

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Isabella Vitral Pinto

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES NO BRASIL: da  
notificação ao óbito**

Belo Horizonte

2022

Isabella Vitral Pinto

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES NO BRASIL: da  
notificação ao óbito**

Versão Preliminar

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Deborah  
Carvalho Malta

Coorientadora: Profa. Dra. Fátima  
Marinho

Belo Horizonte

2022

P659v Pinto, Isabella Vitral.  
Violência por parceiro íntimo em mulheres no Brasil [recursos eletrônicos]: da notificação ao óbito. / Isabella Vitral Pinto. - - Belo Horizonte: 2022.  
179f.: il.  
Formato: PDF.  
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.  
Coorientador (a): Fátima Marinho.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência de Gênero. 2. Sistemas de Informação em Saúde. 3. Monitoramento Epidemiológico. 4. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Marinho, Fátima Marinho. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 300

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
ATA DE DEFESA DE TESE

Às **14:00** horas do dia cinco de outubro de dois mil e vinte e dois, na Plataforma lifesize, pela Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de **ISABELLA VITRAL PINTO**. A presidência da sessão coube a Profa. Deborah Carvalho Malta - Orientadora (UFMG). Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Profa. Maria de Fátima Marinho de Souza (Vital Strategy), Profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino (UFBA), Prof. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (UFPI), Profa. Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG), Profa. Elaine Leandro Machado (UFMG). Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Tese de Doutorado**, intitulada: "***VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO EM MULHERES NO BRASIL: da notificação ao óbito.***" Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do candidato e do público e decidiu considerar **APROVADA** a **Tese de Doutorado**. O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

**Belo Horizonte, 05 de outubro 2022.**

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Profa. Deborah Carvalho Malta - Orientadora (UFMG)

Profa. Maria de Fátima Marinho de Souza (Vital Strategy)

Profa. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino (UFBA)

Prof. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas (UFPI)

Profa. Adalgisa Peixoto Ribeiro (UFMG)

Profa. Elaine Leandro Machado (UFMG)



Documento assinado eletronicamente por **Elaine Leandro Machado, Professora do Magistério Superior**, em 10/10/2022, às 19:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adalgisa Peixoto Ribeiro, Subchefe de departamento**, em 11/10/2022, às 07:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria de Fatima Marinho de Souza, Usuário Externo**, em 11/10/2022, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Usuário Externo**,



em 11/10/2022, às 11:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta, Professora do Magistério Superior**, em 14/10/2022, às 10:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino, Usuário Externo**, em 14/10/2022, às 13:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1818459** e o código CRC **18B91F9B**.

Dedico esta tese às trabalhadoras e aos  
trabalhadores do Sistema Único de  
Saúde.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Deborah, minha orientadora, pelos ensinamentos e pela generosidade em compartilhar tantas oportunidades para minha carreira acadêmica e profissional. Agradeço à Professora Fátima, minha coorientadora, pela confiança e a parceria nos projetos. Obrigada por acolherem minhas inquietações e acreditarem no meu trabalho.

Às companheiras do Grupo de Pesquisa “Violências, Gênero e Saúde” da Fiocruz Minas: trabalhar e aprender com vocês têm sido um privilégio. Obrigada pela acolhida e pelo companheirismo. Vocês são inspiração! À Diretoria e Gestão de Pessoas da Fiocruz Minas, obrigada pelo apoio na solicitação da licença capacitação.

Agradeço aos meus pais, Clarice e Lelio, por me proporcionarem oportunidades de educação que contribuíram de forma direta para meu percurso acadêmico. Amo vocês! À minha avó Léa, obrigada pelo carinho e pela convivência. Quanta saudade! Aos meus irmãos, Fabrizio e Giovanni, agradeço o exemplo e cuidado. Lucas, Luiza, Camila e Helena, ao brincar com vocês recarrego as energias. Obrigada por serem fonte de vida e criatividade. Ao João, agradeço o companheirismo cotidiano. Nosso amor é um tanto de saúde, um descanso na loucura.

Posso dizer que sou uma mulher de sorte. Tenho amigas e amigos que admiro e que me inspiram sempre. Letícia, Bia, Mariana, Marina, Alane, Marcela, Cris, Vinícius, Cláudia, Elsi, Thamara, Gabi, queridas e queridos de Brasília e BH, obrigada pelos diálogos, risadas e incentivos. Marcela Quaresma e Thaís Piazza, obrigada por compartilharem conhecimentos sobre o R e sobre o processo do doutorado. Mariângela, minha terapeuta, obrigada por ser porto.

Agradeço aos colegas, coordenação e direção do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde pela oportunidade de trabalho, pelo aprendizado e pelo acesso aos dados resultantes do *linkage*, fundamentais para o desenvolvimento desta tese.

Às secretárias e coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/FM/UFMG), obrigada pelo apoio e suporte.

Por fim, agradeço a presença dos meus filhinhos caninos, Lana e Dorival. Meus totens, companheiros inseparáveis, que na simplicidade do instinto me oferecem o bem-querer mais puro. Sou mais feliz com vocês.

“No real da vida, as coisas acabam com menos formato, nem acabam. Melhor assim.  
Pelejar por exato, dá erro contra a gente. Não se queira. Viver é muito perigoso...”

