



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MARIA GABRIELLE RIBEIRO

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

Tubarão

2019

MARIA GABRIELLE RIBEIRO

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

LINHA DE PESQUISA: Investigação de agravos à saúde de origem infecciosa

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Fabiana Schuelter Trevisol, Dra.

Tubarão

2019

Ribeiro, Maria Gabrielle, 1992-
R36 Violência sexual e adesão ao protocolo de atendimento de um
hospital do Sul do Brasil / Maria Gabrielle Ribeiro ; -- 2019.
63 f. ; 30 cm.

Orientadora : Profa. Dra. Fabiana Schuelter Trevisol.
Dissertação (mestrado)–Universidade do Sul de Santa
Catarina, Tubarão, 2019.
Inclui bibliografias.

1. Crime sexual. 2. Vítimas de estupro – Cuidados médicos.
3. Agentes antirretrovirais. 4. Doenças – Registros de casos. I.
Trevisol, Fabiana Schuelter. II. Universidade do Sul de Santa
Catarina – Mestrado em Ciências da Saúde. III. Título.

CDD (21. ed.) 614.547



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Violência sexual e os fatores associados à adesão ao protocolo de atendimento

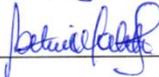
MARIA GABRIELLE RIBEIRO

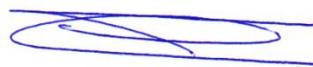
AUTOR

Aprovado pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 26 de agosto de 2019.

Doutora Fabiana Schuelter Trevisol (orientador) _____ 

Doutora Carmem Regina Delziovo (avaliador externo – SES/SC) _____ 

Doutora Betine Pinto Moehleck Iser (avaliador interno) _____ 



Professor Doutor Jefferson Traebert

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNISUL

Dedico às pessoas mais importantes da minha vida: minha família. Mãe, pai, meu irmão, minha cunhada e meu sobrinho. Amo todos vocês mais do que consigo colocar em palavras.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por todo seu amor.

Agradeço em especial àqueles que sempre apoiam minhas decisões e em momento algum duvidaram da minha capacidade: meus pais Lúcia Beckhauser Ribeiro e Valmir Ribeiro. Agradeço pela vida que me deram e por serem os melhores pais do mundo.

Ao meu irmão Humberto Beckhauser Ribeiro e minha cunhada Daiane Rodrigues dos Santos, por eu ter a sorte de ter vocês ao meu lado.

Ao pequeno Gabriel Rodrigues Beckhauser, por suportar meus momentos de ausência.

Ao querido Victor Fernandes Feiten, pelos sorrisos diários, porque você fez, faz e fará sempre parte de minha história!

A Professora Doutora Fabiana Schuelter Trevisol, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste projeto.

A minha amiga e colega de trabalho Fernanda Pillati, que sempre ofereceu seu ombro amigo.

Agradeço a minha equipe da clínica Sonitec e meus gestores, por todo apoio e torcida.

Ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, que guardo com muito carinho, em especial à equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, obrigada por toda ajuda.

Desejo igualmente agradecer a todos os meus colegas do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, especialmente ao Rick Wilhiam de Camargo e Alexandre Piccinini, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pelo apoio e ensinamentos.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“Não é a saída do porto, mas a chegada que determina o sucesso de uma viagem”.

(Henry Ward Beecher)

RESUMO

Introdução: A violência sexual é um fenômeno de difícil compreensão e produz consequências traumáticas para quem sofre a agressão, incluindo gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis. A adesão ao protocolo de atendimento é primordial para a efetividade da profilaxia, bem como seguimento ao tratamento da vítima com o objetivo de reduzir maiores danos causados pelo estupro.

Objetivo: Descrever os casos de violência sexual, identificar as características das vítimas e da agressão, adesão à quimioprofilaxia e as coletas sorológicas em um Hospital Geral do Sul do Brasil.

Métodos: Estudo de delineamento de coorte histórica em que foram analisadas as fichas de notificação compulsória de vítimas de violência sexual, dos atendimentos no referido serviço. Foram revisadas as fichas armazenadas no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e alimentados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre janeiro de 2007 e dezembro 2017.

Resultados: Nos anos em estudo, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual. A mediana de idade das vítimas notificadas foi de 14 (IQ 12,25), variando de 1 a 78 anos de idade. Em relação às características sociodemográficas das vítimas de violência sexual, verificou-se que as notificações foram predominantes entre as mulheres (84,7%), raça branca (83,9%), baixa escolaridade com 0 a 8 anos de estudo (43,2%), solteiro(a) (63,6%). O estupro foi o tipo de violência sexual mais notificado (80,5%). Em geral, a totalidade dos agressores foram adultos do sexo masculino, conhecido ou próximo da vítima, com predomínio de um único agressor em mais de 75,4% das violências sexuais. Enquanto 90,7% das vítimas aderiram ao 1º momento do protocolo de atendimento, apenas 5,9% tiveram adesão a todo o seguimento proposto.

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

Descritores: Antirretrovirais. Notificação de Doenças. Violência sexual.

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is a difficult phenomenon to understand, and has traumatic consequences for those who suffer the aggression, including unwanted pregnancies, and sexually transmitted infections. Adherence to the protocol of care is fundamental for the effectiveness of prophylaxis, as well as monitoring the treatment of the victim in order to reduce further damage caused by rape.

Objectives: Describe the cases of sexual violence, identify the characteristics of victims and aggressions, adherence to chemoprophylaxis and serological collection in a General Hospital of Southern Brazil.

Methods: A historical cohort study which the victims of sexual assault files of compulsory notification (from the appointments) were analyzed. The records stored in the Infection Control Service (SCIH) and fed to SINAN between January and December of 2017 were reviewed as well.

Results: During the years of the study, 118 people looked for a hospital care for sexual violence. The average age of the reported victims was 14 (IQ 12.25), ranging from 1 to 78 years of age. Regarding the sociodemographic characteristics of the victims of sexual violence, the reports were predominant among women (84.7%), white race (83.9%), low education with 0-8 years of schooling (43,2%), single (63.6%). Rape was the most reported type of sexual violence (80.5%). In general, the totality of the aggressors were male adults, known or close to the victim, with a single aggressor predominating in more than 75.4% of the sexual violence cases. While 90.7% of the victims adhered to the first moment of the care protocol, only 5.9% had adherence to all the proposed follow-up.

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

Keywords: Antiretrovirals. Disease Notification. Sexual Violence.

LISTAS

Lista de abreviaturas

ABRAHUE – Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino

AE – Anticoncepção de emergência

AHOC – Anticonceptivos hormonais orais combinados

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APICE ON – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

ARV – Antirretroviral

ATV – Atazanavir

AZT – Zidovudina

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DDAHV – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FBI – *Federal Bureau of Investigation*

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

g – Grama

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HPV – Papiloma vírus humano

IFF – Instituto Fernandes Figueira

IM – Intramuscular

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

kg – Quilograma

LVP – Lopinavir

MEC – Ministério da Educação

mg – Miligramas

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PEP – Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual

R – Ritonavir

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF – Tenofovir
UI – Unidades Internacionais
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*
VO – Via oral
3TC – Lamivudina

Lista de quadros

Quadro 1 - Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual (PEP).....	19
Quadro 2 - Esquema Antirretroviral para Profilaxia de Transmissão de HIV em crianças, adolescentes e adultos.....	20
Quadro 3 - Profilaxias das IST não virais em vítimas de violência sexual.....	21
Quadro 4 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.....	22
Quadro 5 - Variáveis de estudo.....	28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1.1 Violência	15
1.1.1.1 Violência Sexual.....	16
1.1.2 Legislação	18
1.1.2.1 Notificação Compulsória.....	18
1.1.2.2 Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas.....	18
1.1.3 Infecções sexualmente transmissíveis	20
1.1.4 Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual	21
1.1.4.1 Adesão ao tratamento e os fatores associados.....	24
2. OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3. MÉTODOS	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	28
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA.....	28
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	28
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	29
3.5 COLETA DE DADOS	29
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	29
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	32
4. ARTIGO	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	45
APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados	45
ANEXOS	47
ANEXO A - Ficha de Notificação Individual – 2014	47
ANEXO B - Ficha de Notificação Individual – 2003	49
ANEXO C - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa	51

ANEXO D – Normas para publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.....	53
-------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

A violência sexual é um fenômeno de difícil compreensão, multifatorial, que produz consequências traumáticas relacionadas ao bem-estar físico e mental de quem sofre com esta agressão^{1,2}. Entre as consequências deste tipo de violência, incluem-se gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis (IST), envolvendo, dentre outros agentes, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)¹.

