

Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática

Prevalence and associated factors with sexual violence against women: systematic review

Judizeli Baigorria, Deise Warmling, Carlos Magno Neves,
Carmem Regina Delziovo y Elza Berger Salema Coelho

Recebido em 6 junho 2016 / Enviado para modificação 12 dezembro 2016 / Aprovado 14 julho 2017

RESUMO

Esta revisão objetiva identificar na literatura a prevalência e fatores associados à Violência Sexual (VS) contra as mulheres adolescentes e adultas. Foi realizado levantamento de estudos de base populacional, publicados entre 2011 e 2016, em inglês, português e espanhol, nas bases de dados Pubmed/Medline, Lilacs e SciELO. Os estudos foram analisados e descritos, detalhando suas características e informações sobre prevalência e fatores associados à VS. Dentre os 3 002 artigos encontrados, de acordo com os critérios de elegibilidade, 15 estudos foram objetos desta revisão. A maioria dos estudos se concentra na Ásia e na África, locais os quais também apresentam as maiores prevalências de VS. A faixa etária predominantemente investigada foi de 15-49 anos. Houve grande variação da prevalência de VS entre os países, quando analisada a VS cometida por parceiro íntimo, esta variou de 1 % na Alemanha no atual relacionamento a 92 % Zimbábue. Em relação aos fatores associados, destacam-se a baixa escolaridade, a idade jovem, condições de saúde mental e saúde sexual e reprodutiva, bem como o uso de álcool e outras drogas. A revisão evidencia a necessidade de aprofundamento de estudos sobre violência sexual, de modo a contribuir às políticas públicas, ao enfrentamento da violência contra as mulheres e à equidade de gênero.

Palavras-Chaves: Delitos sexuais; violência contra a mulher; prevalência; fatores de risco (*fonte: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

This review aims to identify in the literature the prevalence and factors associated with Sexual Violence (SV) against adolescents and adult women. It were reviewed the population-based study, published between 2011 and 2016, in English, Portuguese and Spanish, in Pubmed / Medline, Lilacs and SciELO databases. The studies were analyzed and described, detailing their characteristics and information on prevalence and factors associated with SV. Of the 3,002 articles found, according to the eligibility criteria, 15 studies were objects of this review. Most studies focus on Asia and Africa, which also have the highest prevalence of SV. The predominantly investigated age group was 15-49 years. There was a great variation in the prevalence of SV among the countries, when SV was analyzed by intimate partner, it varied from 1 % in Germany in the current relationship to 92 % Zimbabwe. In relation to the associated factors, low educational level, young age, mental health conditions and sexual and reproductive health, as well as the use of alcohol and other drugs are highlighted. The review highlights the need to deepen studies on sexual violence to contribute to public policies, to combat violence against women and to gender equity.

Key Words: Sex offenses; gender-based violence; prevalence; risk factors (*source: MeSH, NLM*).

JB: Assistente Social. Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

judizeli@yahoo.com.br

DW: Nutricionista. Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

deisentr@gmail.com

CM: Fisioterapeuta. Doutorando em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

neves2075@gmail.com

CD: Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

carmemdelziovo@hotmail.com

EB: Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. elzacoelho@gmail.com

RESUMEN

Prevalencia y factores asociados de la violencia sexual contra la mujer: revisión sistemática

La revisión se propuso identificar en la literatura la prevalencia y factores asociados con la violencia sexual (VS) contra las mujeres adolescentes y adultas. Se revisaron estudios poblacionales, publicados entre 2011 y 2016, en inglés, portugués y español, en las bases de datos PubMed/Medline, Lilacs y SciELO. Los estudios fueron descritos y analizados, detallando sus características e informaciones sobre prevalencia y factores asociados a la VS. Entre los 3 002 artículos encontrados, de acuerdo con los criterios de inclusión, 15 estudios fueron objetos de esta revisión. La mayoría de los estudios se concentran en Asia y África, que también presentan las mayores prevalencias de VS. El grupo de edad predominante fue de 15 a 49 años. Se observó una gran variación de la prevalencia de VS entre los países. Con respecto a la VS cometida por una persona íntima, ésta varió del 1 % en Alemania al 92 % en Zimbabue. En cuanto a los factores asociados, se destacan la baja escolaridad, la juventud, las condiciones de salud mental y la salud sexual y reproductiva, así como el uso de alcohol y otras drogas. La revisión muestra la necesidad de profundizar en estudios sobre la violencia sexual, para contribuir a las políticas públicas, a detener la violencia contra las mujeres y la equidad de género.

Palabras Clave: Delitos sexuales; violencia contra la mujer; prevalencia; factores de riesgo (*fuentes: DeCS, BIREME*).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência sexual como atos, tentativa ou investidas sexuais indesejadas, podendo ocorrer uso de coação, sendo praticados por qualquer pessoa e em qualquer contexto. Inclui atos como penetração forçada, e assédios sexuais: atos e investidas, na forma de coerções e de pagamento ou favorecimento sexual nas relações hierárquicas. Esta forma de violência é apresentada como uma das mais graves expressões da iniquidade de gênero, visto que atinge, em sua maioria meninas e mulheres (1).

