pública, já que mulheres que passam por esse tipo de agressão tendem a apresentar maior vulnerabilidade imunológica, sintomas de estresse pós-traumático e até tentativas de suicídio. As consequências dessa violência podem surgir tanto a curto quanto em longo prazo, exigindo acompanhamento adequado para evitar danos futuros (MACHADO et al., 2021). Nesse contexto, o papel do enfermeiro é essencial no cuidado às mulheres em situação de violência sexual. É fundamental que a equipe interdisciplinar esteja bem capacitada e trabalhe de forma integrada, para que o atendimento seja o menos traumático possível (SANTOS et al., 2021).

Para se prevenir e enfrentar de forma eficaz a violência contra a mulher se faz necessário agir diretamente na redução das desigualdades de gênero, o que requer um trabalho integrado dos diferentes setores da sociedade, visando garantir que todas as mulheres independentes da faixa etária possam usufruir o direito básico de viver sem violência (GARCIA, 2016).

O acolhimento realizado pelo profissional de enfermagem é indispensável, justamente por sua atuação prática e humanizada, que faz toda a diferença no atendimento às vítimas de abuso sexual (SILVA et al., 2021).

A violência sexual é uma brutal violação dos direitos, resultando em diversas consequências à mulher, como por exemplo, a morte e a incapacidade. Portanto, é um fenômeno com alta magnitude e vulnerabilidade constituindo-se não só um problema social, mas de saúde (GOMES et al., 2014 apud MOREIRA, BICALHO, MOREIRA, 2020; ACOSTA et al., 2015). Este tipo de violência bloqueia a autonomia da mulher e conseqüentemente o seu potencial como pessoa e membro da sociedade (AGUIAR et al., 2014).

A violência é uma questão de saúde pública por atingir a sociedade de forma estigmatizante, pelo poder e opressão dos envolvidos, promovendo inúmeros conflitos, no âmbito individual e familiar. Devido a suas características quantitativas e qualitativas, a violência é multifacetada e polimórfica, surgindo na sociedade por

meio de ações que se interligam, interagem e se fortalecem, possuindo como expressão concreta, os diferentes meios e métodos de coerção e dominação utilizados com a finalidade de conquistar, reter ou obter privilégios (FREITAS et al., 2018).

Em âmbito nacional, destacam-se a Lei nº 12.845/2013, que dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual na rede do SUS, e o Decreto nº 7.958/2013, que estabelece diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (BRASIL, 2013).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

As políticas públicas envolvem a produção de bens públicos, sendo essa responsabilidade do estado, sendo variadas pelas diversas necessidades e demandas da população. (RODRIGUES, 2010 apud MULLER, MORAIS, PASE, 2012, p. 1).

No Brasil, as políticas públicas para enfrentar a violência sexual buscam garantir a proteção e o suporte integral às vítimas e a responsabilização dos agressores. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) foi um marco fundamental, voltada à prevenção, proteção e punição de casos de violência doméstica e sexual, assegurando medidas protetivas e apoio jurídico e psicossocial. Já a Lei do Minuto Seguinte (Lei nº 12.845/2013) garante o atendimento imediato e obrigatório pelo SUS a vítimas de violência sexual, incluindo acesso a exames e profilaxia de doenças (BRASIL, 2006; BRASIL 2013).

Essas legislações são reforçadas por políticas intersetoriais, que incluem o trabalho conjunto entre os sistemas de saúde, segurança pública e assistência social. O Brasil também conta com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, que orienta ações para prevenir a violência sexual e promover a autonomia das vítimas (BRASIL, 2011).

Enfrentar a violência contra as mulheres exige, acima de tudo, a construção de uma rede intersetorial, articulada e comprometida com a saúde das mulheres, que garanta seus direitos, oferecendo condições para que possam ter acesso ao cuidado qualificado, bem como a possibilidade de tomar decisões

conscientes e autônomas. Nesse sentido, com o intuito de estabelecer diretrizes técnico-políticas para atenção integral à saúde da mulher, em 2004 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes – PNAISM (BRASIL, 2004). A PNAISM, desde sua publicação em 2004, inclui a violência contra a mulher como um dos eixos prioritários de atenção, destacando que profissionais de saúde devem ser capacitados para identificar, acolher, registrar e encaminhar casos de violência, além de oferecer atendimento humanizado e integral às vítimas. Ela reforça que a violência impacta negativamente a saúde física, mental e reprodutiva da mulher, exigindo ações intersetoriais.

A Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, estabelece que os hospitais devem oferecer às pessoas em situação de violência sexual atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, e encaminhamento, quando necessário, aos serviços de assistência social (BRASIL, 2013).

As ações durante o atendimento às pessoas em situação de violência sexual no SUS devem ser desenvolvidas em conformidade com a Nota Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, do Ministério da Saúde, e realizadas conforme estabelece também o art. 5º da Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014):

- I - Acolhimento;
- II - Atendimento humanizado, observados os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade;
- III - Escuta qualificada, propiciando ambiente de confiança e respeito;
- IV - Informação prévia ao paciente, assegurada sua compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas médicas, multiprofissionais e policiais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento;
- V - Atendimento clínico;
- VI - Atendimento psicológico;
- VII - Realização de anamnese e preenchimento de prontuário onde conste, entre outras, as seguintes informações: data e hora do atendimento; história clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; exame físico

completo, inclusive exame ginecológico, se for necessário; descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; e identificação dos profissionais que atenderam a pessoa em situação de violência;

VIII - Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas conforme as normas, regras e diretrizes técnicas do Ministério da Saúde;

IX - Exames laboratoriais necessários;

X - Preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências;

XI - Orientação e agendamento ou encaminhamento para acompanhamento clínico e psicossocial; e

XII - Orientação às pessoas em situação de violência ou aos seus responsáveis a respeito de seus direitos e sobre a existência de outros serviços para atendimento a pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2014).