(João Guimarães Rosa, Grande Sertão: Veredas, 1963)

## Resumo

**Introdução:** A violência por parceiro íntimo (VPI) é entendida como a agressão que pode incluir perseguição e violências física, sexual, psicológica e econômica no âmbito de uma relação íntima afetiva, amorosa e/ou sexual. A VPI impacta diretamente a saúde de mulheres a curto, a médio ou a longo prazo, podendo levá-las a óbito. Nesse sentido, o setor de saúde tem papel fundamental na geração de evidências a partir dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

**Objetivos:** Realizar análise epidemiológica da violência por parceiro íntimo em mulheres a partir das notificações realizadas pelos serviços de saúde e dos registros de óbitos.

**Métodos:** Esta tese desenvolveu quatro estudos. O Estudo 1 teve desenho do tipo ecológico de série temporal, por meio dos dados de notificação de violências no SINAN, de todo o Brasil, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2021. Utilizou-se a regressão de Prais-Winsten para a análise de tendência de 2011 a 2020. Adicionalmente, realizou-se uma previsão das taxas de notificação para o intervalo entre março de 2020 e agosto de 2021, a fim de identificar o impacto da covid-19 no registro das notificações de VPI. O Estudo 2, por sua vez, foi do tipo observacional descritivo, utilizando dados de óbito por violência interpessoal estimados pelo Estudo de Carga Global de Doenças (GBD) de 2019. Foram apresentadas as variações entre 1990 e 2019 para as seguintes métricas: taxa de mortalidade e taxa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALY), segundo o Brasil e as 27 Unidades da Federação (UF). Os Estudos 3 e 4 foram desenvolvidos a partir da base de dados resultante do *linkage* probabilístico entre os dados do SIM e do SINAN. O Estudo 3 foi do tipo caso-controle, sendo que grupo dos casos foi composto por mulheres de 15 a 59 anos, com notificação de VPI, no SINAN, e óbito por qualquer causa básica, no SIM, de 2011 a setembro de 2017. O grupo de controle consistiu em mulheres de faixa etária igual, com notificação de VPI no SINAN e mesmo município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM. Fez-se a análise de regressão logística para estimar a razão de chance de óbito. Já o Estudo 4 foi do tipo coorte retrospectiva, no qual foram selecionadas pessoas do sexo feminino, de 15 a 59 anos, com uma notificação de violência interpessoal no SINAN entre junho de 2015 e junho de 2016. Elas foram acompanhadas para identificação de óbito por qualquer causa básica no SIM até junho de 2017. Realizou-se análise de sobrevivência por risco específico e risco competitivo, com cálculo do Kaplan-Meier e Função de Incidência Acumulada (FIA). Avaliaram-se também os modelos de Cox e Fine and Gray para identificar a associação entre o óbito por agressão e a exposição à VPI.

**Resultados:** No Estudo 1, foram identificadas 532.813 notificações de VPI contra mulheres de 15 a 59 anos. Observou-se que a variação anual da taxa de incidência de notificação de VPI no período de 10 anos, de 2011 a 2020, foi crescente no Brasil e em 18 UF. A partir de março de 2020, caiu expressivamente o número absoluto e a taxa de notificação de VPI, o que pode ser atribuído, em grande medida, ao impacto da pandemia de covid-19 no registro desses eventos. O Estudo 2 constatou que as taxas de óbito por violência interpessoal no Brasil permaneceram estáveis entre 1990 e 2019. A avaliação por UF mostrou que somente Bahia apresentou variação positiva na taxa de óbito, enquanto Distrito Federal, Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram variação negativa. As demais UF permaneceram com taxas de óbito e de DALY sem variação significativa.

O Estudo 3 identificou 151.826 mulheres com notificação de VPI, das quais 2.538 morreram, sendo homicídio a principal causa de óbito. As seguintes características conferiram maior chance de óbito: raça/cor preta e amarela; deficiências; residir em área rural; violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; violência perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados. O Estudo 4 detectou 117.743 mulheres, de 15 a 59 anos, com notificação de violência interpessoal, entre as quais 818 foram a óbito. A FIA, ao final de dois anos, foi de 0,003, ou seja, uma taxa de mortalidade por agressão de, aproximadamente, 300 óbitos por 100.000 mulheres com notificação de violência interpessoal. Nas duas abordagens de análise de sobrevivência, a VPI não teve associação significativa com o óbito por agressão. Somente a categoria raça /cor “não branca” foi associada ao aumento da incidência do óbito por agressão, com elevação da taxa de óbito em 33% (HR (IC95%): 1,33 (1,08-1,65)).

**Conclusões:** O perfil epidemiológico das VPI contra mulheres, apresentado pelas notificações e pelos óbitos, se revelou um panorama preocupante, devido à magnitude dos casos e à relativa estabilidade do desfecho mais trágico. Pelo fato de o setor de saúde atender e cuidar de pessoas em situação de violência, há uma enorme oportunidade para a detecção precoce, para o registro dos casos no âmbito da vigilância epidemiológica, assim como para a realização de encaminhamentos adequados à rede intrasetorial e intersetorial, a fim de evitar os óbitos anunciados.

**Palavras-chave:** Violência Baseada em Gênero; Sistemas de Informação em Saúde; Vigilância Epidemiológica.

## Abstract

**Introduction:** Intimate partner violence (IPV) is interpreted as aggression that can include abuse, physical, sexual and economic violence within an affective, loving and/or sexual intimate relationship. IPV can directly affect women's health in the short or long term, and it could result in death. In this sense, the health sector has a fundamental role in generating data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and from the Mortality Information System (SIM).

**Objectives:** To carry out an epidemiological analysis of intimate partner violence against women based on notifications made by health services and death records.

