

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

LÍVIA MACÊDO BRITO

**PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM UM
INSTITUTO MÉDICO LEGAL**

IMPERATRIZ
2019

LÍVIA MACÊDO BRITO

**PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM UM
INSTITUTO MÉDICO LEGAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Medicina da Universidade Federal do
Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de Bacharel em
Medicina

Orientadora: Prof^ª Dr.^ª Cecilma Miranda de Sousa
Teixeira

Co-orientador: José Jorge Gonçalves Anchieta

IMPERATRIZ
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Macêdo Brito, Lívia.

PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ATENDIDAS EM
UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL / Lívia Macêdo Brito. - 2019.
37 f.

Coorientador(a): José Jorge Gonçalves Anchieta.

Orientador(a): Cecilma Miranda de Sousa Teixeira.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz, 2019.

1. Delitos sexuais. 2. Mulheres. 3. Violência contra
a mulher. I. Jorge Gonçalves Anchieta, José. II. Miranda
de Sousa Teixeira, Cecilma. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Livia Macêdo Brito

Título do TCC: PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES
ATENDIDAS EM UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Orientador: Profª Ma. Cecilma Miranda de Sousa Teixeira

Co-orientador: José Jorge Gonçalves Anchieta

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão
pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Examinador (a): Assinatura:
Nome:
Instituição:

Presidente: Assinatura:
Nome:
Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES ATENDIDAS NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE IMPERATRIZ - MARANHÃO

Pesquisador: Cecilma Miranda de Sousa Teixeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99424518.8.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.020.233

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 14 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Flávia Castello Branco Vidal Cabral
(Coordenador(a))**

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde, sabedoria e força para superar as dificuldades encontradas durante o caminho desta graduação.

À minha orientadora, Cecilma Miranda de Sousa Teixeira, que no pouco tempo que lhe coube sempre esteve presente, desde o delineamento do projeto à conclusão do artigo, fornecendo-me com paciência, suporte e incentivo.

Ao meu co-orientador, José Jorge Gonçalves Anchieta que se fez presente desde o delineamento do projeto e coleta de dados e que, com muita paciência, me deu suporte diante das dificuldades encontradas no caminho e me ensinou coisas importantes sobre a profissão que irei seguir.

À equipe Instituto Médico Legal da cidade de Imperatriz, Maranhão, que autorizou a coleta de dados desta pesquisa e forneceu toda assistência e acesso para que os dados fossem coletados.

Aos meus pais, Eline Márcia Macêdo Brito e Paulo César Gomes de Brito, às minhas irmãs Maria Paula Macêdo Brito e Ana Beatriz Macêdo Brito, que me deram forças para continuar a caminhada em busca da realização dos meus sonhos, através do amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus amigos, que foram fundamentais nessa trajetória, com assistência e irmandade em todo momento e em especial à irmã que ganhei nessa cidade, minha futura colega de profissão, Carolline Meirelles Rodrigues, a quem agradeço por todo o apoio, companheirismo, paciência e momentos de alegria e de tristeza que enfrentamos durante essa luta árdua. A sua companhia tornou os dias mais fáceis.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da conclusão desse ciclo, meu muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

- CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- IC: Intervalo de Confiança
- IML: Instituto Médico Legal
- ISTs: Infecções Sexualmente Transmissíveis
- OMS: Organização Mundial de Saúde.
- PcD: Pessoa com Deficiência
- TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
- UFMA – Universidade Federal do Maranhão
- VS: Violência Sexual

RESUMO

Perfil da violência sexual contra mulheres atendidas em um instituto médico legal se trata de um estudo descritivo, transversal, quantitativo e retrospectivo, cujos objetivos foram analisar o perfil social das mulheres que sofreram violência sexual, caracterizar a maneira como a agressão ocorreu e avaliar a relação entre o agressor sexual e a vítima. Foi analisado 490 fichas de relatórios forenses de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017 no Instituto Médico Legal, da cidade de Imperatriz – MA. Verificou-se a associação entre as variáveis e a ocorrência de conjunção carnal, por meio de análise inferencial utilizando-se o teste exato de Fisher ($p < 0,05$). Os resultados mostraram que a ocorrência de conjunção carnal esteve associada a características como idade na faixa etária de 10 e 14 anos e ser estudante e não possuir histórico sexual consensual prévio. A maior parte das agressões ocorreu na residência da vítima e os agressores foram principalmente familiares. A partir desses dados, sugerem-se a necessidade de investimentos em programas eficientes de prevenção e proteção às mulheres com envolvimento da família e da comunidade para compor uma sociedade atenta e ativamente contrária à violência

Palavras-chave: Delitos sexuais. Violência contra a mulher. Mulheres.

ABSTRACT

Profile of sexual violence against women treated at a Medical Examiner's Office is a descriptive, cross-sectional, quantitative and retrospective study whose objectives were to analyze the social profile of women who suffered sexual violence, to characterize the way aggression occurred and to evaluate the relationship between the sex offender and the victim. We analyzed 490 forensic report sheets of women victims of sexual violence seen from January 2014 to December 2017 at the Medical Examiner's Office, in the city of Imperatriz - MA. The association between the variables and the occurrence of carnal conjunction was verified by inferential analysis using Fisher's exact test ($p < 0.05$). The results showed that the occurrence of carnal conjunction was associated with characteristics such as age between 10 and 14 years old and being a student and not having previous consensual sexual history. Most of the aggressions occurred at the victim's home and the aggressors were mainly family members. From these data, we suggest the need for investments in effective prevention and protection programs for women with family and community involvement to compose a society that is attentive and actively opposed to violence.