Em âmbito mundial, a OMS estima que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano. Porém, essa estatística representa ser menor do que a realidade da sua dimensão, considerando que muitos casos acontecem nos contextos intrafamiliares (incesto, o estupro e, em especial, o sexo forçado por parceiros íntimos) não chegando ao conhecimento público (2). Estudo sobre violência sexual contra as mulheres cometida por parceiro íntimo, encontrou prevalências desta forma de violência ao longo da vida oscilando entre 6 % no Japão e 58,6 % na Etiópia (3).

Em estudo multicêntrico, com mulheres entre 15 e 19 anos, Decker (4), analisou a prevalência de violência sexual em cinco grandes cidades de diferentes países. Os coeficientes desta forma de violência foram maiores em todos os locais para atos cometidos por parceiros íntimos quando comparados a não parceiros, variando de 1,8 % e 1,0 % em Shangai (China) a 18,3 % e 9,1 % em Johannesburg (África do Sul), respectivamente.

No Brasil, revela-se que 11,9 % dos casos de violência contra a mulher são do tipo sexual. A prevalência foi maior entre as adolescentes (12 a 17 anos), sendo de 24,3 %, enquanto nas mulheres jovens (18 a 29 anos) de 6,2 %, e nas adultas (30 a 59 anos) 4,3 %. Em relação ao local da violência há predominância do espaço doméstico, representando 71,9 % dos casos (5).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, em 2015 ocorreram 45 460 casos de estupro no Brasil, em média 125 casos por dia, havendo um declínio de 10 % em relação aos casos relatados no ano anterior (6). Em estudo (7) realizado em Campinas-SP, identificou-se mulheres que sofreram violência sexual e receberam atendimento hospitalar. Destas, 52,6 % eram adultas e 47,4 % adolescentes, 69,2 % delas tiveram como agressor um desconhecido e 61,5 % realizaram boletim de ocorrência.

Verifica-se que mulheres que sofreram violência física ou sexual por seus parceiros apresentam mais problemas de saúde. Elas têm 16 % mais chance de gerar recém-nascidos de baixo peso, as possibilidades de aborto são duplicadas, há quase o dobro de probabilidade de depressão e 1,5 vezes mais possibilidade de se infectarem pelo HIV, em comparação com mulheres que não sofreram estes tipos de violências (1).

A violência sexual é, portanto, um problema social, de segurança e saúde pública, que traz impactos na saúde dos indivíduos e nas relações sociais, expressa nas lesões físicas e psicológicas decorrentes. Torna-se uma demanda expressiva e frequente aos serviços de saúde, vista a intensificação e gravidade das violências, trazendo custos financeiros e humanos (8-9).

Considerando a magnitude da violência sexual presente na sociedade, nas relações de gênero e com significativos impactos à saúde, estudos que apontam prevalência e os fatores associados ao tema são de grande importância para dar visibilidade a este agravo e subsidiar políticas públicas que contemplem a diminuição e enfrentamento deste tipo de violência contra as mulheres. Neste sentido, esta revisão sistemática tem como objetivo identificar na literatura a prevalência e fatores associados à violência sexual contra as mulheres adolescentes e adultas.

METODOLOGIA

Esta revisão sistemática foi realizada de acordo com as diretrizes delineadas pelo Check List do PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses - Prospective Register of Systematic Reviews).

Critério de elegibilidade

Estudos de base populacional realizados no Brasil ou internacionalmente, que mensuraram a prevalência de violência sexual contra a mulher e seus fatores associados foram considerados elegíveis para essa revisão. Foram consideradas mulheres, conforme Política Nacional de Atenção Integral Saúde da Mulher (10), aquelas com mais de 10 anos de idade.

Os critérios de exclusão foram referentes aos artigos que: investigaram violência sexual contra crianças, homens, ou grupos populacionais específicos (mulheres albergadas, mulheres com HIV, profissionais do sexo e militares); investigaram a violência sexual em regiões de conflito; analisaram apenas as notificações de violências. Artigos de revisão de literatura, cartas, artigos de opinião, relatos de experiência, estudos de caso, capítulos de livros e apresentações de congressos também foram excluídos.

Esses critérios buscaram assegurar que somente os estudos representativos da população em geral fossem incluídos, para representar com maior precisão a taxa de prevalência e os fatores associados à violência sexual contra a mulher. O recorte temporal foram os últimos cinco anos, a fim de compilar informações atualizadas da literatura e, não houve restrições sobre idioma de publicação.

Estratégia de busca

As pesquisas bibliográficas foram feitas nas bases de dados Pubmed/ Medline, Lilacs e SciELO em outubro e no-

vembro de 2016. Na estratégia de busca foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: “sex offenses”, “rape”, “estupro”, “sexual harassment” “delitos sexuais”, “sexual violence”, “violência sexual”, “prevalence”. As listas de referência dos artigos selecionados foram revisadas, além da realização de buscas manuais, para identificação de outros artigos potencialmente elegíveis.

Seleção dos estudos e extração dos dados

A seleção foi conduzida por dois revisores independentemente. As referências duplicadas foram excluídas por meio do programa gerenciador de referências EndNote Web (Thomson Reuters).