**Methods:** This thesis developed four studies. Study 1 had an ecological time series design, using data from the notification of violence in SINAN, from all over Brazil, from January 2011 to August 2021. The Prais-Winsten regression was used for the trend analysis from 2011 to 2020. Additionally, a forecast of notification rates was performed for the interval between March 2020 and August 2021, in order to identify the impact of covid-19 on the registration of IPV notifications. Study 2, in turn, was of the descriptive observational type, using death data from interpersonal violence estimated by the 2019 Global Burden of Disease (GBD) Study. Variations between 1990 and 2019 were presented for the following metrics: rate of mortality and rate of disability adjusted life years (DALY), according to Brazil and the 27 Federation Units (UF). Studies 3 and 4 were developed from the database resulting from the probabilistic linkage between SIM and SINAN data. Study 3 was of the case-control type, and the group of cases consisted of women aged 15 to 59 years, with IPV notification, in SINAN, and death from any underlying cause, in SIM, from 2011 to September 2017. The control group consisted of women of the same age group, with IPV notification in SINAN and in the same municipality of residence of the cases, but without death registration in SIM. Logistic regression analysis was performed to estimate the odds ratio of death. Study 4 was a retrospective cohort, in which females, aged 15 to 59 years, with a notification of interpersonal violence on SINAN between June 2015 and June 2016 were selected to follow up for any underlying cause in SIM until June 2017. Survival analysis was performed by specific risk and competitive risk, with calculation of Kaplan-Meier and Cumulative Incidence Function (FIA). Cox and Fine and Gray models were also evaluated to identify the association between death from aggression and exposure to IPV.

**Results:** In Study 1, 532,813 reports of IPV against women aged 15 to 59 years were identified. It was observed that the annual variation in the incidence rate of IPV notification in the 10-year period, from 2011 to 2020, was increasing in Brazil and in 18 UF. As of March 2020, the absolute number and the notification rate of IPV dropped significantly, which can be largely attributed to the impact of the covid-19 pandemic on the registration of these events. Study 2 found that death rates from interpersonal violence in Brazil remained stable between 1990 and 2019. The evaluation by UF showed that only Bahia showed a positive variation in the death rate, while the Federal District, Rio de Janeiro and São Paulo showed a negative variation. The other UF remained with death and DALY rates without significant variation. Study 3 identified 151,826 women with IPV notification, of which 2,538 died, with homicide being the main cause of death. The following characteristics conferred a greater chance of death: black and asian race/color; disabilities; live in a rural area; physical violence, torture and multiple types combined;

violence perpetrated by firearms, sharp objects and multiple combined means. Study 4 detected 117,743 women, aged 15 to 59 years, with notification of interpersonal violence, among which 818 died. The FIA, at the end of two years, was 0.003, that is, a mortality rate from aggression of approximately 300 deaths per 100,000 women with notification of interpersonal violence. In the two survival analysis approaches, IPV had no significant association with death from aggression. Only the “non-white” race/color category was associated with an increased incidence of death from aggression, with an increase in the death rate by 33% (HR (95% CI): 1.33 (1.08-1.65))

**Conclusions:** The epidemiological profile of IPV against women, presented by notifications and deaths, proved to be a worrying panorama, due to the magnitude of the cases and the relative stability of the most tragic outcome. Because the health sector attends and takes care of people in situations of violence, there is an enormous opportunity for early detection, for the registration of cases within the scope of epidemiological surveillance, as well as for carrying out appropriate referrals to the intrasectoral and intersectoral network, in order to avoid the announced deaths.

**Keywords:** Gender-Based Violence; Health Information Systems; Epidemiological surveillance.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Estudo 1

Figura 1 - Número absoluto de notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) e taxa de incidência de notificação de VPI (por 100 mil) em mulheres de 15-59 anos, Brasil, 2011 a 2020.....64

### Estudo 2

Figure 1 - Death rate for interpersonal violence against females, according to age groups. Brazil, 1990 and 2019.....85

Figure 2 - Death rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, according to the year of death. Brazil, 1990 to 2019.....86

### Estudo 3

Figura 1 - Fluxograma do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a setembro/2017, e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no de 2011 a 2016, Brasil.....105

## LISTA DE TABELAS

### Estudo 1

Tabela 1 - Número e percentual de notificações de violência por parceiro íntimo segundo variáveis sócio-demográficas das mulheres e características dos eventos, Brasil, 2011 a 2021.....64

Tabela 2 - Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo e Annual Percent Change (APC) segundo as Unidades Federativas, Brasil, 2011 a 2020.....67

Tabela 3 - Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo e Annual Percent Change (APC) segundo faixas etárias e raça/cor, Brasil, 2011 a 2020....69

Tabela 4 - Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo em mulheres de 15 a 59 anos no SINAN e previsão para o período de março/2020 a agosto/2021 no Brasil.....70

### Estudo 2

Table 1 - Number of deaths, death rate, and DALY rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, and percentage variation of the measurements with 95% UI. Brazil, 1990 and 2019.....87

Table 2 - Death and DALY rates caused by interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, percent variation of rates between 1990 and 2019 and 95% uncertainty intervals according to states. Brazil, 1990 and 2019.....88

### Estudo 3

Tabela 1 - Distribuição percentual das características das mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo e das violências registradas, segundo óbito e não óbito, Brasil, 2011 a 2016.....106

Tabela 2 - Modelo final de regressão logística múltipla, a partir da amostra de treino selecionada. Brasil, 2011 a 2016.....108