Segundo levantamentos de dados do Ministério da Saúde (MS)³, no Brasil e no mundo, a morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população entre 1 e 49 anos de idade. Isso causa grande impacto para o poder público e sociedade, com aumento dos custos sociais com cuidados no que tange a prevenção e recuperação à saúde^{3,4}.

Para o MS³, além da repercussão da morbimortalidade, a violência, nas suas mais diversas formas, tem contribuído para os prejuízos na qualidade de vida das pessoas envolvidas na agressão. Representa uma das maiores causas da desestruturação familiar e pessoal, podendo perdurar entre as gerações futuras.

A proporção de casos de violências notificados tem sido maior em mulheres. Dados do MS mostram que no ano de 2015, 67,1% das notificações de violências eram do sexo feminino⁵. Estudos corroboram com os dados anteriores e demonstram a predominância da violência sexual em adolescentes do sexo feminino, na faixa etária de 12 a 14 anos⁶⁻⁸. No que diz respeito aos tipos de violência, a violência física é a mais notificada (64,8%), seguida da violência psicológica (25,7%), negligência (11,6%) e violência sexual (11,3%).

No campo da saúde, a violência sexual contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas vem sendo discutida e faz parte de uma luta incessante para acabar com este tipo de agravo. O atendimento às vítimas de violências faz parte das ações dos serviços de saúde, incluindo os hospitais, sendo obrigatório na rede SUS, contemplando o atendimento, os cuidados quimoprolifáticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social³.

Como forma de consolidação da atenção às violências sexuais, faz-se necessário a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. A notificação é realizada com o preenchimento de uma ficha cujos dados deverão ser alimentados

no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), um sistema de coleta e processamento dos dados de vigilância epidemiológica⁹⁻¹¹. A finalidade da notificação imediata dos casos de vítimas de violência sexual é adiantar o atendimento à vítima da agressão, oportunizando seu acesso às medidas de profilaxia para as IST e a contracepção de emergência².

Com vistas à prevenção ao risco da vítima para o desenvolvimento de IST, o protocolo de atendimento às vítimas de violência sexual, implantado pelo MS, diz respeito a um conjunto de procedimentos adotados no Sistema Único de Saúde. Faz parte deste protocolo de atendimento a avaliação clínica da condição sorológica da pessoa exposta, investigação da ocorrência da exposição, quimioprofilaxia, notificação compulsória, anticoncepção de emergência, tratamento dos agravos resultantes da agressão, acompanhamento por até seis meses da ocorrência e encaminhamento para redes de especialidades de acordo com a necessidade^{1,12,13}.

Em 2017, o MS em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), Ministério da Educação (MEC), Instituto Fernandes Figueira (IFF), Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), lançou o projeto Apice On que é uma estratégia para a articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento, utilizando um modelo baseado em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos^{14,15}.

O local de estudo da presente dissertação faz parte do projeto Apice On sendo que isto motivou a elaboração da pergunta de pesquisa: Qual a adesão a quimioprofilaxia e coletas sorológicas das vítimas de violência sexual atendidas em um Hospital Geral do Sul do Brasil?

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Violência

Conceitua-se como violência o emprego de força física ou intimidação moral, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou uma comunidade. O ato resulta ou

tem a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação¹⁶. Considera-se um grave problema de saúde pública, por sua alta incidência e pelos danos causados a curto e longo prazo, como por exemplo, as consequências relacionadas à saúde física e psicológica das pessoas que sofrem violência^{17,18}.

A prática da violência caracteriza-se por atos contrários à liberdade e à vontade de alguém e influencia na dimensão moral e ética. As características gerais do conceito de violência modificam-se e variam no tempo e no espaço, segundo os padrões culturais de cada grupo ou época¹⁹.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)²⁰, classifica-se a tipologia das violências em três categorias gerais: violência contra si mesmo (autoprovocada ou autoinfligida), violência interpessoal (doméstica e comunitária) e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas). Além disso, existem distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física; violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil e intervenção legal.

1.1.1.1 Violência Sexual

A violência sexual vem sendo discutida e tem recebido importância dos órgãos governamentais e entidades, atendendo as reivindicações feministas de longa data. É compreendida como ato ou tentativa do ato sexual, comentários de conotação sexual indesejáveis contra a sexualidade de uma pessoa, ou a partir de coerção. Caracteriza-se por uso de algum meio, seja este força física, imposição ou intimidação, em que o agressor obriga a vítima a submeter-se ao ato sexual ou à tentativa para tanto^{1,21}, sem restrição de sexo, idade, etnia ou classe social²². Entretanto, é notadamente um problema de saúde pública, em que afeta principalmente pessoas do gênero feminino^{1,21}.

Com repercussão em outros países, a violência sexual representa um agravamento à saúde e reflete no peso social e econômico. Evidencia-se que o problema pode ser mais crítico em países de renda média e baixa, como por exemplo na África do Sul, que apresenta a maior taxa de agressão sexual e já foi apelidada de capital de estupro no mundo²².

A violência deste caráter pode trazer consequências das mais variadas dimensões, dentre elas: gravidez indesejada, abalos psíquicos, deformações físicas e IST^{1,10,21}. Um estudo realizado no Brasil mostrou que, como consequências da violência sexual, 40,7% das vítimas adolescentes apresentaram estresse pós-traumático e 8,7% tiveram como consequência a gravidez indesejada⁸.

Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)⁴, 68,0% dos registros de agravos à saúde em crianças até 13 anos se referem a estupro e quase um terço dos agressores são amigos e conhecidos da vítima; outros 30,0% são familiares mais próximos como pais, mães, padrastos e irmãos.

Estudos internacionais^{23,24} indicam que a violência por parceiro íntimo é frequente em pessoas com IST, e no Brasil, estudos mostraram que em episódios de violência sexual, as vítimas são mais susceptíveis a contrair IST^{25,26}. Apesar do foco da maioria dos estupros por parceiro íntimo colocar a mulher como vítima e o parceiro masculino como agressor, as mulheres também podem assumir o papel de agressoras²⁷. Estudo realizado no Estados Unidos²⁸, em clínicas de planejamento familiar, revelou que mulheres expostas à violência por parceiros íntimos relataram medo de comunicar o diagnóstico da IST ao parceiro sexual.

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos²⁹, com homens heterossexuais, avaliou a relação entre perpetuação de violência por parceiro íntimo e uso inconsistente do preservativo. Este estudo mostrou que homens agressores tinham metade da probabilidade de relatar o uso consistente do preservativo, em comparação com os homens que não praticavam violência. Pessoas que vivenciam a violência por parceiro íntimo demonstram receio de solicitar o uso do preservativo nas relações sexuais, dificultando as práticas preventivas de IST³⁰.

Os percentuais de vítimas de violência sexual podem estar subestimados pelo fato de que apenas parte das vítimas procura atendimento ou denuncia este tipo de violência. Isso ocorre por diversos motivos, dentre eles o medo da represália, humilhação, vergonha e sentimentos de culpa²¹.

É válido ressaltar que a violência sexual é considerada um crime no Brasil, conforme a Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009³¹, sendo a pena de 6 a 10 anos de reclusão para o criminoso, aumentando para 8 a 12 anos se há lesão corporal da vítima ou se a vítima possui entre 14 a 18 anos de idade e para 12 a 30 anos, se a conduta resulta em morte.

1.1.2 Legislação

1.1.2.1 Notificação Compulsória

A notificação compulsória é compreendida como a inscrição de ocorrências de casos individuais, agregados ou surtos, incluindo casos suspeitos ou confirmados de uma morbidade que se enquadra na lista de agravos constante na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Esta lei dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, e estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências³².

Os casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal e autoprovocada devem ser notificados pelos serviços públicos ou privados de saúde. Esta notificação tem o objetivo de produzir informações para gerar intervenções que protejam e garantam o cuidado às pessoas que sofreram violências por meio de uma ação local intersetorial com o envolvimento da saúde, da educação, da assistência social, da segurança pública, dos conselhos tutelares e de defesa de direitos, das defensorias e Ministério Público (MP), dentre outras³³.

Especificamente nos casos de violência contra a mulher, a notificação está estabelecida no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 e regulamentada pela Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e posteriormente da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde³⁴⁻³⁶. Portanto, torna-se obrigatória a todos profissionais de saúde que estão em pleno exercício da sua profissão, dentre eles médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, como também os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino³².

1.1.2.2 Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas

A notificação das violências está garantida na legislação brasileira e tem como instrumento atual de coleta a Ficha de Notificação Individual/Violência sexual/autoprovocada (Anexo A), que é constituída por um conjunto de variáveis e

categorias que caracteriza a pessoa que sofreu a violência, e o provável autor da agressão. Os dados coletados por meio desta ficha são processados no SINAN, que funciona como ferramenta com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população³⁷.