Keywords: Sex Offenses. Violence against women. Women.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
MÉTODO.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSSÃO	19
CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXO.....	28

INTRODUÇÃO

A violência sexual (VS) consiste na tentativa ou obtenção de ato sexual, investidas sexuais das quais a vítima não deseja, práticas direcionadas ao tráfico sexual, ou outras formas de agressão envolvendo um órgão ou objeto sexual, e que de algum modo atentam contra a sexualidade de um sujeito por meio da coação, ou são praticadas contra pessoas que não conseguem consentir ou entender as consequências de sua escolha devido à idade ou aos problemas de desenvolvimento, e pode ser executada por pessoas independentemente da relação com a vítima.^{1,2,3}

Os atos de VS podem ocorrer em diferentes circunstâncias e contextos, como o estupro praticado dentro de um relacionamento ou por desconhecidos; avanços sexuais indesejados ou assédio sexual; o abuso sexual de pessoas incapazes de indicar consentimento, como pessoas com deficiência mental ou física ou ainda, sob efeito de álcool e/ ou drogas; o abuso sexual de crianças; a negação do direito de usar métodos contraceptivos ou de adotar outras medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); e o aborto forçado; dentre outros atos que ferem a integridade da pessoa humana.⁴

Dentre os tipos de violência contra as mulheres, a violência sexual, embora não seja a mais prevalente, em geral é vista como aquela que pode causar consequências tão ou mais impactantes do que os demais tipos.⁵ Constituinte, assim, um grave problema de saúde pública que implica em sérias repercussões para a vida das vítimas e de seus familiares, além de causar um aumento da demanda nos serviços de saúde.⁶

As mulheres que sofrem agressão sexual estão mais sujeitas a desenvolver problemas envolvendo a vida social, afetiva, sexual e profissional. Esse conjunto de adversidades favorece o surgimento de sintomas psiquiátricos e distúrbios psicossomáticos, como transtornos de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, abuso de substâncias psicoativas. Além disso, estão expostas a contraírem ISTs e terem gravidez indesejada.^{6,7,8}

Dentre os grupos mais propensos a sofrer violência, estão as pessoas do sexo feminino enquanto infante-juvenis e as pessoas com deficiência (PcD). E a situação de dependência emocional, física e financeira dos responsáveis, contribuem para a pouca notoriedade da real condição deste problema.^{9,10}

Neste sentido, à medida que as crianças crescem, na puberdade, elas podem sofrer assédio ou agressão sexual na própria casa, comunidade ou escola ou ter sua primeira experiência sexual forçada¹¹ e, diferentemente do relato de vítimas adultas, as crianças vítimas de abuso sexual nem sempre denunciam imediatamente o ataque.¹² Conforme o tipo de ligação e credibilidade dos responsáveis, crianças e adolescentes podem ficar submetidos ao poder do perpetrador por longos períodos.¹³

Ademais, destaca-se que crianças que sofreram maus-tratos na infância, como o abuso sexual, apresentaram sequelas que costumaram durar até a idade adulta, incluindo mudanças de longo prazo na estrutura cerebral, problemas de saúde mental e física, comportamentos de risco, problemas com o funcionamento social e redução da expectativa de vida.¹⁴

Por outro lado, as PcD são provavelmente mais vulneráveis à agressão sexual devido a uma variedade de fatores, incluindo menor capacidade de fugir ou combater o agressor, expectativa de maior conformidade, maior tolerância à intrusão física, dependência de outras pessoas para cuidados pessoais, déficits nas habilidades de comunicação e incapacidade de implementar salvaguardas eficazes.³ No estudo de Blake et al.¹⁵ os estupros envolvendo mulheres com doença mental foram duas vezes mais frequentes no grupo de adultos. Estima-se que, pelo menos uma vez durante a sua vida, cerca de cinquenta por cento das mulheres com doença mental grave sofram violência sexual.

Ao se tratar de mulheres em idade adulta, o tipo de violência mais frequente é a praticada pelos parceiros íntimos. Parceiro íntimo, não necessariamente envolvendo todas essas dimensões, consiste em uma pessoa com quem se tem um relacionamento pessoal próximo que

pode se caracterizar pela conexão emocional entre os parceiros, contato regular, contato físico contínuo, comportamento sexual e conhecimento sobre as vidas de cada um.⁴ Portanto, esse tipo de coerção tem reconhecimento dificultado pela crença da relação íntima ser privada, e pela não percepção de que a relação sexual sem a permissão da mulher consiste em violência.¹

Logo, nesse contexto, para reduzir a agressão sexual, é necessário intervir na redução da perpetração da agressão sexual¹⁶, o que torna este estudo relevante que tem por objetivos: caracterizar a violência sexual sofrida por mulheres atendidas no Instituto Médico Legal (IML) de Imperatriz – Maranhão no período de 2014 a 2017, analisar o perfil social das mulheres que sofreram violência sexual, caracterizar a maneira como a agressão ocorreu e avaliar a relação entre o agressor sexual e a vítima.