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas, a partir dos critérios de elegibilidade: na primeira, avaliou-se os títulos e resumos e na segunda, os textos na íntegra. Nos casos de discordância sobre a elegibilidade dos estudos, foi consultado um expert em violência para definição.

As informações dos artigos foram extraídas e compiladas em planilhas eletrônicas, onde foram registradas as características gerais dos artigos, informações de prevalência e fatores associados à violência sexual contra a mulher.

Análise dos dados

Os estudos selecionados foram analisados de forma descritiva e agrupados de acordo com os seguintes eixos: autores, ano de publicação, país de origem, fonte das informações, tipo de estudo, tamanho da amostra, faixa etária das participantes (Tabela 1); instrumento de mensuração da violência, período recordatório, prevalência da violência sexual e seus respectivos intervalos de confiança com 95 % (IC 95 %) (Tabela 2); tipo de análise estatística realizada e fatores associados encontrados (Tabela 3).

Tabela 1. Caracterização dos estudos sobre violência sexual contra a mulher

Autor e ano de publicação	País	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Faixa etária dos participantes
Stöckl, et al. 2011	Alemanha	Transversal	3.866	16 – 49
Ali, et al. 2011	Paquistão	Transversal	759	25 – 60
Puri, et al. 2012	Nepal	Transversal	1.296	15 – 24
Barrett, et al. 2012	Ucrânia	Transversal	2.423	15 – 49
Maddowall, et al. 2013	Grã-Bretanha	Transversal	8.409	16 – 74
Breindling, et al. 2014	Estados Unidos	Transversal	6.879	>18
Mishra, et al. 2014	Índia	Transversal	144	>18
Dalal, et al. 2014	Nepal	Transversal	4.197	15 – 49
Ajah, et al. 2014	Nigéria	Transversal	836	15 – 49
Black, et al. 2014	Estados Unidos	Transversal	115.030	>18
Mukanangana, et al. 2014	Zimbábue	Transversal	126	15 – 49
Castañeda, et al. 2014	Espanha	Transversal	1.713	15 – 16
Dossa, et al. 2015	República Democrática do Congo	Transversal	320	15 – 45
Rahman, 2015	Bangladesh	Transversal	1.875	15 – 49
Mondin, et al. 2016	Brasil	Transversal	880	18 – 24

Tabela 2. Prevalência da violência sexual contra a mulher

Autor, ano de publicação	Instrumento de mensuração da violência sexual	Período recordatório da violência	Prevalência de violência sexual	IC 95%
Stöckl, et al. 2011	CTS** - Versão modificada	no relacionamento atual	1% VS por parceiro íntimo	ND
Ali, et al. 2011	Questionário WHO*	ao longo da vida e nos últimos 12 meses	54,5% VS na vida e 53,4% no ano anterior à pesquisa por parceiro íntimo	ND
Puri et al, 2012	Questionário WHO*	ao longo da vida e nos últimos 12 meses	46% VS pelo marido; 31% reportaram VS nos 12 meses	ND
Barrett et al, 2012	Questionário próprio	ao longo da vida	3% VS por parceiro íntimo	ND
Maccowall et al, 2013	Questionário próprio	ao longo da vida (>13 anos)	9,8% de VS	9,0–10,5
Breiding et al, 2014	Questionário próprio	ao longo da vida e nos últimos 12 meses	19,3% estupro durante a vida; 1,6% estupro nos últimos 12 meses	17,9–20,81,1–2,2
Mishra et al, 2014	Questionário próprio	ao longo da vida	4,6% (n=7) sofreram VS	ND
Dalal et al, 2014	Questionário WHO* e CTS**	ao longo da vida	14,7 % VS por parceiro íntimo	ND
Ajah et al, 2014	Questionário WHO*	ao longo da vida	6,4% na área rural e 4,3% na área urbana	ND
Black et al, 2014	Pesquisa por telefone com questionário próprio	nos últimos 12 meses	3,5 % sofreram VS	3,2 - 3,7
Mukanangana et al, 2014	Questionário próprio	ND	31% estupro por um estranho e 92% estupro marital	ND
Castañeda et al, 2014	Questionário próprio	nos últimos 12 meses	5,3 % sofreram VS por parceiros íntimos	4,1- 6,5
Dossa et al, 2015	Questionário próprio	ao longo da vida	36 % sofreram VS	ND
Rahman, 2015	CTS** - versão curta e modificada	ao longo da vida	13,4 % sofreram VS cometida pelo marido	ND
Mondin et al, 2016	Questionário próprio	ao longo da vida	4,1% sofreu VS	ND

* Questionário WHO - Questionário do estudo multipaíses desenvolvido pelo Organização Mundial de Saúde: Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence; ** CTS – Conflict Tactics Scale; *** ND - Não disponível no estudo