Ao longo dos anos, verifica-se a mobilização do MS na implementação de medidas voltadas às situações de violência. Entre elas, está a publicação da Portaria nº 1.968, que estabeleceu a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do SUS³⁸.

Em 2003, o MS publicou a Lei nº 10.778, de 26 de novembro de 2003, estabelecendo a notificação compulsória, nos serviços de saúde públicos ou privados, em caso de violência contra a mulher (Anexo B)³⁴. No ano seguinte, foi publicada a Portaria MS/GM nº 2.406, de 5 de novembro, instituindo o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprovou instrumento, protocolos e fluxo para notificação nos serviços de saúde públicos e privados³⁹.

Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (Viva), por meio da Portaria MS/GM nº 1.356, com base em dois componentes: vigilância contínua e vigilância sentinela⁴⁰.

A notificação de violências interpessoais e autoprovocadas atualmente é contemplada na Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, e faz parte dos objetivos da Vigilância em Saúde³⁵. Especificamente nos casos de violência sexual, a notificação compulsória não diz respeito apenas em quantificar o número de casos de violência sexual, mas também tem o intuito de agilizar o atendimento à pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência e o seu acesso a quimioprofilaxia das IST e à contracepção de emergência, em preferencialmente até 72 horas ou o mais breve possível^{35,37}.

Faz-se necessário este processo de notificação para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no país, e subsidiar políticas públicas para atenção, prevenção e promoção a saúde, com vistas a intervenção nos cuidados às pessoas em situação de violência². Portanto, a notificação compulsória deve promover novas organizações e estruturas de atendimento, como forma de contemplar a atenção das pessoas e aos familiares envolvidos neste agravo. O próprio

processo de preenchimento da ficha deve ser também, um momento de cuidado, devendo o profissional zelar pela postura ética com a pessoa que sofreu ou vive uma situação de violência^{2,41}.

Na ocasião do primeiro atendimento e da notificação, a pessoa em situação de violência deve ser esclarecida sobre a importância do repasse das informações contidas na ficha de notificação para órgãos competentes de acompanhamento às violências, ressaltando que as informações contidas nessa ficha são sigilosas^{33,42}.

1.1.3 Infecções sexualmente transmissíveis

As ISTs apresentam inúmeras etiologias e causam impacto na qualidade de vida das pessoas, no que diz respeito às relações sexuais, sociais e familiares⁴³. Podem ser causadas por mais de 30 agentes etiológicos (incluem-se vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas por contato sexual e de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para a criança durante a gestação ou através da amamentação⁴².

A prevalência de IST em situações de violência sexual é elevada e o risco de infecção depende de diversas variáveis, como o tipo de violência, o número de agressores, o tempo de exposição, a ocorrência de traumatismos genitais, a idade da vítima, entre outros³⁷. Como forma de melhorar a qualidade de vida da pessoa infectada e interromper a cadeia de transmissão, torna-se fundamental o diagnóstico e tratamento precoce, pois previne outras infecções e complicações. Portanto, o setor de saúde tem papel essencial na atenção às mulheres agredidas sexualmente, no intuito de minimizar os danos decorrentes dessas situações^{44,45}.

Para a realização do tratamento ou quimioprofilaxia das ISTs, deve-se levar em conta a eficácia, segurança, posologia, via de administração, custo, adesão e disponibilidade dos recursos terapêuticos. No que tange à prevenção, o uso de preservativo segue como uma das principais formas de prevenção às ISTs, como também previne a gravidez⁴².

Com o propósito de conhecer a magnitude e medir a tendência dos agravos para o planejamento das ações de controle, a notificação compulsória torna-se obrigatória nos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes, sífilis congênita, hepatites virais B e C, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical³⁵.

1.1.4 Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual

O protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual é uma iniciativa do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV) da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, que tem por objetivo aprimorar as intervenções em saúde e por consequência prevenir as ISTs. A escolha pela utilização do esquema profilático é embasada na avaliação do risco da exposição e não pela categoria de exposição, conforme o esquema de recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual (PEP) apresentado no Quadro 1¹².

Quadro 1 - Recomendações de Profilaxia para HIV Pós-Violência Sexual.

Indicação de PEP	Investigação Diagnóstica	Observações
Recomendada	Violência sexual ocorrida em menos de 72 horas, sem uso de preservativo, via anal e/ou vaginal, com ejaculação	A falta de médico infectologista no momento do atendimento emergencial à vítima de abuso sexual não deve protelar o início da quimioprofilaxia
Individualizar decisão	Penetração oral com ou sem ejaculação	Avaliar a presença de lesões em mucosa oral, conhecimento do status sorológicos do agressor e desejo da vítima em receber profilaxia
Não recomendada	Uso de preservativo durante toda a agressão sexual	-
Não recomendada	Agressor sabidamente HIV negativo	Ver Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à infecção pelo HIV/MS, 2015
Não recomendada	Abuso sexual sofrido há mais de 72 horas	Avaliação para acompanhamento clínico laboratorial e prevenção de outros agravos
Não recomendada	Abuso crônico pelo mesmo agressor	É necessário interromper o ciclo de agressão, avaliar o contexto e individualizar a indicação da profilaxia.

Fonte: Ministério da Saúde¹².

Para o atendimento inicial, é necessário avaliar a condição sorológica da pessoa exposta e do agressor, além de investigar como e quando ocorreu a exposição, para definir a indicação da quimioprofilaxia. Se a condição sorológica da

pessoa exposta não for conhecida, deve-se realizar testes rápidos para o HIV na vítima, em caso de resultado reagente, não está indicada quimioprofilaxia¹³.

Após avaliação clínica e sendo indicada a profilaxia, recomenda-se apenas um esquema antirretroviral padrão e dois esquemas alternativos, estes indicados apenas nos casos de contraindicação. A definição de apenas um esquema padrão é importante porque simplifica a prescrição de PEP por profissionais que não são especialistas e pode ser aplicado em todos os serviços de saúde^{12,13}. O Quadro 2 apresenta o protocolo padronizado. Deve-se também realizar avaliação laboratorial, incluindo a testagem rápida para HIV, *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e marcadores virais de hepatite B e C e hemograma, além de provas de função renal e hepática¹³.

Quadro 2 - Esquema Antirretroviral para Profilaxia de Transmissão de HIV em crianças, adolescentes e adultos.

Esquema Preferencial	Posologia Via oral (VO)	Tempo
Tenofovir (TDF) – 300 mg / Lamivudina (3TC) – 300 mg	1 comp. 1 x ao dia (TDF + 3TC)	28 dias
Atazanavir (ATV) – 300 mg + Ritonavir (r) - 100 mg	1 comp. 1 x ao dia (ATV) 1 comp. termoestável ao dia (r)	
Contraindicação	Esquemas Alternativos	
TDF contraindicado	(AZT / 3TC) + ATV/r	AZT – Zidovudina / 3TC 300/150 mg – 1 comp. 12/12h
		ATV – 300 mg – 1 comp 1 x ao dia + r – 100 mg – 1 comp. termoestável ao dia
ATV/r contraindicado	(TDF / 3TC) + LPV/r	TDF - 300 mg / 3TC - 300 mg - 1 comp. 1 x ao dia (TDF + 3TC)
		LPV/r - Lopinavir/Ritonavir - 200/50 mg - 2 comp. 12/12h
	(AZT/3TC) + TDF	AZT / 3TC - 300/150 mg - 1 comp. 12/12h TDF – 300 mg - 1 comp. 1 x ao dia

Fonte: Ministério da Saúde¹².

O ato de violência sexual aumenta o risco de adquirir ISTs pelo fato de causar muitas lesões na pele e nas áreas agredidas. Segundo o MS, a prevalência das ISTs em situações de violência sexual é elevada e pode ser evitada com o uso de fármacos de reconhecida eficácia. Entre as principais infecções estão elencadas a gonorreia,

sífilis, infecção por clamídia e tricomoníase^{1,12}. O esquema de medicações definido no protocolo depende do tipo de infecção adquirida conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 - Profilaxias das IST não virais em vítimas de violência sexual.

IST	Medicação	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg incluindo gestantes	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão em UI em cada glúteo)	50 mil UI/kg IM, dose única (dose máxima total: 2,4 milhões UI)
Gonorreia	Ceftriaxona	500 mg. 1 ampola, IM, dose única	125mg, IM, dose única
Infecção por clamídia	Azitromicina	500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única (dose total 1g)	20 mg/kg peso, VO dose única (dose máxima total 1g)
Tricomoníase	Metronidazol	500 mg, 4 comprimidos VO, dose única (dose total 2 g)	15 mg/kg/dia, divididas em 3 doses/dia por 7 dias (dose diária máxima 2 g)

Fonte: Ministério da Saúde¹².