MÉTODO

Estudo transversal, retrospectivo, quantitativo e descritivo, cuja amostra foi formada por todas as fichas dos relatórios forenses de mulheres vítimas de violência sexual atendidas no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2017 no Instituto Médico Legal, da cidade de Imperatriz – MA, que é o centro de referência nessa macrorregião para todos os exames forenses, incluindo todos os casos de violência sexual.

O recrutamento dos dados ocorreu no período de abril a agosto de 2019, através de busca ativa nas fichas de relatórios forenses do arquivo de conjunção carnal do citado local da pesquisa, cuja coleta das informações das vítimas se deram segundo um roteiro desenvolvido especificamente para este estudo baseado nessas fichas. Foram excluídas todas as fichas que não estavam preenchidas, portanto foram selecionadas 490 fichas.

Foram analisadas as variáveis sociodemográficas, como a idade da vítima (em anos), local de residência, ocupação, presença ou ausência de deficiência física e/ou mental. As características da violência sexual, como a ocorrência de conjunção carnal, comportamentos sexuais consensuais da vítima anteriores a violência, recorrência da agressão, maneira como a

violência foi praticada, local do ocorrido, suspeita de gravidez decorrente da violência, profilaxias e encaminhamentos realizados. Ademais, foram analisadas as variáveis relacionadas ao agressor sexual, envolvendo a identificação do perpetrador baseada na sua relação com a vítima, o uso de substâncias antes/durante a prática violenta e se este fez o uso de preservativo.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a amostra foi descrita segundo características gerais da vítima, características gerais da violência sexual e perfil do agressor através das frequências absolutas (n) e relativas (%). Em seguida, foi verificada a associação entre as variáveis com a ocorrência de conjunção carnal, por meio de análise inferencial utilizando-se o teste exato de Fisher. Levou-se em consideração intervalo de confiança de 95% (IC95%). Os dados foram analisados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences - SPSS versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Em relação ao aspecto ético, obteve-se a anuência do Instituto Médico Legal de Imperatriz para coletar os dados e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob o parecer nº: 3.020.233, CAAE: 99424518.8.0000.5087.

RESULTADOS

Os resultados analisados demonstraram que a faixa etária mais frequente foi de 10 a 14 anos, 259 vítimas (52,9%). Considerando a ocupação das mulheres, predominou ser estudante com 382 (78,0%). No tocante ao estado de saúde da vítima, 24 (4,9%) apresentaram algum tipo de deficiência, seja física, mental ou física e mental, com destaque para a deficiência mental, com 21 vítimas (4,3%). Quanto à procedência, 331 (67,6%) eram de outras cidades do Maranhão e Imperatriz contou com 159 vítimas (32,4%) e 288 (58,8%) negaram histórico sexual consensual anterior à violência. A distribuição das características gerais da vítima é descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Características gerais da vítima.

	n	%
Faixa etária		
4 anos ou menos	30	6,1
De 5 a 9 anos	71	14,5
De 10 a 14 anos	259	52,9
De 15 a 18 anos	65	13,3
De 19 a 25 anos	34	6,9
De 26 a 40 anos	21	4,3
De 41 a 60 anos	8	1,6
Ocupação		
Estudante	382	78,0
Não informada	32	6,5
Do lar	28	5,7
Menor	17	3,5
Lavradora	8	1,6
Doméstica	4	0,8
Auxiliar administrativo	2	0,4
Outros	17	3,5
Pessoa com deficiência		
Física	1	0,2
Mental	21	4,3
Mental e Física	2	0,4
Não possui deficiência	466	95,1
Cidade		
Imperatriz	159	32,4
Açailândia	55	11,2
Balsas	30	6,1
Buriticupu	25	5,1
Amarante do Maranhão	22	4,5
João Lisboa	22	4,5
Senador La Rocque	21	4,3
Bom Jesus das Selvas	15	3,1
Campestre do Maranhão	15	3,1
Governador Edison Lobão	15	3,1
Porto Franco	11	2,2
Outros	100	20,4
Já teve relação sexual consensual antes?		
Não	288	58,8
Sim	173	35,3

Fonte: Autora (2019)

As características da violência sexual, conforme descritas na Tabela 2, mostraram que 336 (68,6%) casos de violência cursaram com conjunção carnal confirmada. Quanto ao local de ocorrência de penetração peniana, a região vaginal prevaleceu, com 332 (68,0%) casos. Além disso, 143 (29,2%) das vitimadas sofreram violência por ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Em se tratando da recorrência de agressões, observou-se que 232 (47,4%) casos foram notificados na primeira vez em que ocorreram. No que se refere à maneira como a violência foi praticada, destacaram-se os atos de estupro de vulnerável com 232 (39,1%) seguido de estupro, 117 (19,7%). Em se tratando do local do ocorrido, 231 (51,6%) casos ocorreram na residência da vítima. Quanto a realização de profilaxias, somente 80 (16,3%) o fizeram, sendo que prevaleceu o uso de contraceptivo de emergência e a profilaxia contra ISTs, com 60 (75%). No tangente ao realizarem atendimento no IML, a maioria 90 (33,3%), foram encaminhadas para o setor hospitalar e ao conselho tutelar com 80 (29,6%).