Compete aos governos estaduais, ao Distrito Federal, aos municípios e à sociedade civil o dever de atuar de forma efetiva na prevenção e no combate à violência contra as mulheres, bem como na garantia da assistência necessária a cada vítima. Contudo, observa-se, ainda, uma tendência à fragmentação e ao isolamento dos serviços, além da falta de articulação entre os diferentes níveis de governo no enfrentamento dessa problemática. Nesse contexto, surge o trabalho em rede como uma estratégia fundamental para superar tais desafios, promovendo a integração e a coordenação das ações entre as diversas esferas governamentais, com o apoio e a participação ativa de organizações não governamentais e da sociedade civil. Dessa articulação, consolidaram-se a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e a Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência, como mecanismos essenciais para garantir um atendimento mais eficaz, humanizado e articulado (DO AMARAL, SELA, 2024).

A política pública voltada ao enfrentamento da violência contra a mulher se materializa por meio de diversas ações estratégicas, que envolvem o fortalecimento das redes de apoio, a capacitação contínua dos profissionais envolvidos, a promoção de campanhas de conscientização e a implementação de serviços especializados (SANTOS, 2024).

Entre esses serviços, destacam-se as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), os Centros de Referência no Atendimento à Mulher (CRAMs), a atuação da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM) e do Sistema Único de Saúde (SUS), além de equipamentos como Centros de Referência, Casas-Abrigo, Defensorias da Mulher, Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, Ouvidorias, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Também compõem essa rede o Serviço de Responsabilização e Educação do Agressor, as Polícias Civil e Militar, o Instituto Médico Legal (IML) e os serviços de saúde voltados ao atendimento de casos de violência sexual. Tais dispositivos visam garantir uma resposta articulada, eficaz e humanizada à violência de gênero, assegurando os direitos e a proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade (SANTOS, 2024).

2.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO – SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido no início da década de 90, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal (BRITO, 1993). A concepção do Sinan foi norteada pela padronização de conceitos de definição de caso, pela transmissão de dados a partir da organização hierárquica das três esferas de governo, pelo acesso à base de dados necessária à análise epidemiológica e pela possibilidade de disseminação rápida dos dados gerados na rotina do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos (LAGUARDIA et al., 2004).

A plataforma SINAN é alimentada de notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação

compulsória, conforme a portaria, mas é facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2025).

A entrada de dados ocorre pela utilização de formulários padronizados para a notificação e investigação dos casos de doenças e agravos de interesse nacional. A Ficha Individual de Notificação é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal, e contém os atributos comuns a todos os agravos, tais como, dados gerais sobre o agravo e unidade notificadora, dados do paciente (nome, idade, sexo, escolaridade, etc.) e dados de residência do paciente. Ela deve ser utilizada para registro de notificação negativa, notificação individual por agravo, notificação de surto e de Inquérito de Tracoma (BRASIL, 2025).

A Vigilância Epidemiológica é composta por um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, detecção e prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Seus principais objetivos são identificar fatores de risco em grupos de indivíduos que apresentam maior probabilidade de serem acometidos por determinados eventos; prever tendências; avaliar o quanto os serviços de saúde respondem aos problemas e necessidades das populações; verificar o impacto de estratégias de intervenção, assim como as características de acesso e disponibilidade dos serviços de saúde.

O registro da notificação pode ser realizado de duas formas:

- **Individual/Investigação** – agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS);
- **Individual/Conclusão** – agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

As notificações e investigações de casos de doenças e agravos de notificação compulsória registrados no SINAN NET geram uma tabela única que armazena as notificações de todos os agravos, e uma tabela para cada agravo, que

armazena dados das investigações, compondo o banco de dados do SINAN NET (BRASIL, 2025).

2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A enfermagem desempenha um papel fundamental e insubstituível no atendimento às vítimas de violência, atuando como elemento-chave na rede de proteção e cuidado. Como profissionais que estão na linha de frente dos serviços de saúde, os enfermeiros são frequentemente os primeiros a identificar casos de violência e a proporcionar o acolhimento humanizado que essas mulheres tanto necessitam (DANTAS, 2020).

A documentação precisa das lesões, por meio de fotografias e descrições detalhadas no prontuário, é outra atribuição crucial da enfermagem, servindo como evidência para processos judiciais. A aplicação rigorosa de protocolos como a Norma Técnica do Ministério da Saúde, que estabelece o prazo de até 72 horas para o atendimento pós-agressão, é fundamental para garantir a eficácia das intervenções (BRASIL, 2020).

Além dos cuidados físicos, a abordagem humanizada da enfermagem, combinando competência técnica com escuta empática, ajuda a prevenir a revitimização e reduz os traumas psicológicos secundários (SILVA et al., 2021).

A análise dos casos notificados permite identificar padrões, áreas de risco e grupos populacionais especialmente vulneráveis, como adolescentes e mulheres residentes em áreas rurais (CARGNIN et al., 2021).