Considerando que o risco de gravidez indesejada em decorrência da violência sexual é um dos maiores temores das vítimas, reforça-se a opção pela anticoncepção de emergência (AE) com levonorgestrel em primeira escolha. Administrada 0,75mg utilizando-se dois comprimidos em dose única ou um comprimido de 1,5mg em dose única^{12,46}.

A segunda opção de escolha é conhecida como regime ou método de Yuzpe. Utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) conhecidos como pílulas anticoncepcionais, compostas de um estrogênio e um progestágeno sintéticos (Quadro 4). Existem duas formas de apresentação, o AHOC com 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel por comprimido, utilizam-se dois comprimidos a cada 12 horas. Nas apresentações comerciais de AHOC com 0,03 mg de etinilestradiol e 0,15 mg de levonorgestrel por comprimido, devem ser administrados quatro comprimidos a cada 12 horas⁴⁶.

Ainda, a AE é um procedimento significativo na condução do atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Este protocolo tem contribuído para a redução de casos de gestação indesejada decorrente do abuso sexual⁴⁶.

Quadro 4 - Métodos de Anticoncepção de Emergência Hormonal.

Método	Dose	Via	Posologia
Levonorgestrel (Primeira escolha)	0,75 mg de Levonorgestrel	Oral	2 comp. em dose única
	1,5 mg de levonorgestrel		1 comp. em dose única
Anticoncepcionais hormonais orais combinados (segunda escolha)	0,05 mg de etinil-estradiol + 0,25 mg de levonorgestrel/ comp.	Oral	2 comp. 12/12 horas (total de 4 comp.)
	0,03 mg de etinil-estradiol + 0,15 mg de levonorgestrel/ comp.		4 comp. 12/12 horas (total de 8 comp.)

Fonte: Ministério da Saúde¹².

1.1.4.1 Adesão ao tratamento e os fatores associados

A adesão ao protocolo de atendimento nos casos de violência sexual consiste na utilização correta do antirretroviral (ARV), respeitando as doses, horários e outras indicações. A adesão também é um processo colaborativo das pessoas em tratamento, em que se deve seguir as orientações propostas, pressupondo a participação do indivíduo nas decisões sobre a terapia⁴⁷.

Pesquisas mostraram que as pessoas vítimas de violência sexual, ao procurarem os serviços de saúde para atendimento inicial, aderem ao tratamento profilático às ISTs^{48,49}. Acredita-se que este fato ocorra pelo temor inicial de desenvolver algum tipo de infecção sexualmente transmissível, porém menos da metade destas vítimas completam o tratamento profilático⁵⁰.

De acordo com o MS, sugere-se que os serviços especializados no atendimento de mulheres realizem o seguimento ambulatorial, recebendo o primeiro atendimento até 72 horas após o evento. O acompanhamento é realizado por meio de retornos agendados para 30 dias, 45 dias, 90 dias e 180 dias após a agressão³⁷.

Devido a longevidade do cuidado, o acompanhamento é considerado um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, que não depende somente da atuação profissional, mas da adesão das vítimas⁵⁰. Estudo realizado em Campinas, São Paulo, mostrou que a taxa de não adesão ao seguimento ambulatorial foi 24,5%²². Outro estudo realizado em Curitiba, Paraná, com 1.272 prontuários de casos de violência sexual, entre os anos de 2009 e 2013, evidenciou que do total de

atendimentos, 30,9% compareceram ao primeiro retorno, 6% na quarta e última consulta⁵¹.

A má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica⁴⁷. O abandono ao tratamento deve-se a inúmeros fatores, dentre eles: efeitos adversos das medicações⁴⁸, transtornos psicológicos oriundos da agressão sofrida⁵², pouco suporte do serviço de saúde pública⁴⁸ e aspectos socioeconômicos³⁷. Outro fator que pode contribuir para a não adesão ao tratamento quimioprolático está diretamente relacionado à limitação de acesso das vítimas ao sistema de saúde. Há evidências de que muitos profissionais de saúde não são qualificados para realizar o primeiro atendimento, o qual inclui o acolhimento, identificação e encaminhamento das vítimas para continuidade do atendimento⁵².

Estudo qualitativo realizado em Curitiba, Paraná, com mulheres agredidas sexualmente, observou que os motivos da não adesão ao seguimento ambulatorial referem-se ao atendimento no serviço de saúde, aliado a fragilidade emocional, fazendo com que a vítima associe o seguimento ambulatorial ao evento agressivo, não prosseguindo no acompanhamento⁵³. Um estudo mostrou que o tratamento quimioprolático por sua complexidade, exige grande empenho por parte do paciente, que necessita adaptar o uso dos medicamentos à sua rotina diária⁴⁸. Além disso, o tratamento proposto é visto pelas vítimas como uma continuação do sofrimento causado pela agressão⁴⁸.

Considerando que a adesão ao esquema ARV é primordial para a eficácia da profilaxia, torna-se imprescindível que a pessoa exposta entenda o objetivo do uso dos medicamentos, devendo ser orientada a observar rigorosamente as doses, os intervalos de uso e a duração da profilaxia ARV¹². Segundo o MS, fatores como acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar; vínculo com os profissionais de saúde; capacitação adequada da equipe multidisciplinar e a compreensão do paciente sobre o tratamento e enfermidade são elementos que facilitam a adesão⁴⁷.

Além disso, as emergências de hospitais são entre os serviços de saúde, os locais que mais têm disponível atendimento às vítimas de violência sexual. Estes, realizam o atendimento emergencial de anticoncepção e profilaxias, entretanto, quando não existe articulação em rede com ambulatórios que possibilitem o acompanhamento, a sequência dos atendimentos é rompida⁵⁴. Neste sentido, o

acompanhamento após o atendimento emergencial é fundamental para suporte a continuidade do tratamento pós exposição¹.

Apesar dos reforços governamentais para o enfrentamento da violência sexual contra a mulher, ainda, mais de um terço das mulheres no mundo sofrem agressões físicas ou sexuais. As repercussões destes atos constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos, refletindo na qualidade de vida, saúde e relações sociais⁵⁵.

O processo de acolhimento por profissionais de saúde dentro e fora do setor de saúde, deve assumir como prática social a corresponsabilidade no cuidado da vítima de violência sexual, de maneira que esta acolhida possa encorajar a vítima a seguir no atendimento ambulatorial preconizado⁵³. O atendimento emergencial da vítima sexualmente agredida constitui uma tarefa complexa, e precisa ser realizado de forma adequada e humanizada, desde obter a história clínica, realizar exame físico, coleta de evidências, administrar profilaxia apropriada contra gravidez e IST, além de fornecer apoio emocional imediato⁵⁶.

Os profissionais que atuam em diferentes contextos assistenciais precisam ser informados sobre como abordar as vítimas de violência sexual, para que possam compreender os aspectos subjetivos e sociais implicados nessa experiência. Tal entendimento, pode propiciar a responsabilidade compartilhada e no estabelecimento de laços de confiança entre as vítimas e os profissionais de saúde⁵⁷.

Considerando que os profissionais na atenção ambulatorial operacionalizam as recomendações políticas e normas protocolares dos serviços de saúde que atendem pessoas em situação de violência sexual, o desconhecimento e a falta de divulgação desses instrumentos, apontam como dificuldades da atenção⁵⁵.

Supõe-se que ainda há falhas na interação entre a vítima de violência sexual e os profissionais que compõem a rede de atendimento, constituindo em uma barreira para conclusão do seguimento ambulatorial. Neste contexto, este estudo pretendeu descrever os casos de violência sexual, identificar as características sociodemográficas das vítimas, verificar a adesão à quimioprofilaxia e a realização de coletas sorológicas, visando novas pesquisas para implementar a atenção humanizada às pessoas vítimas de violência sexual.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os casos de violência sexual, identificar as características das vítimas e da agressão, adesão à quimioprofilaxia e as coletas sorológicas em um Hospital Geral do Sul do Brasil, entre 2007 e 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual.
- Identificar o perfil do agressor da violência sexual.
- Descrever os procedimentos de atendimento realizados, bem como os encaminhamentos realizados.
- Verificar a ocorrência das sorologias positivas no momento do atendimento e naquelas realizadas após seis meses de acompanhamento.
- Estimar a adesão ao tratamento recomendado para a profilaxia do estupro.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com delineamento de coorte histórica.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

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

Foram analisadas as fichas de notificação compulsória de vítimas de violência sexual, armazenadas no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no referido serviço, no período de 2007 a 2017.