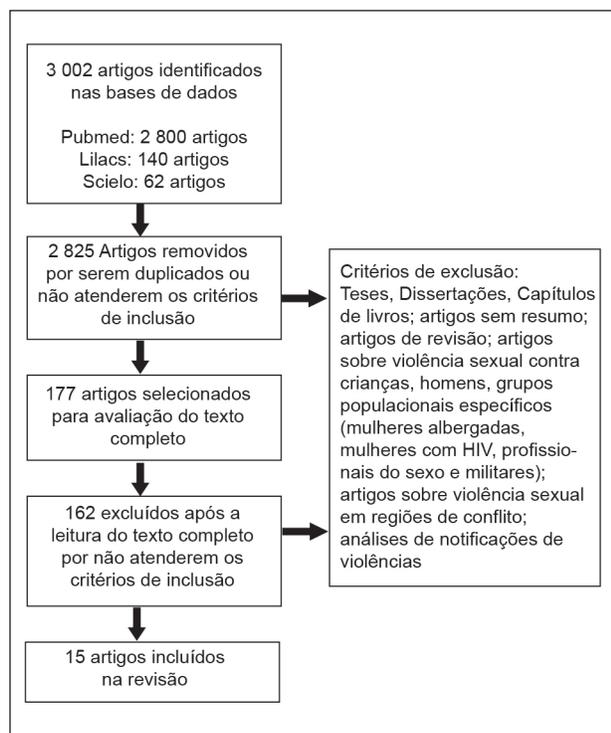
Tabela 3. Fatores associados à violência sexual contra a mulher

Autor, ano de publicação	Tipo de análise estatística	Fatores associados
Stöckl, et al. 2011	Regressão Logística	- Baixa escolaridade e formação profissional para o casal; mulher com escolaridade e formação profissional superior ao homem; - O uso de droga pela mulher nos 5 anos anteriores, experiência de violência por não parceiro e doença crônica de deficiência ou debilitante; - Se o homem ou o casal, fazem uso de álcool excessivamente; ter mais de três filhos, estar em relacionamento entre 3-5 anos, sentir-se sozinha e nunca receber visitas.
Ali, et al. 2011	Regressão Logística	- Falta de educação formal para a mulher; mais de cinco membros da família vivendo juntos e baixo nível socioeconômico.
Puri et al, 2012	Regressão Logística	- Idade jovem; ter maridos mais velhos (>35); ser muçulmana; não ter filhos; - Ter maridos tiveram parceiras sexuais casuais ou mais de uma esposa; - O homem com alta educação foi um fator protetor contra a violência sexual; o status/ autonomia das mulheres foi significativo e protetor; A comunicação entre os cônjuges também foi positiva.
Barrett et al, 2012	Regressão Logística	- Hábito de beber do parceiro.
Maccowall et al, 2013	Regressão Logística	- Saúde frágil; doença crônica ou incapacidade e tratamento para saúde mental, tabagismo e uso de drogas não prescritas no ano anterior para ambos os sexos, e com compulsão alcoólica em mulheres. - Iniciação sexual antes dos 16 anos; experiência sexual com pessoas do mesmo sexo, aborto e gravidez antes dos 18 anos.
Breiding et al, 2014	Frequências e tabulações cruzadas	- Ser não-hispânico e ter cor de pele não-branca; Uso de álcool e/ou drogas.
Castañeda et al, 2014	Regressão de Poisson	- Distúrbio alimentar, conduta sexual de risco, consumo excessivo de álcool e percepção de saúde ruim.
Mukanangana et al, 2014	Distribuição de frequências relativas e intervalo de confiança de 95%	- Baixa escolaridade: 95% das vítimas agredidas por estranhos tinham nível primário. - Impactos na saúde: a maioria das vítimas de VS sofreram trauma psicológico (89%), exposição a DSTs (incluindo HIV) (88%), gravidez indesejada (83%), perda da libido (82%) e abortos ilegais (80%); sangramento vaginal (78%), irritação genital (76%) e infecção do trato urinário (72%).
Black et al, 2014	Regressão Logística	- Ser negra ou de etnia não hispânica; ter idade entre 18 e 24 anos; ter baixa renda.
Mishra et al, 2014	Regressão Logística	- Alcoolismo, nível de alfabetização e ser dona de casa.
Dalal et al, 2014	Regressão Logística	- Relatar medo em relação ao companheiro foi associado a sofrer VS; decisão conjunta sobre o uso de contraceptivos e não controlada pelos maridos associou-se a menores chances de VS.
Ajah et al, 2014	Teste qui-quadrado	- Investigou-se o local de residência: rural ou urbano, porém não houve diferença significativa.
Dossa et al, 2015	Regressão Logística	- Sintomas de angústia psicológica; transtorno de estresse pós-traumático; dor pélvica.
Rahman, 2015	Regressão Logística	- Não houve associações significativas entre sofrer VPI e qualquer forma de interrupção da gravidez
Mondin et al, 2016	Regressão de Poisson	- Episódios mistos (mania e depressão simultaneamente), de depressão e risco de suicídio.

RESULTADOS

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Lilacs, Scielo e Pubmed/Medline, totalizando 3 002 artigos, destes foram excluídos 2 825 artigos após a leitura de título e resumo, por não atenderem os critérios de inclusão ou serem duplicados entre as bases. Dentre os 177 artigos restantes, 162 foram excluídos após a leitura completa, restando ao final desse processo, 15 artigos que se constituíram enquanto objeto desse estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos



Foram encontrados 15 estudos de base populacional que tratam de prevalência e fatores associados da vs contra as mulheres. A seguir, relatam-se as características gerais destes artigos, trazidas de diferentes realidades socioculturais, com utilização de diferentes instrumentos.