Tabela 2. Características gerais da violência sexual.

	n	%
Ocorrência de conjunção carnal		
Sim	336	68,6
Não	143	29,2
Suspeita	11	2,2
Região penetrada		
Vaginal	332	68,0
Anal	7	1,4
Oral	11	2,3
Sem penetração	138	28,3
Foi a primeira vez que ocorreu a agressão?		
Não	203	41,4
Sim	232	47,4
Não informado	55	11,2
Violência praticada		
Estupro de vulnerável	232	39,1
Estupro	117	19,7
Manipulação genital	91	15,1
Agressão física	67	11,3
Grave ameaça	38	6,4
Violência psicológica	1	0,2

Não especificada	49	8,2
Local do ocorrido		
Residência da vítima	231	51,6
Residência do agressor	117	26,1
Via pública	45	10,0
Motel	13	2,9
Casa da avó	11	2,5
Mato	9	2,0
Casa abandonada	6	1,3
Colégio	5	1,1
Outros	11	2,5
Fez uso de medicação de profilaxia?		
Não	277	56,5
Sim	80	16,3
Não respondido	133	27,2
Qual profilaxia?		
Contraceptivo de emergência	5	6,3
Profilaxia contra ISTs	15	18,7
Contraceptivo e Profilaxia contra ISTs	60	75,0
Encaminhamentos		
Conselho tutelar	80	29,6
Hospital	90	33,3
Psicólogo	65	24,1
Secretaria de Assistência Social	31	11,5
Secretaria da Mulher - CRAM	2	0,7
Abrigo	1	0,4
Psiquiatria	1	0,4

Fonte: Autora (2019)

Na tabela 3 encontram-se demonstradas as principais características do agressor sexual, onde 399 (84,52%) destes possuíam algum grau de proximidade com a vítima. Sendo predominante a condição de ser vizinho, com 82 (17,4%), seguido de parentes tais como avô, padrinho, primo, sobrinho e tio, com 74 (15,67%). No que se refere ao uso de substâncias pelo perpetrador, 206 (69,5%) destes não o fizeram. Ademais, em 219 (55,6%) relatórios periciais constatou-se o não uso de preservativo pelo agressor.

Tabela 3. Características gerais do agressor.

	F	%
Relação do agressor com a vítima		
Conhecido	57	12,07

Desconhecido	73	15,47
Esposo/Namorado	68	14,4
Ex - parceiro	7	1,48
Médico	1	0,2
Padrasto	56	11,9
Pai	50	10,6
Parentes	74	15,67
Professor	4	0,8
Vizinho	82	17,4
Uso de alguma substância pelo agressor		
Substância	n	%
Álcool	53	17,9
Drogas	20	6,8
Sim/substancia não especificada	17	5,8
Não	206	69,5
Uso de preservativo pelo agressor		
Não	219	55,6
Sim	68	17,3
Não se aplica	107	27,2

Fonte: Autora (2019)

Observou-se na tabela 4, que a ocorrência de conjunção carnal foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com destaque para a faixa etária de 10 a 14, com 193 (57,4%). Em relação ao histórico sexual consensual anterior a agressão, a maioria das vítimas referiram não serem virgens, 160 (47,6%). E a não ocorrência de conjunção carnal ($p < 0,001$) predominou em vítimas sem passado sexual consensual, sendo 130 (90,9%), onde se pode associar à faixa etária predominante que foi de mulheres adolescentes.

Ao se analisar o aspecto de ser a primeira vez da ocorrência de agressão, predominou ser a primeira vez para 170 (50,6%), cujo valor de p ($p = 0,014$). No tocante à questão de ocorrência de sangramento, este não esteve presente na maioria das vezes com 145 (43,2%), e foi estatisticamente significativa. Já em relação à suspeita de gravidez, 278 (82,7%), referiram não ter ocorrido, com valor de p ($p < 0,001$). Quanto ao local do episódio de agressão, a grande maioria, 142 (42,3%), destacou ter sido no domicílio da vítima ($p < 0,001$).

Nos casos em que ocorreu conjunção carnal, a análise inferencial apontou significância estatística para as variáveis relação entre o agressor e a vítima, na qual predominou ser o

parceiro íntimo com 65 (19,3%), seguido de agressor desconhecido 62 (18,5%) e o uso do preservativo, no qual 185 (55,1%) dos casos informaram não terem feito o uso do mesmo. Já nos casos em que não houve conjunção carnal, predominaram os agressores que possuíam algum grau de parentesco com a vítima, 37 (25,8%), com valor de p ($p < 0,001$).

Tabela 4. Associação da violência sexual segundo as características da vítima, da agressão e do agressor sexual relacionada a ocorrência de conjunção carnal.