A população do estudo foi composta por todas as vítimas de violência sexual, que procuraram o serviço hospitalar para atendimento e cujo ato foi notificado, pelo preenchimento da ficha de notificação individual, no agravo classificado com vítima de violência interpessoal e autoprovocada (Anexo A), no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017. O período foi escolhido devido à implantação do núcleo de vigilância no SCIH no ano de 2007.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas as fichas de notificação compulsória das vítimas de violência sexual, no período entre 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2017, pelo SCIH de um Hospital Geral do Sul do Brasil.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo as fichas de notificação que após análise não foram caracterizadas como violência sexual.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados conforme formulário (Apêndice A) e com base no prontuário eletrônico dos pacientes com acesso ao sistema de informação Tasy®, e pelas fichas de notificação armazenadas no SCIH.

Os casos foram as vítimas de violência sexual. A coleta de dados foi realizada mediante revisão das fichas de notificação classificadas como vítima de violência que são armazenadas sob a responsabilidade do SCIH, setor este que tem por objetivo fazer o controle de infecção dentro da unidade hospitalar. Estas fichas foram revisadas individualmente e incluídos dados complementares a partir do prontuário eletrônico. O prontuário eletrônico foi consultado para verificação dos resultados das sorologias e o acompanhamento de seis meses, com adesão ao protocolo de atendimento em casos de violência sexual.

O atendimento às vítimas de violência sexual, se dá em quatro momentos específicos: primeiro atendimento após ocorrido a violência sexual, retorno após seis semanas, após três meses e após seis meses para realização de coletas sorológicas. Para a verificação da ocorrência das sorologias positivas no momento do atendimento e após seis meses de acompanhamento, foi realizada consulta em prontuário eletrônico e fichas físicas de notificação compulsória. Foi considerado adesão ao tratamento proposto as vítimas que seguiram o protocolo de atendimento preconizado pelo MS.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis do estudo foram extraídas da ficha de notificação de violência sexual e do prontuário médico do serviço, apresentadas no Quadro 5.

Quadro 5 - Variáveis de estudo.

(continua)

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Data da ocorrência	Independente	Qualitativa discreta	Mês e ano da ocorrência
Data de nascimento	Independente	Qualitativa discreta	Para cálculo da idade de ocorrência da violência
Idade	Independente	Quantitativa contínua	Número absoluto em anos, média e desvio padrão
Sexo	Independente	Qualitativa nominal Dicotômica	Masculino; Feminino Em proporção
Gestante	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não Em proporção
Raça	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Branca; Preta; Amarela; Parda; Indígena, Ignorado Em proporção
Escolaridade	Independente	Quantitativa discreta	Anos completos, dicotomizada em 0-8 ou >8 anos de estudo Em proporção
Situação conjugal	Independente	Qualitativa nominal Policotômica	Solteiro; Casado/União consensual; Viúvo; Separado; Ignorado; Não se aplica Em proporção
Deficiência ou transtorno	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não Em proporção
Município de ocorrência	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Nome do município de residência Em proporção
Zona de ocorrência	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Rural; Urbana; Periurbana; Ignorado Em proporção
Local de ocorrência	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Residência; Escola; Via pública; Bar ou similar; Habitação coletiva; Comércio/serviços; Local de prática esportiva; Indústrias/construção Em proporção

(continua)

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Violência ocorreu outras vezes?	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou não Em proporção
Qual tipo de violência sexual	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Assédio sexual; Estupro; Atentado violento ao pudor; Pornografia infantil; Exploração sexual Em proporção
Procedimento realizado	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Profilaxia IST; Profilaxia HIV; Profilaxia Hepatite B; Coleta de sangue; Coleta de sêmen; Coleta de secreção vaginal; Contracepção e emergência; Aborto previsto em lei Em proporção
Número de envolvidos	Independente	Qualitativa nominal politômica	Um; Dois ou mais; Ignorado Em proporção
Vínculo ou grau de parentesco do agressor	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Cônjuge; Ex-cônjuge; Namorado(a); Ex-namorado(a); Filho(a) Irmão(a); Amigo(a); Desconhecido(a); Cuidador(a); Patrão; Policial; Própria pessoa; Pessoa com relação institucional; Outros Em proporção
Sexo do autor	Independente	Qualitativa nominal politômica	Masculino; Feminino; Ambos; Ignorado Em proporção
Suspeito em uso de álcool	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não, Ignorado Em proporção
Ciclo de vida do provável suspeito	Independente	Qualitativa nominal policotômica	Criança; Adolescente; Jovem; Adulto; Idoso Ignorado Em proporção
Encaminhamentos	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não Em proporção

(conclusão)

Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Encaminhamento	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim ou Não Em proporção
Sorologias	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Reagente; Não reagente Em proporção
Adesão ao protocolo de atendimento	Dependente	Qualitativa nominal policotômica	1º, 2º, 3º ou 4º Momento

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados no programa EpiData versão 3.1 (*Epi Data Association, Odense, Denmark*) A análise estatística foi realizada com o auxílio do software SPSS (for Windows v 20 Chicago, IL, USA). Foi utilizada a epidemiologia descritiva para apresentação dos dados, sendo as variáveis qualitativas expressas em proporções e as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão. Foi utilizado o teste de regressão linear para avaliar a tendência temporal dos casos de violência sexual no período estudado.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unisul. Foram adotados os critérios estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos). Por se tratar de um estudo retrospectivo, sem possibilidade de contato com os participantes, foi solicitado a dispensa do uso e não houve aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto na Resolução nº 466, item IV.8 “*Nos casos em que seja inviável a obtenção do TCLE ou que esta obtenção signifique riscos substanciais à privacidade e confidencialidade dos dados do participante ou aos vínculos de confiança entre pesquisador e pesquisado, a dispensa do TCLE deve ser justificadamente solicitada pelo pesquisador responsável ao Sistema CEP/CONEP, para apreciação*”.

Assim, por considerar que a violência sexual impacta física e psicologicamente às vítimas, o consentimento feito pelo pesquisador poderia causar dano e identificação

do participante, que não é objetivo deste estudo. Os dados de identificação dos sujeitos não fizeram parte do instrumento de coleta de dados e estas informações foram mantidas em sigilo, como também não foi realizado nenhum tipo de intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos sujeitos estudados. A proponente do estudo é profissional de saúde e já trabalhou na instituição onde os dados foram coletados, tendo acesso a dados confidenciais que pelo caráter ético e de código profissional não podem ser divulgados ou utilizados para finalidades outras que não os de pesquisa e assistência à saúde. Os riscos das pesquisas com dados secundários incluem a estigmatização, divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação, invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais e risco à segurança dos prontuários. Como forma de minimizar os riscos, foi garantido a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), como também a limitação de acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa.

Os benefícios são indiretos e incluem a possibilidade de desenvolvimento de alternativas efetivas relacionadas aos protocolos de atendimento às vítimas de violência sexual, bem como novos estudos referentes à temática proposta.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo CEP da Unisul, sob parecer nº 3.150.009, em 16 de fevereiro de 2019 (Anexo B).

4. ARTIGO

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

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

*VIOLENCIA SEXUAL Y LA MEMBRESÍA DEL PROTOCOLO DE SERVICIO DEL
HOSPITAL BRASILEÑO DEL SUR*

Maria Gabrielle Ribeiro¹, Fabiana Schuelter-Trevisol²

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gaby_mgr@hotmail.com. Orcid: (<https://orcid.org/0000-0002-5392-128X>).

²Professora Doutora do Curso de Graduação em Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil. E-mail: fastrevisol@gmail.com. Orcid: (<https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>).

Este artigo é derivado da dissertação de mestrado intitulada “Violência sexual e os fatores associados à adesão ao protocolo de atendimento de um Hospital do Sul do Brasil”, defendida por Maria Gabrielle Ribeiro ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Sul de Santa Catarina, em 26 de agosto de 2019, e será encaminhado para submissão na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico das vítimas de agressão sexual, características da agressão, adesão à quimioprofilaxia e coletas sorológicas em um Hospital Geral do Sul do Brasil. **Métodos:** Delineamento de coorte histórica em que foram analisadas as fichas de notificação compulsória e dados do prontuário, entre janeiro de 2007 a dezembro 2017. **Resultados:** No período, 118 pessoas procuraram atendimento hospitalar por violência sexual. A mediana de idade das vítimas foi de 14 (IIQ 12,25), variando de 1 a 78 anos. Houve predomínio de notificações entre mulheres (84,7%), raça branca (83,9%), escolaridade de 0 a 8 anos de estudo (43,2%), solteira (63,6%). Identificou-se um caso reagente para sífilis, e somente 5,9% tiveram adesão ao seguimento proposto. **Conclusão:** A baixa adesão ao protocolo de atendimento aumenta os riscos à saúde e chance de sequelas pelo agravo, sendo necessária outras estratégias dos serviços para ações de continuidade das ações profiláticas e terapêuticas.