A sobrecarga de trabalho em muitos serviços de saúde também dificulta o acompanhamento longitudinal das vítimas, comprometendo a continuidade do cuidado. Em conclusão, a enfermagem se mostra decisiva no combate à violência sexual contra a mulher, unindo conhecimento técnico-científico a uma abordagem humanizada. Para ampliar o impacto positivo desse trabalho, torna-se urgente investir na formação continuada desses profissionais e na estruturação de redes de atendimento mais robustas e integradas (DANTAS, 2020). A valorização da enfermagem nesse contexto não apenas melhora a qualidade do atendimento às

vítimas, mas contribui significativamente para a ruptura do ciclo de violência que afeta tantas mulheres em nosso país.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de abordagem quantitativa, documental e descritiva. A pesquisa quantitativa permite a mensuração objetiva dos dados e análise estatística dos resultados, sendo indicada para estudos que visam identificar padrões e relações entre variáveis (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Já o delineamento documental utiliza fontes pré-existentes, como bancos de dados e registros institucionais, sendo útil para compreender fenômenos sociais com base em informações registradas (MARCONI; LAKATOS, 2017). A abordagem descritiva busca observar, registrar e analisar características de determinado fenômeno sem interferência do pesquisador, enquanto o recorte transversal refere-se à coleta de dados em um único momento no tempo, possibilitando a análise de uma população específica em um dado período (GIL, 2010).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no site da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE-SC), vinculada à Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, com enfoque nos dados relativos ao município de Criciúma.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo utilizou dados secundários extraídos do sistema digitalizado da DIVE-SC, referentes a notificações de violência sexual contra mulheres, nos anos de 2022 a 2023, no município de Criciúma/SC. Os participantes da pesquisa consistem

em registros de casos notificados pelas unidades de saúde, serviços de referência e órgãos de segurança pública, consolidados no banco de dados da DIVE-SC. Esses registros incluem informações sobre. Perfil das vítimas (idade, escolaridade, ocupação. Características da agressão, como tipo de violência, local de ocorrência, gestantes, e relação com o agressor.

3.3.1 Critérios de inclusão

- Dados de mulheres na faixa etária acima de 18 anos;
- Dados de mulheres que notificaram situação de violência no período entre 2022 a 2024;
- Mulheres residentes em Criciúma/SC.

3.4 PROCEDIMENTO DE LEVANTAMENTOS DE DADOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de dados secundários, obtidos diretamente no site da Vigilância Epidemiológica do Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma base pública, de livre acesso, disponível em ambiente virtual.

A coleta dos dados foi conduzida de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos, assegurando a seleção adequada dos casos a serem analisados. Uma vez definidos os registros que compuseram a amostra, foi elaborado um banco de dados específico para organização e sistematização das informações.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise estatística, visando à interpretação dos resultados, à compreensão dos achados e à discussão frente à literatura científica. A partir dessa análise, foram elaborados tanto o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) quanto o artigo científico correspondente.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em uma planilha eletrônica no software Microsoft Excel®, na qual foi elaborado um banco de dados específico para este estudo. A análise estatística foi realizada por meio de estatística descritiva, permitindo a síntese e a interpretação dos dados obtidos.

As variáveis quantitativas foram analisadas e apresentadas por meio de tabelas, contendo valores absolutos (número de casos) e relativos (percentuais), de forma a descrever o perfil dos casos notificados e facilitar a visualização dos resultados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foi assinado um termo de confidencialidade, sendo que este assegura o sigilo das informações da pesquisa. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

De acordo com a resolução 510/16 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos

maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução (BRASIL, 2016).

Implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante, exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes, a relação pesquisador-participante se constrói continuamente no processo da pesquisa, podendo ser redefinida a qualquer momento no diálogo entre subjetividades, implicando refletividade e construção de relações não hierárquicas (BRASIL, 2016).

Considerando que a produção científica deve implicar benefícios atuais ou potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, possibilitando a promoção de qualidade digna de vida a partir do respeito aos direitos civis, sociais, culturais e a um meio ambiente ecologicamente equilibrado (BRASIL, 2016).

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa (Anexo A).

Não existiram riscos presumíveis, pois resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução 466/12 da pesquisa com seres humanos; sendo garantidos aos sujeitos participantes anonimato e sigilo referente às informações obtidas através de dados no SINAN.

Como benefício, pode-se conhecer o perfil epidemiológico das mulheres em situação de violência sexual no município de Criciúma/SC, reconhecendo-se o perfil dos agressores para proposição de políticas públicas de enfrentamento e prevenção.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados e discussões do estudo.

No período de 2022 a 2024 foram notificados 2023 casos de violência sexual no município de Criciúma/SC sendo utilizados para estudo os casos notificados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE).

4.1 CARACTERIZAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A Tabela 1 expõe os dados sócio demográficos os quais, segundo Silva e Andrade (2020), são fundamentais para identificar se há fatores de vulnerabilidade, desigualdades sociais e, com o diagnóstico, direcionar as políticas públicas eficazes no enfrentamento da violência sexual contra a mulher.