Características	Ocorrência de conjunção carnal								p-valor*
	Sim		Não		Suspeita		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária									<0,001
4 anos ou menos	7	2,1	22	15,4	1	9,1	30	6,1	
De 5 a 9 anos	20	6,0	49	34,3	2	18,2	71	14,5	
De 10 a 14 anos	193	57,4	58	40,6	8	72,7	259	52,9	
De 15 a 18 anos	57	16,9	8	5,5	0	0	65	13,3	
De 19 a 25 anos	31	9,2	3	2,1	0	0	34	6,9	
De 26 a 40 anos	20	6,0	1	0,7	0	0	21	4,3	
De 40 a 60 anos	7	2,1	1	0,7	0	0	8	1,6	
Acima de 60 anos	1	0,3	1	0,7	0	0	2	0,4	
Ocupação									0,001
Estudante	257	76,5	115	80,4	10	90,9	382	78,0	
Não informada	24	7,1	7	4,9	1	9,1	32	6,5	
Do lar	25	7,4	3	2,1	0	0	28	5,7	
Menor	3	0,9	14	9,8	0	0	17	3,5	
Lavadora	7	2,1	1	0,7	0	0	8	1,6	
Doméstica	3	0,9	1	0,7	0	0	4	0,8	
Auxiliar administrativo	2	0,6	0	0	0	0	2	0,4	
Outros	15	4,5	2	1,4	0	0	17	3,5	
Histórico sexual consensual anterior a agressão									<0,001
Não	148	44,0	130	90,9	10	90,9	288	58,8	
Sim	160	47,6	12	8,4	1	9,1	173	35,3	
Não respondido	28	8,4	1	0,7	0	0	29	5,9	
Foi a primeira vez que ocorreu a agressão?									0,014
Não	137	40,8	60	42,0	6	54,5	203	41,4	
Sim	170	50,6	57	39,9	5	45,5	232	47,3	
Não respondido	29	8,6	23	16,0	0	0	52	10,6	
Não se aplica	0	0	3	2,1	0	0	3	0,7	
Houve sangramento									<0,001
Não	145	43,2	104	72,7	7	63,6	256	52,2	
Sim	71	21,1	2	1,4	1	9,1	74	15,1	
Não respondido	120	35,7	37	25,9	3	27,3	160	32,7	

Suspeita de gravidez decorrente da violência									<0,001
Não	278	82,7	138	96,5	11	100,0	427	87,1	
Sim	32	9,5	0	0	0	0	32	6,5	
Não respondido	23	6,9	4	2,8	0	0	27	5,5	
Gestação prévia	3	0,9	1	0,7	0	0	4	0,9	
Local do ocorrido									0,038
Residência da vítima	142	42,3	81	56,6	8	72,7	231	47,1	
Residência do agressor	86	25,6	29	20,3	2	18,2	117	23,9	
Via pública	40	11,9	5	3,5	0	0	45	9,2	
Motel	12	3,6	1	0,7	0	0	13	2,8	
Casa da avó	4	1,2	7	4,9	0	0	11	2,2	
Mato	7	2,1	2	1,4	0	0	9	1,8	
Casa abandonada	4	1,2	2	1,4	0	0	6	1,2	
Escola	3	0,9	2	1,4	0	0	5	1,0	
Outros	9	2,6	2	1,4	0	0	11	2,2	
Não respondido	29	8,6	12	8,4	1	9,1	42	8,6	
Uso de medicação de profilaxia									<0,001
Não	162	48,2	108	75,5	7	63,6	277	56,5	
Sim	75	22,3	4	2,8	1	9,1	80	16,3	
Não respondido	99	29,5	31	21,7	3	27,3	133	27,2	
Relação do agressor com a vítima									<0,001
Vizinho	55	16,4	24	16,8	3	27,3	82	16,7	
Padrinho	1	0,3	1	0,7	0	0	2	0,4	
Médico	1	0,3	0	0	0	0	1	0,2	
Desconhecido	62	18,5	11	7,7	0	0	73	14,9	
Parentes	32	9,5	37	25,8	2	18,2	71	14,5	
Parceiro íntimo	65	19,3	2	1,4	1	9,1	68	13,9	
Conhecido	44	13,1	12	8,4	1	9,1	57	11,7	
Padrasto	26	7,7	27	18,9	3	27,3	56	11,4	
Pai	26	7,7	23	16,1	1	9,1	50	10,2	
Ex - parceiro	7	2,1	0	0	0	0	7	1,4	
Professor	3	0,9	1	0,7	0	0	4	0,8	
Não respondido	14	4,2	5	3,5	0	0	19	3,9	
Uso de preservativo									<0,001
Não	185	55,1	30	21,0	4	36,4	219	44,7	
Sim	68	20,2	0	0	0	0	68	13,9	
Não respondido	82	24,4	11	7,7	3	27,3	96	19,6	
Não se aplica	1	0,3	102	71,3	4	36,4	107	21,8	

Fonte: Autora (2019)

DISCUSSÃO

Diante dos resultados analisados, com relação à idade, nossos achados, foram semelhantes à pesquisa que avaliou as características dos casos de violência sexual perpetrada contra mulheres em Santa Catarina, e com o estudo que buscou identificar a incidência de violência sexual contra crianças e adolescentes em Recife, cuja a faixa etária predominante foi de 10 a 14 anos.^{1,9} Cenário este que se assemelha à realidade brasileira, onde 39,5% dos casos de violência sexual contra crianças ocorrem em vítimas entre 10 e 14 anos.¹⁷

Ademais, destaca-se que nessa faixa etária, são mais vulneráveis a serem vitimadas, o que pode estar relacionado à questão de não saber como reagir diante dessa situação, quer por falta de maturidade, pelo não entendimento do que está acontecendo, ou por vergonha e medo do agressor, aspectos que corroboram com diversos estudos^{6, 17, 18}

No que tange a ocupação exercida pela vítima, os resultados desse estudo mostraram-se semelhantes aos da pesquisa que analisou as características da vítima, da violência, do agressor e do atendimento hospitalar recebido por mulheres em um hospital público no Ceará¹⁹, em que 50,9% das vítimas eram estudantes.