### Estudo 4

Tabela 1 - Características das mulheres com notificação de violência interpessoal no SINAN em 2015 e 2106, Brasil.....125

Tabela 2 - Análise de sobrevivência por risco específico de óbito por agressão em mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal, Brasil, 2015-2017.....128

---

Tabela 3 - Risco de óbito por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, segundo modelos de riscos proporcionais de Cox, Brasil, 2015-2017.....130

Tabela 4 - Função de Incidência Acumulada de óbito por agressão em mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal, Brasil, 2015-2017.....131

Tabela 5 - Risco de óbito por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, segundo modelos de Fine-Gray para subdistribuição de riscos, Brasil, 2015-2017.....132

---

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APC	Annual Percentage Change (Variação Percentual Anual)
ARIMA	Autoregressive Integrated Moving Average (Média Móvel Integrada Autoregressiva)
CEDAW	Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres)
CGDANT	Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª Edição
CRAM	Centros de Referência de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência
CREAS	Centros de Referência Especializado da Assistência Social
CTS	Escala de Conflito Tático
DALY	Anos de vida perdidos por morte ou incapacidade
DASNT	Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DD	Declarations of Death
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
DHS	Pesquisa de Demografia e Saúde
DO	Declaração de Óbito
EUA	Estados Unidos da América
FIA	Função de Incidência Acumulada
FM	Faculdade de Medicina
GBD	Carga Global de Doenças
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HR	Hazard Ratio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
ICD-10	International Disease Code - 10th Edition (Classificação Internacional de Doenças 10ª Edição)
IHME	Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde
II	Intervalo de Incerteza
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
KM	Kaplan-Meier
LGBTQIA+	Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, <i>queer</i> ou demais identidades de gênero e orientações sexuais
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNRMA	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGSP	Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UI	Uncertainty intervals (Intervalo de Incerteza)
UN	United Nations (Organização das Nações Unidas)
VIF	Fator de inflação da variância
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VPI	Violência por parceiro íntimo
YLD	Years Lived with Disability (Anos de vida perdidos por incapacidades, causadas por doença, sequelas ou deficiências)
YLL	Years of Life Lost (Anos de vida perdidos por morte prematura)

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	20
<b>1 Considerações iniciais</b>	
1.1 Termos e conceitos acerca da violência vivenciada por mulheres .....	24
1.1.1 Da “violência contra a mulher” à “violência de gênero” .....	24
1.1.2 A escolha do termo “violência por parceiro íntimo” .....	26
1.2 Impactos da violência por parceiro íntimo na saúde e no óbito.....	29
1.2.1 Impactos da violência por parceiro íntimo na saúde das mulheres.....	29
1.2.2 Óbito de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.....	30
1.2.2.1 Taxas de óbito entre mulheres com registro de violência.....	31
1.2.2.2 Risco de óbito em mulheres com registro de violência.....	32
1.2.2.3 Fatores associados ao homicídio de mulheres em situação de violência.....	33
1.2.2.4 Feminicídio: homicídios por razão de gênero.....	35
1.3 Violência e saúde no Brasil: contribuições e desafios da vigilância em saúde.....	38
1.3.1 A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde para compreender os impactos da violência por parceiro íntimo.....	39
<b>2 Objetivos</b>	
2.1 Objetivo geral.....	44
2.2 Objetivos específicos.....	44
<b>3 Métodos</b>	
3.1 Desenho dos Estudos .....	46
3.2 Fonte dos dados.....	46
3.3 População selecionada.....	47
3.4 Variáveis.....	48
3.5 Métodos estatísticos.....	49
3.6 Questões éticas.....	50
<b>4 Resultados</b>	
4.1 Estudo 1: Tendência da incidência de violência por parceiro íntimo no Brasil, 2011 a 2021.....	52

4.2 Estudo 2: Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019.....	71
4.3 Estudo 3: Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil.....	90
4.4 Estudo 4: Risco de Mortalidade por agressão e outras causas em mulheres com notificação de violência interpessoal no Brasil.....	110
<b>5 Considerações Finais.....</b>	<b>133</b>
<b>6 Conclusões.....</b>	<b>138</b>
<b>7 Referências.....</b>	<b>141</b>
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	149
Anexo 2 – Estudo 2 Publicado.....	155
Anexo 3 – Artigo 3 Publicado.....	166
Anexo 4 – Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e/ou Autoprovocada do SINAN.....	179

## APRESENTAÇÃO

Meu encontro com o tema de violências e saúde ocorreu quando trabalhei na então Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANT) do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis (DASNT), no Ministério da Saúde (MS). No desenvolvimento de minhas atividades, contribuí com a implementação e o monitoramento do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), participei da capacitação de profissionais de estados e municípios com atuação na coordenação local do VIVA, assim como cooperei na elaboração de análises de situação de saúde para vigilância e prevenção de violências. Assim, essa experiência me permitiu conhecer as potencialidades e os desafios do VIVA, para colaborar com a produção de conhecimento acerca da magnitude das violências e fornecer subsídios para uma atenção integral do setor de saúde e uma articulação com a rede de proteção às pessoas em situação de violência.

Motivada pela aprovação no doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP/FM/UFMG), e por interesses pessoais, solicitei cessão ao Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Portanto, a partir de abril de 2019, passei a atuar no grupo de pesquisas “Violências, Gênero e Saúde”, em que trabalho com pesquisas sobre violências de gênero. Tal experiência tem me permitido conhecer as políticas e os serviços que atuam nas redes de enfrentamento das violências para além do setor de saúde, bem como proporcionado novos conhecimentos sobre metodologias de pesquisa qualitativa.