O maior número de publicações ocorreu no ano de 2014, visto o quantitativo encontrado para esta revisão (n=7). Em 2011, 2012 e 2015 houve duas publicações em cada ano, e em 2013 e 2016, uma a cada ano. Em relação aos locais de publicação, evidencia-se que a Ásia (n=5) tem maior número de artigos, sendo dois deles no Nepal. Em seguida predominaram estudos europeus (n=4), africanos (n=3), dos Estados Unidos (EUA) (n=2), e um estudo latino americano representado pelo Brasil. Referente ao tipo de estudo, predominou a abordagem transversal, conduzido em 15 dos artigos objeto do estudo.

O tamanho da amostra dos estudos varia entre 126 (11) e 115 030 mulheres (12). Dentre as mulheres adultas e adolescentes investigadas, a faixa etária predominantemente foi de 15-49 anos (n=5). Foram dez os estudos que incluíram adolescentes, sendo que um deles analisou exclusivamente as idades de 15 e 16 anos (13). Cinco contemplam a participação apenas de mulheres adultas, enquanto outros três têm como único critério de faixa etária mulheres acima de 18 anos.

Prevalência de violência sexual

No continente africano encontraram-se as maiores taxas de prevalência, sendo 36 % na República Democrática do Congo. Os menores coeficientes foram encontrados nos países europeus, sendo 1 % na Alemanha no relacionamento atual e 3 % na Ucrânia ao longo da vida, ambos entre parceiros íntimos.

A prevalência de vs apresentou grande variação entre os países, sendo os menores coeficientes nos EUA, 1,6 % e 3,5 % nos últimos 12 meses (12,14). No estudo brasileiro, a prevalência foi de 4,1 % de vs contra mulheres ao longo da vida, enquanto no Zimbábue chama atenção o alto índice 92 % no relacionamento atual (11,15).

Nos EUA, houve dois estudos que identificaram coeficientes de 19,3 % (IC 95 %: 17,9–20,8) para vs sofrida durante a vida e 1,6 % (IC 95 %: 1,1–2,2) no último ano (14). Enquanto no estudo de Black (12) encontrou-se que 3,5 % das mulheres sofreram vs nos 12 meses anteriores (IC 95 %: 3,2–3,7). Na Grã-Bretanha, Macdowall (16), traz a taxa de 9,8 % (IC 95 %: 9–10,5 %) para mulheres que sofreram vs a partir dos 13 anos de idade.

Os estudos também dão visibilidade às vs sofridas pelas mulheres na adolescência. Como exemplo, em Madrid na Espanha, Castaneda (13) analisaram jovens de 15 e 16 anos e encontraram prevalência de 5,3 % (IC 95 %: 4,1–6,5). Na Grã-Bretanha, Macdowall (16), em estudo com mulheres entre 16 e 74 anos, encontrou prevalências de violência sexual entre mulheres de 25 a 34 anos de 9,7 % (IC 95 %: 8,5–11,2) e entre 35 e 44 anos de 12,5 % (IC 95 %: 10,5–14,7). Mensurando que, em comparação com as adolescentes, há maior número de casos entre adultas na Europa.

No Nepal (17), pesquisaram jovens de 15 a 24 anos, encontrando prevalências de 46 % de violência sexual cometida pelo marido, em algum momento da vida e 31 % nos 12 meses anteriores. Para as adolescentes, entre 15 e 17 anos, a ocorrência de vs foi superior, sendo 51,9 % na vida e 45,6 % nos últimos 12 meses. Destaca-se a vs entre as adolescentes que as adultas no Nepal, apresentando decréscimo com o aumento da idade. Por outro lado, em estudo na Índia, que investigou mulheres adultas (>18 anos), a prevalência de vs por parceiro íntimo foi de 4,6 %

essa proporção bastante inferior quando comparada aos demais estudos desse continente.

Os casos de violência contra a mulher nas regiões urbana e rural na Nigéria são comparados por Ajah (18), onde 6,4 % das mulheres da área rural e 4,3 % da área urbana sofreram vs ao longo da vida.

Nos estudos objeto dessa análise, foram utilizados diferentes instrumentos de mensuração, com predominância de questionários próprios (n=9), seguidos pelo uso do questionário World Health Organization (WHO) (n=4) e do Conflict Tactics Scale (CTS) (n=2). As diferenças metodológicas na forma de identificação da vs contribuem para a variação entre as taxas de prevalência encontradas. As prevalências de violência sexual contra mulheres estão descritas na Tabela 2.

Fatores associados à violência sexual

A baixa escolaridade destacou-se dentre os fatores socioeconômicos, trazida por Mukanangana (11) onde 95 % das mulheres que sofreram violência sexual por parte de estranhos possuíam nível primário, enquanto Mishra (19) relacionaram ao analfabetismo e a mulher ser do lar, ter baixa escolaridade e baixa renda (12,20,21).

Mulheres de idade mais jovem estavam mais propensas a sofrerem vs por parte do marido, bem como as com maridos mais velhos (mais de 35 anos) (17), Para Black (12), as mulheres jovens (18-24 anos) foram mais expostas à violência sexual.