Quanto a violência praticada contra PcD, 4,9% dos casos possuíam algum tipo de deficiência física, mental ou ambas. Esses achados se assemelharam aos dados encontrados no estudo de Souto, RQ et al.²⁰, que caracterizava o perfil da vítima e do agressor da violência sexual a pessoas com deficiência, e divergiram do estudo de Sena, CAD et al.⁹ Destacou-se a condição de deficiência como um fator importante de vulnerabilidade para sofrer violência, haja vista que os agressores contaram com a omissão da denúncia e a impunidade, pela condição do agredido.

Em se tratando do histórico sexual da mulher vítima de VS, vale ressaltar que a violência sofrida em idade precoce muitas vezes acomete a mulher que ainda não iniciou a vida sexual²¹, resultados estes que corroboram com os achados neste estudo, onde 58,8% das

mulheres não tiveram relações sexuais consensuais anteriores à VS, fato que pode ser atribuído à idade precoce.

Com isto, pôde-se observar que, independente da relação do agressor com a vítima, a proporção de histórico de vitimização por violência sexual aumenta quanto mais indefesa é a pessoa. Assim, comparando os nossos achados com o estudo de Cerqueira e Coelho²², percebeu-se que houve semelhança nos dados entre a chance de alguém sofrer estupros recorrentes ser maior dentro de um ambiente de relacionamentos pessoais e intrafamiliares.

No que concerne à forma como a violência ocorreu, estudiosos apontaram que a agressão sexual de crianças e adolescentes não representa um evento isolado, em geral, costuma estar acompanhada de outras situações violentas, como violência física, psicológica, dentre outras. Todavia, o baixo índice de notificação das coocorrências de violência, prejudica a identificação dos casos e subestima a importância do reconhecimento dos mesmos. Os resultados encontrados nesse estudo mostraram a predominância nos registros de estupro de vulnerável, em que o contato sexual é caracterizado como abusivo com base na imaturidade psicossocial da vítima e, portanto, sua incapacidade de consentir¹⁵. Ressalta-se ainda que no estudo de Nunes et al.¹⁹, os agressores usaram outros meios de violência, como a agressão física, ameaças às vítimas com objetos contundente ou cortante e armas de fogo, dentre outros, para conseguir realizar tais atos.

Com relação a ocorrência de conjunção carnal e local de penetração peniana e ao uso de preservativo, os resultados obtidos nesse estudo assemelharam-se a outras pesquisas realizadas, em que houve predomínio de penetração vaginal e sem o uso de preservativo.^{19, 23} Nessas circunstâncias, a vítima foi submetida ao risco de gravidez indesejada e às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo hepatite viral e HIV.¹⁵ Visando minimizar essas consequências potenciais à saúde física e sexual, os serviços de saúde devem oferecer atendimento imediato às vítimas de VS. Isso inclui o tratamento de lesões físicas e a

consideração dos testes de IST e da profilaxia pós-exposição ao HIV. Ademais, a contracepção de emergência deve ser oferecida de maneira não-coercitiva e sem julgamento.²⁴

Muitos estudos^{15, 19, 22} afirmaram que a violência sexual no Brasil é um tipo de violência doméstica nas diversas faixas etárias, devido a maior frequência dos casos de VS ocorrerem na residência da vítima, seja ela praticada por familiares ou por parceiro íntimo. Tais dados corroboram com os resultados desta pesquisa, quanto ao local de ocorrência, e isto traz a reflexão de que, em algumas circunstâncias, as esferas social e familiar podem não representar proteção e segurança. A ausência de testemunhas, a omissão e a cumplicidade familiar ou de terceiros (amigos, vizinhos), quanto à denúncia, agravam ainda mais o evento e as suas consequências, somadas às dificuldades referentes ao processo de revelação pela vítima¹³

No tocante a suspeita de gravidez decorrente da violência, os resultados do nosso estudo diferiram dos encontrados na pesquisa de Koçtürk, N., & Yüksel, F.²⁵ em que apenas 3,3% das vítimas tinham histórico de gravidez em decorrência desse abuso. O grande problema de uma gestação indesejada proveniente de violência sexual está na revitimização da mulher, somada aos traumas físicos e psicológicos e ao risco de ISTs. Além disso, a gravidez pode ser o motivo do primeiro encontro de uma mulher com uma unidade de saúde após um ataque prévio.²⁶

Em se tratando da realização de profilaxias, a Norma Técnica “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”²⁷ do Ministério da Saúde não recomenda a realização de profilaxia de IST não virais e do HIV e da imunoprofilaxia da hepatite B quando não houver penetração vaginal ou anal, ou quando a violência sexual for crônica e prolongada, perpetrada pelo mesmo agressor, sendo que essa forma de agressão é a mais comum nas crianças. Lamentavelmente, a maioria das vítimas procura atendimento para tratamento após 72 horas de abuso sexual, o que reflete em ser uma minoria apta a receber profilaxia para ISTs devido ao tempo do ocorrido.⁷ De uma maneira geral, isto pode ocorrer porque na maioria das vezes o agressor oprime a vítima, ou tenta esconder o caso.²²