Os dados sociodemográficos, como faixa etária, raça/cor, escolaridade e condição de gestante, funcionam como marcadores sociais que revelam não apenas o perfil das vítimas, mas também determinantes estruturais da violência. Para Labiak et al. (2022), a caracterização sociodemográfica é essencial para reconhecer padrões ocultos de desigualdade e discriminação que muitas vezes permanecem invisíveis em abordagens superficiais. A violência contra a mulher, nesse sentido, não é um fenômeno homogêneo: ela se manifesta de maneiras diferentes conforme o grupo social ao qual a vítima pertence.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência: Faixa etária, raça e escolaridade.

	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	562	100	777	100	684	100	2023	100
FAIXA ETÁRIA								
De 15 a 19 anos	36	6,41	40	5,15	38	5,56	114	5,64
De 20 a 34 anos	212	37,72	303	39,00	266	38,89	781	38,61
De 35 a 49 anos	198	35,23	266	34,23	228	33,33	692	34,21
De 50 a 64 anos	74	13,17	118	15,19	96	14,04	288	14,24
De 65 a 79 anos	27	4,80	36	4,63	44	6,43	107	5,29
80 anos ou mais	15	2,67	14	1,80	12	1,75	41	2,03
RAÇA								
Branca	452	80,43	666	85,71	570	83,33	1688	83,44
Preta	81	14,41	64	8,24	59	8,63	204	10,08
Parda	23	4,09	43	5,53	52	7,60	118	5,83
Amarela	3	0,53	2	0,26	2	0,29	7	0,35
Ignorado	2	0,36	0	0,00	0	0,00	2	0,10
Indígena	1	0,18	0	0,00	1	0,15	2	0,10
Em branco	0	0,00	2	0,26	0	0,00	2	0,10
ESCOLARIDADE								
Ignorado ou em branco	173	30,78	222	28,57	53	7,75	448	22,15
Analfabeto	8	1,42	4	0,51	3	0,44	15	0,74
Ensino Fundamental incomplete	128	22,78	158	20,33	213	31,13	499	24,66
Ensino fundamental complete	28	4,98	66	8,49	46	6,73	140	6,92
Ensino médio incomplete	48	8,54	54	6,95	58	8,48	160	7,91
Ensino médio completo	119	21,17	187	24,07	246	35,96	552	27,29

Educação superior incompleta	26	4,63	38	4,89	29	4,24	93	4,60
Educação superior completa	32	5,69	48	6,18	36	5,26	116	5,73

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Secretaria do Estado da Saúde/SC (SES), 2025.

Destaca-se que dentre as mulheres que notificaram violência, manteve-se a faixa etária de 15 a 19 anos para não haver perdas dessa população também de risco, sendo assim, identifica-se que seguidamente houve um resultado muito semelhante ao longo dos anos de 2022 a 2024, dentro da faixa etária de 20 a 34 anos e 35 a 49 anos somando em um total de 38,61% (781) e 34,21% (692) respectivamente. Um estudo realizado na região Nordeste do Brasil em 2024, onde investigou notificações no DATASUS dos anos 2013 a 2022, mostrou que a maioria das vítimas de violência tinha até 39 anos, o que corrobora com a presente pesquisa (OLIVEIRA et al., 2024). Essa prevalência é amplamente documentada na literatura científica. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), mulheres entre 18 e 39 anos apresentaram maior exposição à violência por parceiro íntimo, especialmente por estarem em relacionamentos ativos e fases reprodutivas da vida (BRASIL, 2021).

Estudos apontam que mulheres nessa faixa etária enfrentam uma sobreposição de fatores de vulnerabilidade, como dependência econômica, sobrecarga com filhos, exposição a relacionamentos abusivos e expectativas sociais que normalizam certos comportamentos masculinos. Nascimento e Oliveira (2022) explicam que “a maior vulnerabilidade feminina está associada à idade reprodutiva, à dependência afetiva e econômica e à dificuldade de romper relações violentas devido a filhos e contexto social”.

Segundo Felix et al. (2023), “os dados reforçam que o grupo de mulheres adultas jovens, além de ser o mais exposto, é também o que mais sofre consequências físicas e psicológicas, justamente por se encontrar em plena vida produtiva e afetiva”. Portanto, a predominância dessa faixa etária reflete tanto maior exposição quanto a fragilidade das estruturas sociais de proteção.

Na variável raça/cor observa-se que a branca é a que mais se apresentou nos dados encontrados em todos os anos, perfazendo, 80,43% (452); 85,71 % (666)

e 83,33% (570), nos anos de 2022, 2023 e 2024 respectivamente. Esses dados podem ser inicialmente interpretados como indicativo de que mulheres brancas sofrem mais violência sexual. No entanto, tal interpretação requer cautela.

Outro elemento fundamental de análise é a escolaridade, uma vez que, a tendência é sempre considerar que áreas e pessoas de maior vulnerabilidade são mais atingidas em relação à violência, todavia, ao analisar esses dados, observa-se que dentre os que relataram, evidencia-se que na soma geral entre pessoas com ensino fundamental incompleto e completo comparados aos que tinha ensino médio ou acima dele, a violência se manteve mais presente nesse último grupo, sendo assim, em entre 2022 a 2024 45,53% (921), são pessoas que estudaram e tiveram acesso a conhecimentos formais.

Isso contraria o senso comum de que apenas mulheres com baixa escolaridade são vítimas. Segundo Oliveira (et al., 2022), “as mulheres com maior escolaridade relatam mais violência, mas não necessariamente porque são mais agredidas, e sim por terem maior consciência e acesso à informação para relatar os casos”.