Em relação à religião, as muçulmanas estavam mais propensas a vs por parte dos parceiros íntimos. Aquelas cujos maridos tiveram parceiras sexuais casuais ou mais de uma esposa e mulheres sem filhos foram fatores de risco significativos para sofrer vs do parceiro íntimo. Cor de pele e etnia das mulheres foi abordada nos dois estudos estadunidenses, sendo as negras e não-hispânicas com maior chance de sofrer violência sexual (12,14).

O uso de álcool foi o mais frequente dentre os comportamentos relacionados à saúde (n=5), seguido do uso de outras drogas (n=3) e tabaco (n=1). A maioria dos estudos (n=4) remete o uso de álcool pela mulher como fator associado à vs, porém Barrett (22) encontrou associação do uso de álcool pelo parceiro à violência sexual contra a parceira.

O fator de saúde mental esteve associado à vs (16), com relatos de sintomas de estresse pós-traumático, de angústia psicológica e trauma psicológico (11,23). No estudo brasileiro, apresenta-se a relação de episódios mistos de mania e depressão, além da depressão e risco para suicídio em mulheres que sofreram violência sexual (15). Ainda, o medo que a mulher sente do companheiro foi um fator associado à vs, no Nepal (24).

Os fatores de saúde sexual e saúde reprodutiva associados à vs, foram: infecções sexualmente transmissíveis (ISTs),

gestações indesejadas, abortos ilegais, perda da libido, sangramento vaginal, irritação vaginal, infecção do trato urinário e dor pélvica (11,23). Atribui-se também às mulheres que tiveram suas primeiras experiências sexuais antes dos 16 anos, experiências homossexuais, e gestações e abortos antes dos 18 anos a relação com as vs vividas (16). Em oposição, não houve associação entre os casos de vs por parceiros íntimos às interrupções de gestação em Bangladesh (25).

Ainda, condutas sexuais de risco (primeiras relações sexuais antes dos 15 anos, não ter usado preservativo na última relação, mais de três parcerias nos últimos seis meses), consumo excessivo de álcool, distúrbios alimentares e autopercepção de saúde ruim foram associados à vs, no estudo realizado somente com adolescentes na Espanha (13). Os fatores associados às violências sexuais sofridas pelas mulheres são descritos e detalhados na Tabela 3.

DISCUSSÃO

A violência sexual em países da África e Ásia apresenta-se nas pesquisas com maiores prevalências que na Europa, EUA e Brasil. Aqueles países representam heranças de iniquidades sociais e consequentemente iniquidades de gênero, as quais são legitimadas pela religião. Mukanangana (11), afirma que os determinantes socioeconômicos, socioculturais e religião irão condicionar uma cultura do silêncio em relação às violências de gênero.

As violências de gênero estão expressas das mais diversas maneiras nos estudos, visto que mulheres sofrem diferentes formas de violência sexual cotidiana, não se resumindo à relação sexual/penetração forçada, que embora seja a mais grave forma da vs, não é a única. São também manifestações de vs os toques indesejados, insinuações, comentários constrangedores, exposição à/em materiais pornográficos, sem consentimento, causando ofensa às liberdades humana e sexual, aos seus direitos sexuais e reprodutivos (12,14,16,26).

As prevalências de vs cometida por parceiro íntimo foram maiores quando comparada a agressores conhecidos e desconhecidos. Embora a violência sexual, enquanto violência de gênero ocorra no âmbito de toda a sociedade, na maior parte das vezes, ela se expressa nos ambientes privados (27-28). Demonstra-se que, apesar da relação de confiança suposta nos relacionamentos conjugais, muitas das vezes, estes se tornam espaços violentos, dos quais por vários motivos (dependências econômicas, afetiva, cuidado com os filhos, coerções, constrangimentos, falta de apoio, etc.) as mulheres não conseguem desligar-se (29).

O contexto sociocultural de Bangladesh (25), os aspectos culturais do medo e vergonha, dificultam que as mulheres falem sobre as violências cometidas pelo parceiro. Esta

invisibilidade da violência doméstica é vista também no Paquistão (20) e na Índia (19). Neste sentido, Minayo (30) aborda que a violência é uma agressão intencional, sendo utilizada como instrumento de reafirmação de relações de poder, de uma dominação de quem agride e de uma suposta submissão e subordinação de quem é agredido.

Os estudos incluindo as adolescentes são predominantes, porém apenas um aborda somente esta faixa etária, explorando a vs sofrida no relacionamento íntimo. A centralidade dos estudos incluídos na faixa etária de 15-49 anos, contribui para que se dê mais visibilidade à prevalência a vs ocorrida no relacionamento íntimo. Porém, entre as adolescentes mais jovens (10-15 anos), a vs cometida por familiares ou estranhos ocorre com maior frequência, sendo esta subpesquisada nos estudos de base populacional mais recentes.

Na Ásia, a prevalência de vs perpetrada pelo parceiro entre adolescentes foi maior que nas adultas, já na Europa ocorreu o oposto. Uma possível análise para esse fato, remete a questões culturais relativas ao casamento. No Nepal, a média da idade da mulher ao casar é de 17 anos, sendo que 70 % destes casamentos são arranjos (17). Do contrário, na Europa, onde as mulheres em geral se casam na idade adulta, é observado que as vs pelo parceiro apresentam maior número entre adultas do que entre adolescentes (13,16). É preciso, no entanto, observar que a vs é uma violência de gênero, e como tal, expõe múltiplas desigualdades, podendo inclusive invisibilizar este agravo, de acordo com o contexto social (31).