Em relação aos encaminhamentos realizados, nossos dados corroboram com o estudo de Nunes et al.¹⁹ onde houve predomínio de encaminhamentos ao setor hospitalar, para a realização de procedimentos, exames e profilaxias (HIV, IST e Hepatite B), além dos encaminhamentos às Instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (Conselhos Tutelares, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS).²⁸

Corroborando com achados de pesquisas realizadas em distintos contextos e países^{2, 25}, os resultados deste estudo mostraram que, a maioria dos autores de agressões sexuais foram apontados pelas vítimas como conhecidos ou como figuras de autoridade. E diversos estudos^{28,29} demonstraram que as complicações físicas e psicológicas da agressão sexual intrafamiliar podem ter consequências mais graves do que quando agredidos por um estranho.

Ao contrário do que se esperava encontrar, o uso de substâncias antes/durante a prática violenta pelo agressor não foi prevalente. No entanto, este aspecto, não foi inexpressivo, em pesquisa realizada na Turquia que avaliou as características das vítimas e autores de abuso sexual intrafamiliar, onde apenas 22,2% dos agressores fizeram uso de álcool e 10,2% usaram outras substâncias.²⁵ Assim como, apresentou semelhança com um estudo nacional⁶, em que 21,7% dos autores de violência sexual foram suspeitos de terem ingerido bebida alcoólica. Todavia, os resultados do presente estudo podem estar subestimados, pois parte das vítimas, desconheciam o consumo de alguma substância pelo agressor ou a resposta estava ausente na ficha.

CONCLUSÃO

Por meio da realização dessa pesquisa, foi possível concluir que:

O perfil social das mulheres que sofreram violência sexual foi caracterizado pela faixa etária de 10 e 14 anos e não oriundas de Imperatriz. Eram estudantes, não portadoras de deficiência e não haviam iniciado vida sexual.

A maneira como a agressão ocorreu foi por estupro de vulnerável em menores de 14 anos, estupro em mulheres acima dessa idade, com penetração peniana na região vaginal, ocorrido pela primeira vez, praticados no domicílio da vítima e que foram encaminhadas para o hospital.

A relação entre o agressor sexual e a vítima foi de proximidade, tratando-se em sua maioria de familiares, pessoas da comunidade em que moravam que não fizeram uso de substâncias para a prática violenta e nem uso de preservativo.

A partir desse cenário reforça-se a necessidade de dar visibilidade às agressões, visto a elevada vulnerabilidade desse grupo populacional, o que sugere a necessidade de sensibilização e envolvimento da família e da comunidade nas ações e programas de prevenção e proteção mais eficientes. Além disso, possibilitar o estabelecimento de medidas protetivas, a partir de uma sociedade atenta e ativamente contrária à violência, a qual poderá colaborar para que tais situações não se tornem recorrentes como destacaram os estudos de Delziovo, et al, e Souza, et al. ^{1,28}

Ademais, espera-se que a pesquisa possa servir de apoio para subsidiar políticas públicas sobre a violência sexual, haja vista, os achados se tornarem indicadores capazes de contribuir para o desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares. Almeja-se, ainda, ter demonstrado a relevância de mitigar o conhecimento acerca dos impactos do abuso e das características das vítimas, como informações úteis para tomadas de medidas com o intuito de reduzir o número de casos. Sugere-se que novos estudos nesta abordagem em caráter prospectivo sejam realizados com vista a retratar a situação atual da região estudada, devido à limitação de estudos transversais, especificamente retrospectivos, por não retratarem a realidade do momento.

REFERÊNCIAS

1. Delziovo, CR, Bolsoni, CC, Nazário, NO, & Coelho, EBS. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica*, 2017; 33, e00002716.
2. Sodipo, OO, Adedokun, A, Adejumo, AO, & Olibamoyo, O. The pattern and characteristics of sexual assault perpetrators and survivors managed at a sexual assault referral centre in Lagos. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 2018; 10(1), e1–e5.
3. Crawford-Jakubiak, JE, Alderman, EM, Leventhal, JM, & Committee on Child Abuse and Neglect. Care of the adolescent after an acute sexual assault. *Pediatrics*, 2017; 139(3), e20164243.
4. Breiding, M, Basile, KC, Smith, SG, Black, MC, & Mahendra, RR. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. 2 ed. 2015.
5. Sousa, MHD, Bento, SF, Osis, MJD, Ribeiro, MDP, & Faúndes, A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev Bras Epidemiol*, 2015; 18, 94-107.
6. Kataguri LG, Scatena LM, Rodrigues LR, Castro SS. Caracterização da violência sexual em um estado da Região Sudeste do Brasil. *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]*. 2019 [2019 Out 22]; 28:e20180183. [Cerca de 17 p.] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100373&lng=en.
7. Sousa, TCCD, Coelho, ASF, Mattos, DVD, Valadares, JG, Lima, MRGD, Costa, PS, & Sousa, MAA. Características de mulheres vítimas de violência sexual e abandono de seguimento de tratamento ambulatorial. *Cad Saude Colet*, 2019; 27(2), 117-123.
8. Trigueiro, TH, Silva, MHD, Oliveira, DMD, Jesus, MCPD, & Merighi, MAB. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(1):e6490015.
9. Sena, CAD, Silva, MAD., & Falbo Neto, GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Cien Saude Colet*, 2018; 23, 1591-1599.
10. Justino, LCL., Nunes, CB, de Souza Gerck, MA., Fonseca, SSO, Ribeiro, AA, & Paranhos Filho, AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015; 36, 239-246.
11. Lundgren, R, & Amin, A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health*, 2015; 56(1), S42-S50.
12. Hu, MH, Huang, GS, Huang, JL, Wu, CT, Chao, AS, Lo, FS, & Wu, HP. Clinical characteristic and risk factors of recurrent sexual abuse and delayed reported sexual abuse in childhood. *Medicine (Baltimore)*, 2018; 97(14): e0236.