Contei um pouco da minha trajetória porque a construção e o desenvolvimento desta tese de doutorado foram atravessados pela minha experiência profissional nos últimos cinco anos. Considero que as perguntas da pesquisa, as formas de tentar resolvê-las e as discussões propostas foram gestadas na prática da vigilância em saúde no MS e das pesquisas realizadas na Fiocruz Minas.

O recorte pelo tema da violência por parceiro íntimo se deu graças ao meu interesse em compreender como o sistema de saúde pode contribuir com o enfrentamento de um problema social e de saúde pública que percorre a história das mulheres em diferentes contextos socioeconômicos e culturais. Os impactos da VPI na saúde física e mental da população são importantes causas de morbidade e mortalidade, demandando

cuidado integral e humanizado pelos serviços de saúde, os quais representam, muitas vezes, a porta de entrada para a assistência às mulheres.

Justamente por o setor saúde atender e cuidar de pessoas em situação de violência, há expressiva oportunidade de detecção precoce, registro dos casos no âmbito da vigilância epidemiológica e realização de encaminhamentos na rede intrasetorial ou intersetorial.

No campo da vigilância, o Sistema Único de Saúde (SUS) conta com diversos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que auxiliam no monitoramento de ocorrência das violências, assim como na elaboração e no aprimoramento de políticas públicas para seu enfrentamento. Os dados de saúde coletados sistematicamente são, assim, de uma riqueza inestimável para o entendimento de tendência de violências e óbitos por agressão no decorrer dos anos e das repercussões das violências na morbidade e na mortalidade, com o objetivo de evitar os óbitos anunciados.

Entretanto, é necessário empreender grande esforço para qualificar os registros, oferecer formação continuada aos trabalhadores, superar a fragmentação de informações disponíveis em diferentes sistemas e acompanhar os casos de forma longitudinal, ainda que com base em dados secundários.

Dessa maneira, este trabalho, desenvolvido ao longo do doutorado no PPGSP/FM/UFMG, realizou uma análise epidemiológica das violências por parceiro íntimo em mulheres no Brasil, a partir das notificações pelo setor de saúde, dos registros de óbito e do acompanhamento das mulheres com notificação até o desfecho de óbito.

A tese será apresentada no formato de artigo, conforme regulamentação do PPGSP/FM/UFMG. Ela está organizada nas seguintes seções: 1. Considerações iniciais, em que apresento a revisão da literatura sobre o tema, os problemas de pesquisa e as hipóteses a serem testadas; 2. Objetivos geral e específicos; 3. Métodos, em que exibo desenhos de estudo, fontes de dados, população selecionada, variáveis e análises estatísticas utilizadas; 4. Resultados, com a inclusão de quatro artigos científicos que pretenderam responder aos objetivos propostos; 5. Considerações finais, nas quais articulo as evidências produzidas e a contribuição da tese para a vigilância em saúde e o enfrentamento das violências por parceiro íntimo; 6. Conclusões; 7. Referências; e Anexos.

Destaco que o trabalho compôs o projeto “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?”, aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CAAE nº 31334820.5.0000.5149. Sua realização foi possível pela autorização do DASNT/MS para a utilização das bases de dados anonimizadas resultantes do relacionamento entre o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN).

## **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

---

## **1.1 Termos e conceitos acerca da violência vivenciada por mulheres**

Durante o percurso do doutorado, encontrei, na literatura, diversos termos utilizados em referência à violência experienciada por mulheres: violência contra a mulher, violência conjugal, violência doméstica, violência familiar ou intrafamiliar, violência por parceiro íntimo e violência de gênero. A bibliografia é extensa e inclui conhecimentos de diferentes campos, como ciências sociais, antropologia, psicologia, direito e saúde coletiva. Foi necessário fazer um levantamento sintético dos conceitos e dos usos empregados para delimitar qual seria o termo e o conceito a ser trabalhado na tese, tendo em vista as fontes dos dados adotados e suas limitações.

### **1.1.1 Da “violência contra a mulher” à “violência de gênero”**

O conceito de “violência contra a mulher” foi proposto por movimentos feministas na década de 1960 e se popularizou, no Brasil, no final de 1970, por meio de mobilizações contra o assassinato de mulheres, cujos agressores eram absolvidos com a tese jurídica de “legítima defesa da honra”<sup>1,2</sup>. À época, também eram usados os termos “violência conjugal”, para se referir às agressões no âmbito das relações conjugais, e “violência familiar ou intrafamiliar”, que englobava a vivência da violência por outros grupos, como crianças, adolescentes e idosos.

A noção de violência contra a mulher teve uma função relevante no início da década de 1980, pois foi utilizada com o intuito de divulgar e chamar a atenção para o problema das agressões sofridas por mulheres no espaço privado, e de incentivar a criação de serviços especializados para atendimento a mulheres em situação de violência, como os grupos SOS-Mulher, as Delegacias de Defesa das Mulheres e os Conselhos de Direitos das Mulheres<sup>2,3</sup>.

Nesse período, o termo “violência contra a mulher” era empregado de forma a consolidar polos opostos entre mulheres e homens, em que elas eram consideradas vítimas, seres passivos diante do patriarcado, e eles representavam agressores, aqueles que dominam os corpos femininos<sup>2,4</sup>. Desse modo, o termo se referia a uma mulher universal, expressando a opressão compartilhada pelas mulheres em função do sexo feminino, sem considerar as diferenças entre contextos sociais, históricos, culturais ou mesmo de outras desigualdades de poder, como raça, classe, etnia e geração<sup>2,4</sup>.