Nos estudos encontrados, entre os fatores associados às vs sofridas pelas mulheres, estão os sociodemográficos, como a idade, a escolaridade e o emprego. O fato das mulheres terem acesso ao estudo e emprego, são fatores de enfrentamento e proteção às violências de gênero, sendo 60 % menor a chance de sofrerem violência sexual nesses casos (17). Dalal (24) reforçam a necessidade de que políticas sejam implementadas possibilitando quebrar barreiras de gênero, priorizando a educação para as mulheres. A maior autonomia também é trazida por demais autores (11,16,19) como fator de proteção para a vs. A própria negociação conjunta de contraceptivos é um indicador de autonomia das mulheres no relacionamento íntimo, confirmando o empoderamento como fator de proteção da violência, além da liberdade para o cuidado da própria saúde (24).

As condições de saúde física e mental são fatores importantes a considerar, visto que se manifestam, sobretudo como impactos das violências sofridas. O uso de álcool e outras drogas podem trazer consequências danosas à saúde das mulheres tanto em relação à vs quanto aos seus impactos diretos (13,16,21). As mortes destas mulheres e repercussão aos seus entes, ou suas lesões físicas,

psicológicas, como depressão e risco de suicídio, são expressões que marcam as violências de gênero (15-16,23).

Nesta revisão, encontrou-se associação entre comportamentos sexuais e vs (13,16,17). A inserção na vida sexual de forma prematura e forçada, possibilitou maiores exposições a comportamentos considerados de risco, tais como o não uso de preservativo e até os múltiplos parceiros. Entre as adolescentes, o comportamento sexual de risco na forma do não uso de preservativo na última relação, além do número de três parcerias ou mais, nos últimos seis meses, pode condicionar vs (13). É relevante destacar, que tais comportamentos de risco, podem ser adotados ou impostos, os quais irão refletir na sexualidade da mulher, se lhe será permitido vivê-la com autonomia ou não.

A exposição às ISTs, gestações indesejadas (com possíveis abortos inseguros), lesões ginecológicas, sangramentos, infecções e dores, limitam, se não bloqueiam, a vivência sexual saudável destas mulheres. As dificuldades em buscarem apoio são destacadas em estudo no Zimbábue. Este estudo chama a atenção para a discrepância importante nos relatos das mulheres sobre as violências graves sofridas, em comparação às violências perpetradas relatadas pelos homens (11).

Em consonância com tais achados, pesquisa com casais em Uganda, demonstrou haver uma relação muito próxima entre violência por parceiro íntimo e HIV, associando a vs com comportamentos sexuais de risco. Destaca-se que a exposição dos homens a múltiplas parcerias, parcerias extraconjugais em maior escala que as mulheres com as quais mantêm relacionamento conjugal, as expõem a risco de vs e também ao HIV. Compreende-se que a autonomia da mulher é ferida, visto que relacionamentos extraconjugais são autorizados ao homem e condenados socialmente às mulheres (26).

No Paquistão (20), também se relacionam as altas prevalências de violência a pouca autonomia e voz das mulheres. É autorizado pela família e sociedade ao homem violentar e à mulher, submeter-se. Revelam-se os papéis de gênero atribuídos, naturalizados e legitimados, de controle e poder por parte do homem. No Nepal (17), destaca-se que a vs entre as mulheres jovens casadas é comum, embora os determinantes sejam complexos e cíclicos, como a questão da religião muçulmana.

Entre as limitações encontradas nesta revisão, cita-se que há poucos estudos de base populacional, que limita a percepção das prevalências de vs no mundo. A concentração em estudos transversais limita o estabelecimento de relações causais entre a vs e os fatores associados. O tipo de estudo mais adotado, estudo transversal, expressa que os fomentos às pesquisas quanto às violências de gênero em geral são baixos, dificultando a sua continuidade

ou pesquisas de grande porte que a mensurem a médio e longo prazo. A diversidade metodológica entre os estudos, nos quais a vs é mensurada por diferentes instrumentos, ou tipo de agressor (parceiro íntimo, todos os agressores) também é um fator limitador. Chama a atenção a escassez de produções latino-americanas, limitando-se à produção brasileira, deixando de evidenciar as violências de gênero, presentes em nosso continente.

Compreendendo a importância da discussão do tema da vs, da sua contribuição para as políticas públicas, estas devem incluir os cuidados em saúde necessários às mulheres em situação de violência, e os serviços, devem estar preparados para tal. As lesões físicas, impactos na saúde mental, saúde sexual e saúde reprodutiva fazem parte do cotidiano dessas mulheres exigindo esforços que contemplem as suas reais necessidades. Certamente, isto passa pela educação e promoção da saúde em relação ao autocuidado e cuidado com o outro.