Palavras-chave: Antirretrovirais. Notificação de Doenças. Violência sexual.

ABSTRACT

Objective: Describe the sociodemographic profile of the sexual assault victims, characteristics of aggression, and adherence to chemoprophylaxis and serological collection at a General Hospital in Southern Brazil. **Methods:** A historical cohort study in which compulsory notification forms and medical record data were analyzed from January 2007 to December 2017. **Results:** During the years of the study, 118 people looked for a hospital care for sexual violence. The average age of the reported victims was 14 (IQ 12.25), ranging from 1 to 78 years of age. The reports were predominant among women (84.7%), white race (83.9%), low education with 0-8 years of schooling (43,2%), single (63.6%). A reactive case for syphilis was identified, and only 5.9% adhered to the proposed follow-up. **Conclusion:** The low adherence to the protocol of care increases the health risks and chance of sequel by the injury, requiring other strategies of the services for continuity of prophylactic and therapeutic actions.

Keywords: Antiretrovirals. Disease Notification. Sexual Violence.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico de las víctimas de agresión sexual, características de la agresión, adhesión a la quimioprofilaxis y de colectas serológicas en un Hospital General del Sur de Brasil. **Metodos:** Delineamiento de corte histórica en que fueron analizadas las fichas de notificación compulsoria y de datos del prontuario, entre enero de 2007 a diciembre de 2017. **Resultados:** En el período, 118 personas buscaron atendimento hospitalario por violencia sexual. La media de edad de las víctimas fue de 14 (IIQ 12,25), variando de 1 a 78 años. Hubo predominio de notificaciones entre mujeres (84,7%) raza blanca (83,9%), escolaridad de 0 a 8 años de estudio (43,2%), soltera (63,6%). Se identificó un caso positivo de sífilis y solamente 5,9% tuvieron adhesión al seguimiento propuesto. **Conclusión:** la baja adhesión al protocolo de atendimento aumenta los riesgos a la salud y la chance de sequelas pelo agravamiento, siendo necesaria otras estrategias de los servicios para acciones de continuidad de las acciones profilácticas y terapéuticas.

Palabras clave: Antirretrovirales. Notificación de Enfermedades. Violencia sexual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo verificou os casos notificados de violência sexual e identificou o perfil sociodemográfico das vítimas de violência sexual e da agressão sexual, verificou os encaminhamentos das vítimas à setores, bem como estimou a adesão ao tratamento recomendado para a profilaxia do estupro e ocorrência de sorologias positivas.

O perfil das vítimas de violência sexual notificadas no período do estudo, caracterizou-se por uma maioria de mulheres, adolescentes, cor de pele branca, solteira e baixa escolaridade. A violência ocorreu principalmente à noite, sendo agressor único e conhecido da vítima. Os agressores em sua maioria eram adultos do sexo masculino.

Os encaminhamentos foram realizados para diversos setores, sendo ponto positivo pois possibilita a continuidade do cuidado, porém os desfechos não foram avaliados por não ser objetivo do estudo.

Observa-se relevância no tema, pela gravidade das situações de violência sexual contra mulheres. A temática exige mais estudos para compreensão dos fatores associados a este fenômeno.

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

A implantação do projeto Apice On, traz a oportunidade de analisar dados antes não estudados sobre o cuidado e atenção às mulheres em situações de violência sexual, melhor atenção a mulheres em situações de vulnerabilidade, como forma de estruturar novas estratégias para o cuidado humanizado. A articulação com os diferentes atores responsáveis pelo atendimento às pessoas vítimas de violência sexual é uma das metas que o Apice On tem desenvolvimento no local em estudo.

REFERÊNCIAS

1. Delzियो CR, Berger E, Coelho S, Lindner SR. Violência sexual contra a mulher e o atendimento no setor saúde em Santa Catarina – Brasil. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1687–96.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Notificação de violências interpessoais e autoprovoçadas. Secretaria de Vigilância em Saúde. [Internet]. 2017. Acesso em: 25/02/2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/notificacao_violencias_%0Ainterpersonais_autoprovoçadas.pdf. Acesso em: 25/02/2019.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovoçada. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 92 p.
4. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira Helder, Coelho D et al. Atlas da Violência 2018. [Internet]. 2018. Acesso em: 20/02/2019. Disponível em: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Nota: Estupro em mulheres [Internet]. 2016. Acesso em: 15/01/2019. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/27/notificacao-violencia-interpessoal-e-autoprovoçada.pdf>.
6. Russell ST, Everett BG, Rosario M, Birkett M. Indicators of victimization and sexual orientation among adolescents: Analyses from youth risk behavior surveys. *Am J Public Health*. 2014;104(2):255–61.
7. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, Fonseca RMGS, Egrы EY. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(2):266–73.
8. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO et al. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande , Mato Grosso do Sul. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36:239–46.
9. Delzियो CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2018;27(1):2008–13.
10. Delzियो 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(6):1–13.
11. Brasil. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Brasília; 2004. p. 02.
 12. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2015. 54 p.
 13. Santa Catarina (Brasil). Nota técnica nº. 01/2015/Dive/Suv/Ses. Recomendações para a profilaxia da infecção pelo HIV, das DST e hepatite B em situações de exposição ocupacional, sexual e violência sexual no Estado de Santa Catarina. Florianópolis; 2015.
 14. Ministério da Saúde (Brasil). Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2017.
 15. Marques GM, Marin DD, Nascimento DZ. Estratégias de melhoria na atenção ao parto no Brasil Strategies for improving care in childbirth in Brazil. 2018;
 16. Duarte, G, Quintana SM MP. Protocolo de Atendimento às Vítimas de Agressão Sexual. HCFMRP - USP. 2016;1–15.
 17. Coelho EBS, Da Silva ACLG, Lindner SR. Violência : definições e tipologias. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014. 1-32 p.
 18. Ribeiro IMP, Ribeiro AST, Pratesi R, Gandolfi L. Prevalência das várias formas de violência entre escolares. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(1):54–9.
 19. Modena MR. Conceitos e formas de violência. Caxias do Sul: Educ. 2016.
 20. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud Editado. *Organ Panam la Salud*. 2002;360(9339):1083–8.
 21. Labronici LM, Fegadoli D CM. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. *Rev da Esc Enferm USP*. 2010;44(2):401–6.
 22. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. 2013;29(5):889–98.23. M M, TE S, MP C. Mediators of the relation

- between partner violence and sexual risk behavior among women attending a sexually transmitted disease clinic. *Sex Transm Dis*. 2011;38:510–5.
24. Senn T, Carey M, Venable P. The intersection of violence, substance use, depression, and STDs: testing of a syndemic pattern among patients attending an urban STD clinic. *J Natl Med Assoc*. 2010;102:614–20.
 25. Barros C, Schraiber LB, Franca-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*. 2011;45:365–72.
 26. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Franca-Junior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:127–37.
 27. Lovestad S, Krantz G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12(945).
 28. Decker MR, Miller E, McCauley H, Tancredi D, Levenson R, Waldman J. Intimate partner violence and partner notification of sexually transmitted infections among adolescent and young adult family planning clinic patients. *Int J STD AIDS*. 2011;22:345–7.
 29. Frye V, Ompad D, Chan C, Koblin B, Galea S, Vlahov D. Intimate partner violence perpetration and condom use-related factors: associations with heterosexual men's consistent condom use. *AIDS Behav*. 2011;15:153–62.
 30. Silverman J, McCauley H, Decker M, Miller E, Reed E, Raj A. Coercive forms of sexual risk and associated violence perpetrated by male partners of female adolescents. *Perspect Sex Reprod Heal*. 2011;43:60–5.
 31. Brasil. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Brasília; 2008.
 32. Brasil. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília; 1975.
 33. Silva DI, Keretch DL, Cherbiski DM, Ferreira GN, Johnson HT JH et al. Protocolo De Atendimento À Mulher Em Situação De Violência: Programa Mulher. Colombo: Secretaria Municipal de Sapude; 2012.
 34. Brasil. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que