Ou seja, a escolaridade não impede a ocorrência da violência, mas pode facilitar a identificação e denúncia. Entretanto, como discutem Holanda et al. (2018), o medo do julgamento social, o estigma e a vergonha ainda são fatores que impedem mulheres de qualquer nível educacional de romper com o ciclo de violência.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS MULHERES E OS TIPOS DE VIOLÊNCIA

Na tabela 2, optou-se destacar a violência à gestante, embora não seja a maior quantidade, chama a atenção porque se trata de mulheres com uma criança no ventre, com riscos a ela e ao bebê.

Tabela 2 - Violência contra a gestante

GESTANTE	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primeiro Trimestre	10	2,31	13	1,68	8	1,17	34	1,68
Segundo Trimestre	13	1,78	13	1,68	16	2,34	39	1,93
Idade Gestacional	00	00	04	0,52	01	0,15	5	0,25
Ignorada								

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Secretaria do Estado da Saúde/SC (SES), 2025.

Embora os casos de violência sexual contra gestantes representem percentuais menores (1,93%), sua gravidade é significativa. A literatura evidencia que a violência durante a gestação tem impactos duplos: físicos e emocionais, tanto na mulher quanto no feto. Segundo Andrade et al. (2021), “a violência sexual contra gestantes está associada a riscos obstétricos elevados, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, e sofrimento fetal”.

Além disso, a experiência de violência sexual nesse período pode intensificar quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, afetando diretamente a saúde mental da gestante (MACHADO; FREITAS, 2021). O artigo de Felix et al. (2023) demonstra que as notificações são mais frequentes no primeiro trimestre da gestação, justamente quando a mulher está mais vulnerável física e emocionalmente.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DA LESÃO/VIOLÊNCIA E SUA OCORRÊNCIA

Quando a violência ocorre se faz importante avaliar o local onde aconteceram os fatos, a natureza e os tipos, para assim subsidiar um diagnóstico e propor políticas públicas em saúde.

Tabela 3 - Caracterização Da Lesão E Sua Ocorrência

LOCAL OCORRÊNCIA	DE	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Residência		460	82,59	646	83,79	593	87,08	1699	84,57
Via pública		58	10,41	55	7,13	32	4,70	145	7,22
Comércio/Serviços		11	1,97	29	3,76	32	4,70	72	3,58
Habitação Coletiva		4	0,72	18	2,33	7	1,03	29	1,44
Outros		17	3,05	6	0,78	3	0,44	26	1,29
Bar ou Similar		5	0,90	12	1,56	8	1,17	25	1,24
Escola		2	0,36	3	0,39	4	0,59	9	0,45
Indústrias/construção		0	0,00	2	0,26	1	0,15	3	0,15
Local de prática esportiva		0	0,00	0	0,00	1	0,15	1	0,05
NATUREZA DA LESÃO									
Traumatismo dentário		403	71,71	681	87,64	109	15,94	1193	58,97
Traumatismo encefálico	crânio	0	0,00	46	5,92	251	36,70	297	14,68
Politraumatismo		0	0,00	0	0,00	278	40,64	278	13,74
Amputação		135	24,02	21	2,70	1	0,15	157	7,76
Fratura		13	2,31	25	3,22	6	0,88	44	2,17
Intoxicação		0	0,00	0	0,00	37	5,41	37	1,83
Ignorado/Em Branco		8	1,42	0	0,00	1	0,15	9	0,44
Entorse/luxação		3	0,53	2	0,26	1	0,15	6	0,30
Contusão		0	0,00	1	0,13	0	0,00	1	0,05
Corte/perfuração/laceração		0	0,00	1	0,13	0	0,00	1	0,05
TIPO DE VIOLÊNCIA									
Outra Violência		310	55,16	437	56,24	354	51,75	1101	54,42
Violência Física		176	31,32	236	30,37	206	30,12	618	30,55
Violência Psico/moral		56	9,96	47	6,05	54	7,89	157	7,76
Violência Negligência/Abandono		28	4,98	22	2,83	35	5,12	85	4,20

Violência Sexual	25	4,45	30	3,86	30	4,39	85	4,20
Violência Finan/Econômico	6	1,07	4	0,51	4	0,58	14	0,69
Violência Tortura	3	0,53	1	0,13	0	0,00	4	0,20
Violência Trabalho Infantil	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Violência Intervenção Legal	0	0,00	6	0,77	1	0,15	7	0,35

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Secretaria do Estado da Saúde/SC (SES), 2025.

A tabela 3 revela que o local mais freqüente de ocorrência da violência foi a residência, representando 84,57% (1699 casos). Isso confirma que o espaço doméstico, que deveria ser de proteção, muitas vezes se torna um local de risco para a mulher. Esse dado está em consonância com a literatura nacional, que demonstra que a casa, ao invés de ser um espaço seguro, torna-se o principal ambiente de violação de direitos das mulheres. Segundo Cargnin et al. (2021), “70% das agressões contra mulheres ocorrem no ambiente domiciliar e são cometidas por parceiros íntimos ou familiares próximos”.

Esse dado é alarmante porque a violência dentro do lar tende a ser mais silenciosa, duradoura e menos denunciada. Conforme a pesquisa de Vasconcelos et al. (2024), a violência doméstica permanece invisibilizada principalmente por ocorrer em ambiente privado, dificultando a atuação dos órgãos de proteção e saúde.