Pelo fato de a maior parte da violência contra a mulher acontecer no espaço doméstico, em relações conjugais ou familiares, o termo “violência doméstica” passou a ser utilizado como sinônimo <sup>2,3</sup>. No entanto, a violência doméstica englobava agressões cometidas por um rol maior de autores, incluindo familiares, parentes, parceiros íntimos ou conviventes no espaço doméstico, podendo afetar crianças, adolescentes e idosos <sup>5</sup>. Da mesma maneira, Debert e Gregori argumentam que o conceito não dava conta das desigualdades de poder envolvidas nas relações entre vítimas e agressores <sup>2</sup>.

No Brasil, o termo “violência doméstica e familiar contra a mulher” se popularizou com a Lei Maria da Penha <sup>6</sup>, que o utiliza para representar:

“qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I – no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II – no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III – em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.”

A partir da década de 1990, pesquisadoras brasileiras introduziram a categoria de gênero nas discussões acadêmicas, auxiliando-as na compreensão das relações sociais e das violências <sup>3,7</sup>.

De acordo com o conceito de gênero apresentado por Scott <sup>8</sup>, compreende-se se tratar de uma categoria que contribui para a análise das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos, bem como dá forma às relações de poder construídas no âmbito da família, da economia e da organização política <sup>8</sup>.

A categoria gênero permitiu a explicação das relações sociais e das diferenças sexuais segundo a cultura, o tempo e o lugar, considerando a dimensão simbólica e o imaginário social e negando os determinismos natural e biológico, e as oposições binárias entre masculino e feminino <sup>7,9</sup>. Portanto, indica uma nova concepção sobre as violências e amplia horizontes sobre as dinâmicas envolvidas nesses eventos.

Posto que gênero apresenta uma dimensão relacional, deve-se considerar que não há poder masculino absoluto, assim como não existe vitimização fixa das mulheres.

Ademais, as relações entre masculino e feminino não são estáticas; pelo contrário, movimentam-se ao longo do tempo e das culturas <sup>3,7</sup>.

Dessa forma, considerando que a violência é atravessada pela assimetria sexual e pelas desigualdades de gênero <sup>2</sup>, essa nova categoria situa as mulheres como sujeitos nas relações; contrapõe a ideia segundo a qual o homem é sempre agressor, e a mulher, sempre vítima; e articula outros marcadores sociais promotores de desigualdades <sup>2,7</sup>.

Portanto, a violência de gênero compreende naturezas de violência distintas (física, psicológica, sexual, patrimonial, entre outras) no âmbito das relações, em que se interseccionam gênero, classe, raça, geração e etnia, englobando, além das mulheres, crianças, adolescentes, idosos, homens e população de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queer* ou demais identidades de gênero e orientações sexuais (LGBTQIA+) <sup>3,7</sup>. Assim, a violência contra a mulher e a violência doméstica passam a ser entendidas como violências de gênero, havendo, em muitas produções acerca do tema, o uso desses termos como sinônimos.

Desse modo, os conceitos de violência contra a mulher, violência doméstica, violência intrafamiliar ou violência por parceiro íntimo devem ser entendidos conforme tal dimensão de gênero e como construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s) <sup>10</sup>. Disso se depreende que essas violências são fenômenos complexos e multifacetados, permeados por marcadores de raça, classe e geração e que, portanto, requerem atuação conjunta e intersetorial para enfrentamento do problema <sup>10</sup>.

### **1.1.2 A escolha do termo “Violência por parceiro íntimo”**

No campo da saúde pública, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde de 2002 <sup>11</sup>, da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual ainda é um marco referencial para a área, adotou o termo “violência por parceiro íntimo” como expressão mais evidente da violência contra a mulher e como sinônimo de violência de gênero nas relações íntimas.

A violência por parceiro íntimo é entendida como abuso ou agressão, podendo incluir perseguição e violências física, sexual, psicológica e econômica, que ocorre no âmbito de uma relação íntima de afeto, amorosa e/ou sexual <sup>12</sup>. Ela é perpetrada por um parceiro íntimo atual ou anterior, como cônjuge, namorado(a), noivo(a), ficante, amante

e parceiro sexual, podendo ou não morar na mesma residência e ser do mesmo sexo ou do sexo oposto <sup>12</sup>.

Embora o conceito de VPI considere a possibilidade de homens e mulheres vivenciarem essa situação, a literatura aponta uma prevalência maior de mulheres sofrerem tal tipo de violência nas relações em comparação aos homens <sup>12</sup>.

A violência contra as mulheres cometida por parceiros íntimos é um problema global e ocorre em sociedades com diferentes características socioeconômicas, religiosas ou culturais <sup>5</sup>. O modelo ecológico para a compreensão dos eventos de agressão, proposto pela OMS, considera que a VPI está associada a fatores em quatro níveis: individual, do relacionamento, da comunidade e da sociedade <sup>13</sup>. No primeiro, destacam-se o baixo nível educacional das mulheres, ser jovem, ser mulher em idade fértil, experiência anterior de violência na infância ou na família <sup>13,14</sup>. No tocante ao relacionamento, sobressaem as crises econômicas, os conflitos, o pedido de separação ou divórcio <sup>13</sup> e os padrões sexistas e misóginos na família. Já nos níveis mais distais, os fatores de risco para a VPI são desigualdades de gênero expressas nas normas sociais, baixa sanção legal em relação à VPI, aceitação da violência pela comunidade, conflitos armados, violência comunitária, pobreza e baixo *status* econômico e social das mulheres <sup>5,13</sup>.