- for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília; 2003.
35. Brasil. Portaria nº1271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providênci. Brasília; 2014.
 36. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compuls. Brasília; 2011.
 37. Ministério da Saúde (Brasil). Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2012.
 38. Brasil. Portaria nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades-competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de-maus-tratos contra-crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Unido de Saúde; Brasília, 2001.
 39. Brasil. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação; Brasília, 2004.
 40. Brasil. Portaria nº 1.356/GM, de 23 de junho de 2006. Institui incentivo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Brasília, DF, n. 120, 26 jun. 2006. Seção 1.
 41. Sosal MH, Bento SF, Osis MJD, Ribeiro AFMP. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev bras Epidemiol.* 2015;18(1):94–107.
 42. Ministério da Saúde (Brasil). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2015. 120p.
 43. Carvalho S, Marcellly P, Guimarães A, Moraes Á, Teles A, Matos A. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm.*2015;28(1):95-100.
 44. Vertamatti M, Abreu L, Drezett J, Valenti V, Barbosa C. Tempo decorrido entre agressão sexual e a chegada aos serviços de saúde no Brasilpt. *Rev Bras*

- Crescimento Desenvolv Hum. 2013;23(1):46–51.
45. Taquette SR, Rodrigues ADO, Bortolotti R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4):324–9.
 46. Ministério da Saúde (Brasil). Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2011. 44 p.
 47. Ministério da Saúde (Brasil). Manejo da infecção pelo hiv em adultos. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2018.
 48. Procópio EVP, Feliciano CG, Silva KVP, Katz CRT. Representação social da violência sexual e sua relação com a adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV em mulheres jovens e adolescentes. *Cien Saude Coletiva*. 2014;19(6):1961–9.
 49. Pontes EV, Guerra C, Regina C. Adesão ao protocolo de quimioprofilaxia do HIV por adolescentes vítimas de violência sexual : Revisão integrativa. *Adolesc Saude*, Rio Janeiro. 2014;11(2):56–62.
 50. Polejack L, Seidi EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Supl.1):1201–8.
 51. Trigueiro TH, Merighi MAB, Medeiros ARP de, Ribeiro CRL, Mata NDS da, Jesus MCP de. Victims of sexual violence attended in a specialized service. *Cogitare Enferm*. 2015;20(2):247–54.
 52. Winzer L. Frequency of self-reported sexual aggression and victimization in Brazil : a literature review Frecuência de agressão e vitimização sexual autorreportada no Brasil : uma revisão da literatura Frecuencia de la agresión y la victimización sexual autoinforma. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(7):1–16.
 53. Trigueiro TH, Silva MH da, Oliveira DM De, Jesus MCP de, Merighi MAB. Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto e Context Enferm*. 2018;27(1):1–9.
 54. Cavalcanti L, Flach R, Farias R. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. *O Soc em questão*. 2012;XV(28).
 55. Vieira LJES, Silva ACF, Moreira GAR, Cavalcanti LF, Silva RM. Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de

- profissionais de saúde Protocols in healthcare. *Cien Saude Colet.* 2016;21(12):3957–65.
56. Sampsel K, Szobota L, Joyce D, Graham K, Pickett W, Up E, et al. The impact of sexual assault/domestic violence program on ed care. *J Em.* 2009;35(4):282–9.
57. Aparecida M, Merighi B. O sofrimento psíquico no cotidiano de mulheres que vivenciaram a violência sexual: estudo fenomenológico. *Esc Anna Nery.* 2017;21(3):1–7.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário para coleta de dados

Data da ocorrência: ___/___/_____
Data de nascimento: ___/___/_____
Idade em anos completos: __ __
Sexo: F () M ()
Gestante: () Sim () Não
Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () Ignorado
Escolaridade: Anos completos, dicotomizada em 0-8 ou >8 anos de estudo, Não informado
Situação conjugal: () Solteiro () Casado/União consensual () Viúvo () Separado () Não se aplica () Ignorado
Deficiência ou transtorno: () Sim () Não () Não informado
Município de ocorrência: _____
Zona: () Rural () Urbana () Periurbana () Ignorado
Local de ocorrência: () Residência () Escola () Via pública () Bar ou similar () Habitação coletiva () Comércio/serviços () Local de prática esportiva () Indústrias/construção () Não informado
Horário: () manhã 6:00-12:00 () tarde 12:01-18:00 () noite 18:01-00:00 () madrugada 00:01-05:59 () Não informado
Violência ocorreu outras vezes? () Sim () Não
Qual tipo de violência sexual: () Assédio sexual () Estupro () Atentado violento ao pudor () Pornografia infantil () Exploração sexual
Procedimento realizado: () Profilaxia DST () Profilaxia HIV () Profilaxia Hep B () Coleta de sangue () Coleta de sêmen () Coleta de secreção vaginal () Contracepção e emergência () Aborto previsto em lei
Número de envolvidos: () Um () Dois ou mais () Ignorado
Vínculo ou grau de parentesco do agressor: () Pai () Mãe () Padrasto () Madrasta () Outros _____ () Cônjuge () Ex-cônjuge () Namorado(a) () Ex-namorado(a) () Filho(a) () Irmão(a) () Amigo(a) () Desconhecido(a) () Cuidador(a) () Patrão

<input type="checkbox"/> Policial <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional
Sexo do autor: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ambos
Suspeito em uso de álcool: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
Ciclo de vida do provável suspeito: <input type="checkbox"/> Criança <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Jovem <input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Idoso
Encaminhamento: Estratégia de Saúde da Família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Conselho Tutelar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ministério Público: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Internação Hospitalar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Instituto Médico Legal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Delegacia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Centro de Referência de Assistência Social: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sorologias: HIV <input type="checkbox"/> reagente <input type="checkbox"/> não reagente Sífilis <input type="checkbox"/> reagente <input type="checkbox"/> não reagente Hepatite B <input type="checkbox"/> reagente <input type="checkbox"/> não reagente Hepatite C <input type="checkbox"/> reagente <input type="checkbox"/> não reagente
Adesão ao protocolo de atendimento: 1º Momento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 2º Momento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 3º Momento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 4º Momento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Notificação Individual – 2014

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

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espandimento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS		TELEFONES ÚTEIS	Disque Direitos Humanos
136		Central de Atendimento à Mulher	100
180			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
Nome		Função	Assinatura
Violência interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015

ANEXO B - Ficha de Notificação Individual – 2003

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS		Nº
Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.				
Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)		
	7 Nome			8 Data de Nascimento
Dados da Pessoa Atendida	9 Idade	10 Sexo	11 Gestante	
	12 Cor	13 Escolaridade	14 Ocupação	
	15 Situação conjugal		16 Relações sexuais	
	17 Possui algum tipo de deficiência?		18 Número do Cartão SUS	
	19 Nome da mãe		20 UF	
	21 Município de residência		22 Bairro de residência	
	23 Logradouro (rua, avenida,...)		24 Número	
	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Ponto de Referência	
	27 CEP		28 (DDD) Telefone	
	29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados da Ocorrência	31 Local de ocorrência			
	32 UF	33 Município de Ocorrência	34 Bairro de ocorrência	
	35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)		36 Número	
	37 Complemento (apto., casa, ...)		38 Zona de ocorrência	
	39 Ocorreu outras vezes?		40 A lesão foi autoprovocada?	
	41 Meio de agressão		42 Tipo de violências	

ANEXO C - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA SEXUAL E OS FATORES ASSOCIADOS A ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

Pesquisador: MARIA GABRIELLE RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02761018.2.0000.5369

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA-UNISUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.150.009

Apresentação do Projeto:

O presente Projeto sob análise refere-se à Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de PósGraduação em Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Tem como temática A ADESÃO AO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO POR VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL. Os pesquisadores pretendem trabalhar com dados secundários, de 113 pessoas vítimas de violência sexual, mais precisamente as fichas de notificação, sendo que essas pessoas não mais se encontram em atendimento. Tais fichas são relativas aos anos de 2011 a 2017.