Quanto à natureza da lesão, destaca-se o traumatismo dentário, com 58,97% (1193 casos) do total. Em 2024, porém, houve um aumento expressivo de traumatismo craneoencefálico (36,7%) e de politraumatismos (40,64%), indicando maior gravidade das agressões nesse período. Esses achados sugerem uma escalada na gravidade das agressões físicas, podendo estar relacionados à intensificação da violência doméstica, ao uso de instrumentos contundentes e à repetição dos atos violentos em contextos de vulnerabilidade.

Conforme discutido por Felix et al. (2023), lesões físicas decorrentes da violência sexual podem variar conforme a intensidade, o local da agressão e o grau de intimidade entre vítima e agressor. Os autores observam que “as lesões mais graves tendem a ocorrer quando a violência é praticada com intenção de dominação, punição ou em episódios recorrentes”, o que pode explicar o aumento de lesões complexas como o politraumatismo em 2024.

Sobre os tipos de violência, o dado mais expressivo é o de outra violência, que representa 54,42% (1101 casos). Esse grupo pode incluir formas de agressão não especificadas nos registros. Em seguida, aparece a violência física (30,55%) e a psicológica/moral (7,76%), reforçando a complexidade e diversidade dos tipos de violência sofrida pelas mulheres. A prevalência da categoria “outra violência” evidencia possíveis falhas no preenchimento das fichas de notificação do SINAN, refletindo dificuldades dos profissionais de saúde em categorizar corretamente os tipos de agressão, ou mesmo a existência de múltiplas formas de violência em um único episódio (VASCONCELOS et al., 2024).

De acordo com a literatura, muitas vítimas são expostas simultaneamente à violência física, sexual e psicológica, dificultando sua distinção nos registros oficiais. Isso corrobora com a análise de Holanda et al. (2018), ao afirmarem que “a violência de gênero é multifacetada e muitas vezes se apresenta de forma combinada, intensificando o sofrimento físico e emocional da mulher”. O impacto psicológico da violência, ainda que não visível como as lesões físicas, é igualmente devastador e pode levar a quadros de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ideação suicida (SANTOS et al., 2021).

Portanto, os dados evidenciam tanto a intensificação da agressão física quanto a complexidade da violência vivenciada pelas mulheres. Tal realidade exige capacitação contínua dos profissionais de saúde para a escuta qualificada e o correto registro dos tipos de violência, além de políticas públicas que ampliem o reconhecimento das múltiplas formas de agressão presentes nos contextos de violência de gênero.

4.4 CARACTERIZAÇÃO DO AGRESSOR

Compreender as características do agressor é fundamental para a formulação de políticas públicas que visem à prevenção da violência e à proteção da vítima.

Tabela 4 - Características do agressor e dos envolvidos

SEXO	DO	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino		331	58,90	482	62,03	388	56,73	1201	59,37
Masculino		200	35,59	272	35,01	272	39,77	744	36,78
Ambos sexos		8	1,42	16	2,06	21	3,07	45	2,22
Ignorado		21	3,74	6	0,77	1	0,15	28	1,38
Em Branco		2	0,36	1	0,13	2	0,29	5	0,25

ENVOLVIDOS	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ign/Branco	19	3,38	6	0,77	3	0,44	28	1,38
Um	533	94,84	725	93,31	651	95,18	1909	94,36
Dois ou mais	10	1,78	46	5,92	30	4,39	86	4,25

RELAÇÃO	COM	ANO 2022		ANO 2023		ANO 2024		TOTAL	
		O	N	%	N	%	N	%	N
AGRESSOR									
Própria Pessoa		309	54,98	437	56,24	351	51,32	1097	54,23
Cônjuge		28	4,98	22	2,83	35	5,12	85	4,20
Filho(a)		27	4,80	45	5,79	52	7,60	124	6,13
Desconhecido		19	3,38	40	5,15	2	0,29	61	3,02
Madrasta		12	2,14	3	0,39	3	0,44	18	0,89
Namorado(a)		12	2,14	18	2,32	11	1,61	41	2,03
Irmão		7	1,25	10	1,29	8	1,17	25	1,24
Padrasto		3	0,53	0	0,00	2	0,29	5	0,25
Pai		2	0,36	5	0,64	2	0,29	9	0,44
Patrão		0	0,00	0	0,00	10	1,46	10	0,49

Fonte: Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE); Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Secretaria do Estado da Saúde/SC (SES), 2025.

Na tabela 4, observa-se que a maioria dos registros aponta o sexo feminino como o agressor 59,37% (1201), o que pode estar relacionado a casos de

violência intrafamiliar, como mães ou madrastas como autoras das agressões, no entanto, é necessário considerar a possibilidade de erros de notificação ou classificação desses dados.

Embora os dados apontem predominância de agressores do sexo feminino, esse achado requer cautela. A literatura mostra que a grande maioria dos autores de violência sexual são homens. A divergência encontrada no banco de dados pode refletir erros de notificação, preenchimento incorreto das fichas ou casos de autoagressão. Segundo Vasconcelos et al. (2024), "as inconsistências nos sistemas de notificação, como o SINAN, comprometem a análise precisa da violência de gênero".

Além disso, quando a vítima é a própria agressora, como indicado em 54,23% (1097) dos casos, há indícios de autolesão ou tentativa de suicídio – o que não se enquadra tecnicamente como violência sexual por terceiros, mas sim como manifestação de sofrimento psíquico, conforme analisado por Labiak et al. (2022).