13. Oliveira, JRD, Costa, MCO, Amaral, MTR, Santos, CA, Assis, SGD., & Nascimento, OCD. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciê. Saúde Colet*, 2014; 19, 759-771.
14. de Matos, KJN., Pinto, FJM., & Stelko-Pereira, AC. Violência sexual na infância associa-se a qualidade de vida inferior em universitários. *J. bras. psiquiatr.* [periódico na internet], 2018: [acesso 2019 Set 20]; vol.67, n.1, [Cerca de 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000100010&lng=en
15. de Toledo Blake, M, Drezett, J, Vertamatti, MA, Adami, F, Valenti, VE, Paiva, AC, & de Abreu, LC. Characteristics of sexual violence against adolescent girls and adult women. *BMC Womens Health*, 2014; 14(1), 15.
16. Neilson, EC, Bird, ER, Metzger, IW, George, WH, Norris, J, & Gilmore, AK. Understanding sexual assault risk perception in college: Associations among sexual assault history, drinking to cope, and alcohol use. *Addict behav.*, 2018; 78, 178-186.
17. Chehab MAD, Paiva LS, Figueiredo FWS, Daboin BEG, Reato LFN, Adami F. sexual abuse characteristics in Santo André, São Paulo, Brazil: from victims to aggressors, from diagnosis to treatment. *J Hum Growth Dev*, 2017; 27(2): 228-234.
18. Santos, MDJ., Mascarenhas, MDM., Malta, DC, Lima, CM, & Silva, MMAD. Prevalência de violência sexual e fatores associados entre estudantes do ensino fundamental – Brasil, 2015. *Cien Saude Colet*, 2019; 24(2), 535-544.
19. Nunes MC, Lima RF, de Moraes NA. Violência sexual contra mulheres: um estudo comparativo entre vítimas adolescentes e adultas. *Psicol Ciênc Prof* [periódico na Internet]. 2017: [acessado 2019 Set 20]; 37(4): [Cerca de 13 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400956&lng=pt&nrm=iso
20. Souto, RQ, da Silva Leite, CC, de França, ISX, & Cavalcanti, AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. *Cogitare Enfermagem*, 2012; 17(1), 72-77.
21. Procópio, EVP, Feliciano, CG, Katz, CRT e Silva, KVP. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Cien Saúde Colet* [periódico na Internet], 2014: [acessado 2019 Set 16] v. 19, n. 6. [Cerca de 8p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601961&lng=en
22. Cerqueira, D, & Coelho, D. D. S. C. (2014). Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar).
23. Seyller, M, Denis, C, Dang, C, Boraud, C, Lepresle, A, Lefèvre, T, & Chariot, P. Intimate partner sexual assault: traumatic injuries, psychological symptoms, and perceived social reactions. *Obstet Gynecol.*, 2016; 127(3), 516-526.

24. Barker, LC, Stewart, DE, & Vigod, SN. Intimate partner sexual violence: An often overlooked problem. *J Womens Health (Larchmt)*, 2019; 28(3), 363-374.
25. Koçtürk, N, & Yüksel, F. Characteristics of victims and perpetrators of intrafamilial sexual abuse. *Child Abuse Negl.*, 2019; 96, 104122.
26. Vrees, RA. Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet Gynecol Surv.*, 2017; 72(1), 39-53.
27. Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (3a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012
28. Souza, CDS, Costa, MCO, Assis, SGD, Musse, JDO, Sobrinho, CN, & Amaral, MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cien Saúde Colet*, 2014; 19, 773-784.
29. Fontes, LFC, Conceição, OC, & Machado, S. Violência sexual na adolescência, perfil da vítima e impactos sobre a saúde mental. *Cien Saúde Colet*, 2017; 22, 2919-2928.

ANEXOS



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

A revista *Ciência & Saúde Coletiva – C&SC* – publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência, Tecnologia e Inovação.

Política de Acesso Aberto C&SC é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da revista C&SC, dentro da diversidade de periódicos da área, é o seu foco temático, segundo o propósito da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco – de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da Saúde Pública do país. Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de Saúde Coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial, o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “*Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas*”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na Internet, como por exemplo, ICMJE Recommendations ou nas normas da mesma publicação. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

IMPORTANTE: C&SC não pratica cobrança de taxas e de encargos para submissão e publicação de artigos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico da plataforma **Scholar One** – <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> – segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2017.htm> e <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais

de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11...

2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

3. As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

4. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

5. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

6. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.