A importância do monitoramento da VPI foi concretizada com a definição de indicadores específicos na Agenda 2030 <sup>15</sup>, na qual os 193 Estados-membros da Organização das Nações Unidas se comprometeram a eliminar as violências baseadas em gênero, nas esferas pública e privada. Para acompanhar essa meta, foi proposto como indicador a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) em meninas e mulheres, de 15 anos ou mais, nos últimos 12 meses.

De modo geral, a VPI é medida por meio de inquéritos, conduzidos por diferentes órgãos, base de dados da segurança pública e instituições envolvidas no enfrentamento da violência e bases de dados administrativos de órgãos públicos. No campo da saúde pública, a OMS desenvolveu um questionário para ser aplicado em inquéritos específicos. As Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) também contam com formulários específicos para avaliar o problema em mulheres em idade fértil, de 15 a 49 anos <sup>14</sup>.

Há inquéritos especializados em VPI que incluem faixas etárias mais alargadas, como mulheres de 18 a 64 anos, de 15 a 75 anos ou até de 15 anos e mais <sup>14</sup>. Outro importante instrumento é a Escala de Conflito Tático (CTS), usado em algumas pesquisas

no Brasil <sup>16</sup>. O país tem gerado dados sobre a VPI segundo inquéritos como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e os dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que inclui o VIVA Inquérito e as notificações de violência no SINAN.

Um estudo multicêntrico realizado em dez países, incluindo o Brasil, e conduzido pela Organização Mundial da Saúde, mostrou que, entre mulheres que já tiveram parceiros íntimos, de 13% a 61% reportaram experiência de violência física pelo parceiro <sup>13</sup>. A DHS feita em países da América Latina também apontou dados alarmantes desse agravo, revelando prevalências de 17% a 75% de VPI do tipo física ou sexual por mulheres casadas <sup>13</sup>.

A revisão de literatura da OMS, com estudos de 2000 a 2018, estimou que, globalmente, 27% (Intervalo de Incerteza (II): 23–31%) das mulheres de 15 a 49 anos, que estão ou estiveram casadas ou em relacionamento íntimo, vivenciaram VPI do tipo física e/ou sexual ao menos uma vez no decorrer da vida, sendo que 13% (II: 10-16%) vivenciaram essa violência no último ano <sup>14,17</sup>. Para o Brasil foi estimada a prevalência de 23% (II: 15–34%) de VPI do tipo física e/ou sexual ao menos uma vez no decorrer da vida <sup>14</sup>.

No país, um estudo com amostra representativa da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco identificou prevalência, pelo menos uma vez na vida, de mais de 41% de violência psicológica e de mais de 27% de violência física por parceiro íntimo entre mulheres <sup>18</sup>. Já a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostrou que 7,6% das mulheres brasileiras de 18 a 59 anos sofreram VPI nos últimos 12 meses <sup>19</sup>.

Tais informações apresentam um cenário de risco para as mulheres tanto no ambiente privado quanto nas relações sexuais e de afeto, tornando a VPI uma preocupação global e local. Os dados das notificações de violência no SINAN são de grande valia para o acompanhamento da incidência de novos casos notificados, podendo contribuir para o acompanhamento deles e para uma articulação com a rede de enfrentamento da violência contra as mulheres.

Levando em conta a importância da VPI para a área da saúde, o monitoramento da equidade de gênero em âmbito mundial e a possibilidade de operacionalizar seus dados por meio do SINAN, este trabalho adotou esse termo como expressão da violência de gênero contra as pessoas do sexo feminino, independentemente do sexo dos prováveis agressores, e incorpora, de maneira ampla, as diversidades de relações íntimas e de afeto.

## **1.2 Impactos da violência por parceiro íntimo na saúde e no óbito**

A literatura científica indica diversos impactos da VPI na saúde física, mental, reprodutiva e sexual das mulheres, podendo se manifestar de forma imediata ou a médio e longo prazos. A experiência dessa violência também pode afetar o cuidado com doenças crônicas e, ainda, dificultar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, ou seja, as agressões são importantes causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidades.

O desfecho mais trágico são os óbitos das mulheres, e muitos deles são fruto da violência crônica – portanto, poderiam ser evitados se houvesse um sistema eficaz de vigilância em saúde e de garantia dos direitos das mulheres.

### **1.2.1 Impactos da violência por parceiro íntimo na saúde das mulheres**

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a VPI pode gerar consequências imediatas e a longo prazo para a saúde das mulheres, aumentando o risco de depressão, tentativa de suicídio, síndrome de dor crônica, desordens psicossomáticas, lesões físicas, desordens gastrointestinais, síndrome do intestino irritável, além de diversos efeitos para a saúde reprodutiva e sexual, como gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis <sup>11</sup>. Adicionalmente, pesquisas também incluem como consequências o desenvolvimento de miomas, hipertensão, outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e uso de substâncias <sup>20-22</sup>.

Nos casos em que a VPI ocorre enquanto a mulher está grávida, a agressão pode causar consequências na gestante e no feto, podendo impactar o acesso ao pré-natal, provocar lesões no feto, contribuir para o nascimento de bebês prematuros ou com baixo peso e, no limite, causar abortos ou nascimento de natimortos <sup>11,23</sup>.