Objetivo da Pesquisa:

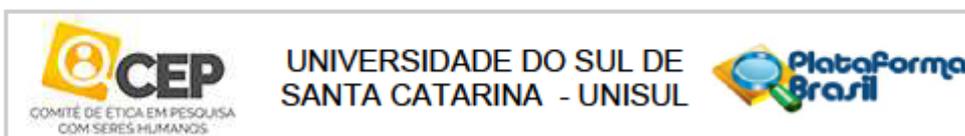
OBJETIVO GERAL

Descrever os casos de violência sexual e identificar os fatores associados a adesão a quimioprofilaxia e coletas sorológicas de um Hospital Geral do Sul do Brasil entre 2006 e 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes vítimas de violência sexual;
- Descrever as características clínicas das vítimas e da violência sexual;

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOÇA
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.150.009

- Verificar a ocorrência das sorologias positivas no momento do atendimento e após 6 meses de acompanhamento;
- Estimular a adesão ao tratamento recomendado para a profilaxia do estupro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O balanço entre riscos e benefícios é assim indicado pelo pesquisador, podendo ser considerados consoantes a uma pesquisa que envolva seres humanos, ainda que indiretamente. "Riscos: Os riscos das pesquisas com dados secundários incluem a estigmatização: divulgação de informações quando houver acesso aos dados de identificação; invasão de privacidade; divulgação de dados confidenciais e risco a segurança dos prontuários. Como forma de minimizar os riscos, será garantido a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras), como também a limitação de acesso aos prontuários apenas pelo tempo, quantidade e qualidade das informações específicas para a pesquisa. Benefícios: Os benefícios são indiretos, e incluem a possibilidade de desenvolvimento de alternativas efetivas relacionadas aos protocolos de atendimento às vítimas de violência sexual, bem como novos estudos referente a temática proposta".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o projeto apresentado encontra-se amparado em um conjunto de informações que deixa indicada a possibilidade de alcançar seus objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão atendentes às Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016. O cronograma encontrava-se inexecutável, contudo, as pesquisadoras enviaram carta declaratória de que a coleta não seria coletada antes do parecer aprovado do CEP.

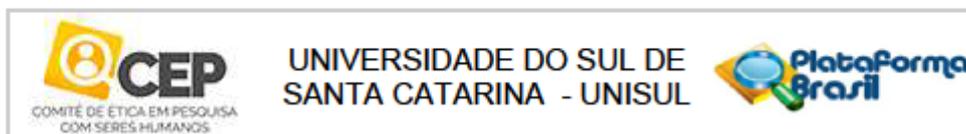
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e/ou 510/16.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOÇA
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.150.009

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1228088.pdf	27/12/2018 19:06:41		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	carta.pdf	27/12/2018 19:06:28	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
Outros	declaracao.pdf	27/12/2018 19:03:36	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	12/11/2018 17:17:58	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1.pdf	04/10/2018 17:14:20	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensa.pdf	04/10/2018 15:25:33	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadores.pdf	04/10/2018 15:16:26	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito
Folha de Rosto	01.pdf	04/10/2018 13:52:29	MARIA GABRIELLE RIBEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 16 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Maria Inés Castiñeira
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
 Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca CEP: 88.137-270
 UF: SC Município: PALHOCA
 Telefone: (48)3279-1036 Fax: (48)3279-1094 E-mail: cep.contato@unisul.br

ANEXO D – Normas para publicação na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

Escopo e política

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* (RESS) é um periódico científico com periodicidade trimestral e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). Sua principal missão é difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da saúde pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A RESS segue as orientações do documento *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em <http://www.icmje.org/> (inglês) e <http://www.goo.gl/nCN373> (português) – conhecido como Normas de Vancouver – e os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE), disponível em http://publicationethics.org/files/Code_of_Conduct_2.pdf.

A RESS possui uma *Declaração sobre Ética na Publicação*, disponível em <http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?lang=pt&p=eticaPublicacao>, que expressa o compromisso ético da revista – assim como de todas as partes envolvidas na publicação de artigos na RESS, incluindo autores, revisores externos, editora geral e demais editoras e editores, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e a Editora do Ministério da Saúde – com a adoção de melhores práticas na publicação científica.

Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças

crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em saúde pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras).

Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e pelo ineditismo do trabalho. O manuscrito deve ser submetido acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, na qual afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir.

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, declaram que:

- a) Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico.
- b) Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado.
- c) A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores.
- d) Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(Registrar local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

Os itens da Declaração de Responsabilidade estão incorporados no Passo 1 da submissão de manuscritos pelo sistema eletrônico. Adicionalmente, o documento

assinado por todos os autores deverá ser digitalizado e anexado no Passo 4 – Transferência de documentos suplementares.

Crítérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Todos aqueles designados como autores devem atender aos quatro critérios de autoria, e todos aqueles que preencherem os quatro critérios devem ser identificados como autores.

Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, que são responsáveis por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais – por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento,

incluindo-se cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade e da folha de rosto do artigo.

Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, é de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na *Declaração de Helsinque* (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e nº 510, de 7 de abril de 2016 (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>), e em resoluções complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção de métodos. Sempre que pertinente, deve ser informado o número do protocolo e data da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE. No caso de revisão sistemática, é desejável a indicação do número de registro do protocolo na base de registros PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews).

Considerações sobre equidade de sexo e gênero

Considerando a necessidade de atenção ao uso das categorias de sexo e/ou gênero na pesquisa e na comunicação científica, e que as diferenças de sexo e/ou gênero são frequentemente negligenciadas no desenho, na condução e no relato dos

estudos, a RESS orienta para a observação dos princípios da Diretriz SAGER (*Sex and Gender Equity in Research*), disponível em <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português), segundo a qual:

1. Os autores devem usar os termos sexo e gênero com cuidado, para se evitar confusão em seu uso.
2. Quando os sujeitos da pesquisa compreendem organismos capazes de diferenciação por sexo, a pesquisa deve ser delineada e conduzida de modo que possa revelar diferenças relacionadas ao sexo nos resultados, mesmo que estas não sejam inicialmente esperadas.
3. Quando os sujeitos também puderem ser diferenciados por gênero (conformados por circunstâncias sociais e culturais), a pesquisa deve ser conduzida de modo similar, considerando-se adicionalmente categorias de gênero.

Compartilhamento de dados

Relatos de ensaios randomizados controlados e de qualquer outro tipo de estudo de intervenção somente serão considerados para publicação se os autores se comprometerem a disponibilizar os dados relevantes dos participantes (sem identificação individual), em acesso aberto ou de forma individualizada, em atendimento a pedido.

Para todos os artigos de pesquisa com dados primários ou secundários, a RESS incentiva os autores a compartilharem os dados abertamente ou vincularem seus artigos aos dados brutos dos estudos. A RESS também incentiva o compartilhamento das rotinas de programação dos *softwares* estatísticos para a realização das análises, por meio de arquivos suplementares que podem ser publicados na versão eletrônica da revista.

Direito de reprodução

O conteúdo publicado na RESS encontra-se sob uma Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos deste tipo de licença, que incluem a possibilidade de se compartilhar e adaptar o material, desde que atribuído o crédito apropriado, e para uso não comercial.

Os autores devem estar de acordo com os seguintes termos:

- a) Autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico.
- b) Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (por exemplo: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.
- c) Autores têm permissão para (e são estimulados a) publicar e distribuir seu trabalho *online* (por exemplo: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) uma vez que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado. Solicita-se que a divulgação seja feita somente após a aprovação do artigo para publicação, de modo a se garantir o cegamento da identificação dos autores durante o processo editorial.

Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE. A versão original deste documento – em inglês – encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>. A versão traduzida para o português das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver foi publicada na RESS v. 24, n. 3, 2015, disponível em: <https://goo.gl/HFaUz7>.
Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias pertinentes ao escopo da RESS. A relação completa encontra-se no *website* da Rede EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>
A seguir são relacionados os principais guias.

- Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>
- Ensaio clínico: CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>
- Revisões sistemáticas: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/NfUawv> (português).
- Estimativas em saúde: GATHER (Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting), disponível em: <http://gather-statement.org/> (inglês) e <https://goo.gl/VXLMhW> (português).
- Relato de sexo e gênero: SAGER (Sex and Gender Equity in Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/sager-guidelines/> (inglês) e <https://goo.gl/zwTZqy> (português)

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé. Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e

h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16). As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. Em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão “et al.” para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE (disponíveis

em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

Artigos de periódicos

1. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta, DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015 abr-jun; 24(2):197-206.
- Volume com suplemento
2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.
- Número com suplemento

Tabelas e figuras

Artigos originais e de revisão deverão conter até cinco tabelas e/ou figuras, no total. Para notas de pesquisa, o limite é de três tabelas e/ou figuras; e para relatos de experiência, quatro tabelas e/ou figuras. As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas e figuras devem ser elaboradas em branco e preto ou escala de cinza. Tabelas e quadros (estes, classificados e intitulados como figuras) devem ser apresentados em arquivo de texto. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). Organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em arquivo de texto ou em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos tipos: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Mapas originalmente produzidos em formato de imagem e posteriormente salvos em formato vetorial não serão aceitos. Gráficos devem ser apresentados em formato vetorial. São aceitos arquivos dos

tipos: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Imagens de satélite e fotografias devem ser apresentadas em arquivos dos tipos: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura e limite de tamanho do arquivo de 10Mb.

Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito. Exemplos de siglas consagradas: ONU, HIV, aids.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: Unesco = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida. Quanto a esta sigla, a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua forma original em inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde*. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)