Ressalta-se que uma vida sem violência sexual contra as mulheres passa por uma formação social embasada em direitos humanos, transversalidade de gênero e pelo empoderamento das mulheres diante das iniquidades e relações de violência, enquanto busca da equidade de gênero ◊

REFERÊNCIAS

- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Women's Health*. 2014; 14:54.
- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006; 368(9543): 1260-9.
- Decker, M. R. Peitzmeier S, Olumide A, Acharya R, Ojengbade O, Covarrubias L, et al. Prevalence and health impact of intimate partner violence and non-partner sexual violence among female adolescents aged 15-19 years in vulnerable urban environments: a multi-country study. *J Adolesc Health*. 2014; 55(6 Suppl): S58-67.
- Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil. 1ª edição Brasília; 2015.
- Brasil. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo; 2016.
- Facuri CO, Fernandes MAS, 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 Pública*. 2013; 29(05): 889-898.
- Dahlber LL, Krug EG. Violência: um Problema Global de Saúde Pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 11(Sup): 1163-1178.
- Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a Mulher: Estudo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(04): 470-7.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes. 1ª edição Brasília; 2009.
- Mukanangana F, Moyo S, Zvoushe A, Rusinga O. Gender Based Violence and its Effects on Women's Reproductive Health: The Case of Hatcliffe, Harare, Zimbabwe. *Afr J Reprod Health*. 2014; 18(1): 110-22.
- Black MC, Basile KC, Breiding MJ, Ryan GW. Prevalence of Sexual Violence Against Women in 23 States and Two U.S. Territories, BRFSS 2005. *Violence Against Women*. 2014; 20(5): 485-499.
- Castañeda MP, Grande AMG, Díez-Gañán L, Sonego M, Gavin MAO. Violencia de Pareja en Jóvenes de 15 a 16 Años de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2014; 88(5): 639-52.
- Breiding MJ, Smith SG, Basile KC, Walters ML, Chen J, Merrick MT. Prevalence and characteristics of sexual violence, stalking, and intimate partner violence victimization—national intimate partner and sexual violence survey, United States, 2011. *MMWR Surveill. Summ*. 2014; 63(8): 1-18.
- Mondin TC, Cardoso TA, Jansen K, Konradt CE, Zaltron RF, Behenck MO, et al. Sexual violence, mood disorders and suicide risk: a population-based study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(03): 853-860.
- Macdonald W, Gibson LJ, Tanton C, Mercer CH, Lewis R, Clifton S, et al. Lifetime prevalence, associated factors, and circumstances of non-volitional sex in women and men in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013; 382(9907): 1845-55.
- Puri M, Frost M, Tamang J, Lamichhane P, Shah I. The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 291.
- Ajah LO, Iyoke CA, Nkwo PO, Nwakoby B, Ezeonu P. Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. *International Journal of Women's Health*. 2014, 2014(6): 865–872.
- Mishra A, Patne S, Tiwari R, Srivastava DK, Gour N, Bansal M. A Cross-sectional Study to Find out the Prevalence of Different Types of Domestic Violence in Gwalior City and to Identify the Various Risk and Protective Factors for Domestic Violence. *Indian J Community Med*. 2014; 39(1): 21-25.
- Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. 2011; 3: 105-15.
- Stöckl H, Heise L, Watts C. Factors Associated with Violence by a Current Partner in a Nationally Representative Sample of German Women. *Sociol Health Illn*. 2011; 33(5): 694-709.
- Barrett BJ, Habibov N, Chernyak E. Factors Affecting Prevalence and Extent of Intimate Partner Violence in Ukraine: Evidence From a Nationally Representative Survey. *Violence Against Women*. 2012; 18(10): 1147-1176.
- Dossa NI, Zunzunequi MV, Hatem M, Fraser WD. Mental Health Disorders Among Women Victims of Conflict-Related Sexual Violence in the Democratic Republic of Congo. *J Interpers Violence*. 2015; 30(13): 2199-2220.
- Dalal K, Wang S, Svanstrom L. Intimate partner violence against women in Nepal: an analysis through individual, empowerment, family and societal level factors. *J. Res. Health Sci*. 2014; 14(4): 251-7.
- Rahman M. Intimate partner violence and termination of pregnancy: a cross-sectional study of married Bangladeshi women. *Reprod Health*. 2015; 12: 102.

26. Francisco L, Abramsky T, Kiss L, Michau L, Musuya T, Kerrigan D, et al. Violence Against Women and HIV Risk Behaviors in Kampala, Uganda: Baseline Findings from the SASA! Study. *Violence Against Women*. 2013; 19(7): 814-832.
27. Lisboa TK, Teresa Kleba. Violência de Gênero, Políticas Públicas para o seu Enfrentamento e o Papel do Serviço Social. *Temporalis*. 2014; 14(27): 33-56.
28. Giffin K. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 1994; 10 (suppl 1): 146-155.
29. Moreira V, Boris GDJB, Venâncio N. O Estigma da Violência Sofrida por Mulheres na Relação com seus Parceiros Íntimos. *Psicol Soc*. 2011; 23(2): 398-406.
30. Minayo MCS. Conceitos, Teorias e Tipologias de Violência: a Violência Faz Mal à Saúde. In: *Impactos da Violência na Saúde*; 2013.
31. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc estado*. 2014; 29(2): 449-469.