A maioria dos casos envolveu apenas um agressor (94,36%), o que sugere uma relação direta e contínua entre vítima e agressor.

Segundo Andrade et al. (2021), a violência sexual, especialmente quando cometida por apenas um autor, está geralmente relacionada à tentativa de dominação física, psicológica e sexual sobre a mulher, evidenciando a dinâmica de poder nos relacionamentos.

De acordo com Machado e Freitas (2021), muitas mulheres vítimas de violência sexual desenvolvem transtornos mentais graves, como depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e ideação suicida, que podem se manifestar por meio da autolesão. A literatura também sugere que mulheres expostas a múltiplas formas de violência ao longo da vida têm maior risco de desenvolver comportamentos autodestrutivos, como forma de lidar com a dor emocional (SANTOS et al., 2021).

Além disso, Vasconcelos et al. (2024) destacam que erros no preenchimento das fichas de notificação podem levar a interpretações equivocadas, como registrar a própria vítima como agressora por ausência de campo específico para indicar tentativa de auto agressão. A carência de padronização e capacitação dos profissionais envolvidos no preenchimento dos dados compromete a qualidade da informação, o que afeta diretamente a formulação de políticas públicas eficazes.

Dessa forma, é fundamental compreender esse dado como uma evidência de sofrimento extremo e possível invisibilidade institucional de transtornos mentais em mulheres vítimas de violência, exigindo uma abordagem multiprofissional com foco na escuta qualificada, na atenção psicossocial e na humanização do cuidado.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar o perfil de mulheres em situação de violência no município de Criciúma, no período de 2022 a 2024, por meio dos dados notificados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC). A partir da caracterização sociodemográfica e do contexto das ocorrências, foi possível compreender a complexidade e a gravidade do fenômeno da violência, suas múltiplas formas de manifestação e os desafios enfrentados pelos serviços de saúde.

Os resultados evidenciaram que as mulheres mais atingidas encontram-se na faixa etária de 20 a 49 anos, grupo especialmente vulnerável devido à sobreposição de fatores como idade reprodutiva, envolvimento em relacionamentos íntimos, dependência econômica e exposição social. A maioria das vítimas era de cor branca e possuía ensino médio completo, o que revela que a violência sexual atravessa diferentes níveis de escolaridade, sendo determinada por desigualdades estruturais, e não apenas por vulnerabilidades individuais.

A residência foi identificada como o principal local das ocorrências, demonstrando que a violência sexual, assim como outras formas de violência de gênero, ocorre predominantemente no espaço doméstico, em contextos de silêncio e intimidade com o agressor. A predominância de registros com apenas um agressor reforça essa tendência, embora os dados também tenham apontado inconsistências, como a autodeclaração da vítima como agressora em mais da metade dos casos — possivelmente relacionada à autoagressão, tentativa de suicídio ou falhas no preenchimento das fichas de notificação.

Do ponto de vista clínico, as lesões mais frequentes foram traumatismos dentários, cranioencefálicos e politraumatismos, revelando aumento na gravidade das agressões físicas. A categoria “outra violência” foi a mais registrada, o que indica fragilidade na classificação dos tipos de violência e reforça a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para realizar a escuta qualificada e o correto preenchimento das notificações.

A análise dos dados também evidenciou a violência contra gestantes, embora em menor número, e sua gravidade exige atenção especial por parte da rede de saúde. A pesquisa reforça, ainda, o papel essencial dos dados

sociodemográficos para a formulação de políticas públicas eficazes, intersetoriais e baseadas nos princípios da equidade e da humanização do cuidado.

Além disso, destaca-se o papel fundamental do profissional de enfermagem no acolhimento e cuidado às mulheres vítimas de violência sexual. O enfermeiro é muitas vezes o primeiro profissional a ter contato com a vítima no serviço de saúde, sendo responsável por realizar uma escuta qualificada, livre de julgamentos, que promova um ambiente de segurança e acolhimento. Cabe a esse profissional não apenas o atendimento clínico, mas também o registro adequado das informações, a notificação compulsória, a oferta de profilaxias e o encaminhamento para a rede de proteção. A atuação da enfermagem é essencial para reduzir os impactos físicos e emocionais da violência, além de ser estratégica na quebra do ciclo de silêncio e na garantia dos direitos das mulheres.

Dessa forma, conclui-se que a violência sexual contra a mulher é um fenômeno multifacetado, que exige resposta articulada entre os setores da saúde, justiça e assistência social. É fundamental garantir o acolhimento qualificado às vítimas, combater a subnotificação e investir em políticas públicas que considerem as especificidades sociodemográficas das mulheres em situação de violência. Somente assim será possível romper o ciclo da violência, promover o empoderamento feminino e assegurar o direito das mulheres a viverem sem medo.

Conclui-se também que o enfrentamento da violência sexual exige ações integradas, contínuas e efetivas entre os setores de saúde, segurança pública e assistência social, visando à proteção, prevenção e garantia dos direitos das mulheres.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. **Revista Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.24 n.1 p.121-7 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71438421015.pdf>.

AGUIAR, Joycianne Ramos Vasconcelos de; SILVA, Geórgia Moraes; MONTE, Nadiana Lima. Estudo sobre a violência sexual em Serviço de Atendimento à Mulher. **Rev. enferm. UFPI**, p. 79-87, 2014.

ANDRADE, Renata Lima Batalha de et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes do sexo feminino: Uma questão de saúde pública. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e8010312864-e8010312864, 2021.

BEZERRA, Juliana da Fonseca et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Rev. Brasileira promoção da saúde**, Fortaleza, v.31 n.1 p.1-12, jan./mar., 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/rbps/article/view/6544>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinan>. Acesso em: 17 maio 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012, Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Caderno nº 6. 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf&ved=2ahukewjiipbc19lrahuxilkghtzobnaqfjaaegqichac&usq=aovvaw2wkddpae0un2ceepnnbxl>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso.pdf>.

RASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção de Belém do Pará; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 ago. 2006.

BRASIL. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Lei no 12.845, de 1o de agosto de 2013.** Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL. **Decreto no 7.958, de 13 de março de 2013.** Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009.** Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 485, de 1o de abril de 2014.** Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS** [Internet]. 2022. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.** IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 13 jun. 2025.

BRITO, Lício Sérgio Ferraz de. Sistema de informações de agravos de notificação-SINAN. In: **Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica.** 1993. p. 145-6.

CARGNIN, Júlia Souza Santos et al. **Sexual violence against women in the Western Amazon.** Revista de Saúde Pública. 2021, v. 5

CARVALHO, Andrea Vasconcelos. Enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher: contribuições a partir da curadoria de conteúdos. **EDICIC**, v. 2, n. 4, p. 24, 2022.

DANTAS, Gustavo da Silva et al. O papel da enfermagem frente à violência sexual contra a mulher. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde–ReBIS**, v. 2, n. 3, 2020.

DE MELO, Andressa Boza et al. Atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 4, p. e024407-e024407, 2024.

DO AMARAL, Jaqueline Gomes; SELA, Vilma Meurer. Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher na região metropolitana de Maringá-Paraná. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 17, n. 33, p. 132-154, 2024.

FELIX, Tales Redivo et al. Perfil epidemiológico da violência sexual de 2018 a 2021 em um município de São Paulo, Brasil. **Peer Review**, v. 5, n. 22, p. 254-269, 2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). **Anuário Brasileiro de segurança Pública 2022**. São Paulo: FBSP; 2022.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de et al. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. **HU rev**, p. 91-97, 2017.

GARCIA, Leila Posenato. The invisible magnitude of violence against women. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 451-454, 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOLANDA, Eliane Rolim de et al. Fatores associados à violência contra as mulheres na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.

LABIAK, Andressa Maiara et al. Perfil das vítimas de violência sexual em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 14, n. 8, p. e9594, 2022. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/9594/5391>. Acesso em: 13 jun. 2025.

LAGUARDIA, Josué et al. Sistema de Informação de Agravos de desafios no desenvolvimento em saúde Notificação (Sinan): de um sistema de informação. **Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, DF**, v. 13, n. 3, 2004.

MACHADO, L. P.; FREITAS, V. L. Nursing care for a woman victim of sexual violence: a integrative literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e33210212595, 2021.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 23, p. e200007. SUPL. 1, 2020.

MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; BICALHO, Bianca Oyola; MOREIRA, Tânia Leal. Violência sexual contra mulheres em idade fértil na região norte do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, p. e2826-e2826, 2020.

MÜLLER. M. DE MORAIS. J. PASE. H. L. **Políticas Públicas**: Conceito, Surgimento E Trajetória. Disponível em: https://www2.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CH/CH_00580.pdf

NETTO, Leônidas de Albuquerque et al. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. **Reme – rev min enferm**. V.22 e-1149 2018. Disponível em: <http://reme.org.br/exportar-pdf/1292/e1149.pdf>

OLIVEIRA, Marília Ramalho et al. Tendência e padrão espacial das notificações de estupro por parceiro íntimo contra mulheres no Nordeste do Brasil (2013–2022). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 27, p. e240030, 2024.

SANTOS, Andreza Batista. **Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher** : SIMULHER / Andreza Batista Santos, Giuliano Santana Silva do Amaral, Fábio Pinto Cardoso ; orientadores Marcos Antônio de Souza Barbosa, Kelly Maria Paz e Silva. – São Cristóvão, SE, 2024. 237 p. : il.

SANTOS, Davydson Gouveia et al. Assistência de enfermagem às mulheres em situação de violência sexual: revisão integrativa [Nursing care for women in situations of sexual violence: integrative review] [Asistencia de enfermería a las mujeres en situación de violencia sexual: revisión integradora]. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 29, p. e51107, jun. 2021. ISSN 0104-3552.

SILVA, Maria José de Oliveira; ANDRADE, Tânia Regina. A importância dos dados sociodemográficos na análise da violência de gênero. **Revista de Saúde Pública e Cidadania**, v. 5, n. 2, p. 45–58, 2020.

SOUSA, Anne Yarle Almeida de et al. Caracterização dos casos de violência sexual contra a mulher notificados no estado do Maranhão no período de 2009 a 2017. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 9925-9941, 2021.

SOUZA, Liz Martins de Lima et al. Violência sexual contra a mulher como problema de saúde pública: perfil epidemiológico. **Rev. Interdisciplinar do pensamento científico**. Edição especial v. 5, n.5, julho/ dezembro 2019. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.reinpec.org/reinpec/index.php/reinpec/article/download/520/439&ved=2ahukewjaktctq_prahx8llkgfhx_ia_wqfjaaegqiaxac&usg=aovvaw2wbz3uh83wxe5se4q5hzry.

VASCONCELOS, Nádía 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.