O estudo conduzido pela OMS e empreendido em diversos países identificou que mulheres em situação de VPI do tipo física e/ou sexual reportaram pior condição de saúde em comparação com aquelas sem experiência de VPI <sup>13</sup>. Além disso, mulheres com histórico de VPI também apresentaram maior nível de sofrimento mental, identificado por meio de sintomas como choro fácil, incapacidade de desfrutar a vida, fadiga e pensamento suicida nas quatro semanas antes da entrevista <sup>13</sup>.

O estudo de caso-controle conduzido por Campbell com mulheres de 21 a 55 anos de idade, em Washington, DC, nos Estados Unidos, mostrou que sujeitos do sexo feminino em situação de VPI apresentaram maior ocorrência de dor de cabeça, dores nas costas, infecção vaginal, problemas digestivos, doenças sexualmente transmissíveis, sangramento vaginal, dor durante o sexo, dor pélvica, infecção no trato urinário, perda de apetite e dor abdominal quando comparadas com mulheres sem vivência de VPI, mas que tiveram parceiro íntimo <sup>20</sup>.

Os impactos da VPI na saúde mental das mulheres e os traumas gerados podem repercutir em diversos níveis, desde desenvolvimento de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático até suicídio <sup>24</sup>. Estudo realizado nos Estados Unidos, com mulheres heterossexuais de 18 anos ou mais, indicou que aquelas que vivenciaram VPI do tipo física tiveram sete vezes mais chance de apresentar ideação suicida em comparação às mulheres sem experiência de VPI <sup>22</sup>.

Diante desses fatos, considera-se que as consequências da VPI afetam de forma negativa a condição de vida e saúde das mulheres, podendo contribuir para o aumento do risco de morte precoce <sup>21</sup>.

### **1.2.2 Óbito de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo**

A literatura internacional também demonstra risco elevado de homicídios perpetrados por parceiros íntimos entre as mulheres, sendo seis vezes maior do que entre os homens <sup>25</sup>. Nesse sentido, uma revisão sistemática encontrou que, de todos os homicídios de mulheres, 38,6% foram cometidos por parceiros íntimos <sup>25</sup>. Nos Estados Unidos, pesquisas apontam que de 45% a 55% dos assassinatos de mulheres foram praticados por parceiros íntimos <sup>24</sup>, ao passo que, no Reino Unido, esse valor chegou a 54% em 2009 <sup>25</sup>.

Apesar dos impactos da VPI na saúde das mulheres estarem bem documentados na literatura, o desfecho de óbito de mulheres em situação de violência tem sido menos investigado <sup>26</sup>. Isso se dá porque o óbito é um evento “raro” comparativamente à magnitude da violência não fatal e, ainda, porque não seria ético acompanhar os casos de VPI no tempo para identificar quais resultariam em morte <sup>27</sup>. Frente a essa situação, as(os) pesquisadoras(es) têm adotado metodologias retrospectivas a partir de bases de dados

secundárias e, em alguns casos, com complementação de dados primários, segundo inquéritos com mulheres vivas.

Além disso, na literatura que avalia a colaboração da VPI no óbito, a maior parte dos estudos selecionou a causa “homicídio”. Entende-se, portanto, a importância de avaliar um escopo mais abrangente de causas de óbito para apoiar políticas públicas de enfrentamento à violência <sup>24</sup>.

Nos próximos itens, será apresentada uma revisão da literatura com os estudos que buscaram compreender, por meio de métodos diversos, as repercussões da VPI no óbito, considerando diferenças entre as taxas de óbito de mulheres com e sem violência; risco de óbito entre mulheres com registro de violência anterior, incluindo VPI; e os principais fatores associados aos óbitos de mulheres em situação de violência.

### **1.2.2.1 Taxas de óbito entre mulheres com e sem registro de violência**

No Brasil, o Ministério da Saúde foi pioneiro ao produzir evidências sobre o impacto das violências no óbito de mulheres. Foi possível identificar três capítulos de livro <sup>28,29</sup> e dois artigos <sup>26,30</sup> que calcularam as razões de mortalidade em mulheres com e sem notificação de violência. As cinco produções utilizaram dois bancos de dados, resultantes do relacionamento probabilístico entre o SIM e o SINAN, elaborados pelo MS.

No primeiro *linkage*, foram utilizados os dados do SINAN, no período de 2011 a 2015, e os dados do SIM, entre 2011 e maio de 2016. Foram incluídas pessoas do sexo feminino de todas as idades, com notificação de violência e óbito pelas seguintes causas básicas: Pedestre traumatizado em um acidente de transporte (V01-V09), Outras causas externas de lesões acidentais (W00-X59), Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), Agressões (X85-Y09), Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), Complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84), Sequelas de causas externas (Y85-Y89) e Outras septicemias (A41) <sup>29</sup>. A comparação entre mulheres com e sem notificação de violência mostrou que as primeiras tiveram maior taxa de mortalidade por qualquer das causas selecionadas <sup>29</sup>. Quando cotejadas as taxas de óbito por agressão, observou-se que houve risco 20,4 vezes maior para as mulheres com notificação de violência <sup>29</sup>.

No segundo *linkage*, usaram-se os dados do SINAN e do SIM no período de 2011 a 2016. Foram incluídas pessoas do sexo feminino de todas as idades, com notificação de violência e óbito por todas as causas básicas, sendo selecionadas, para a apresentação dos resultados, causas externas e causas relativas a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) <sup>28</sup>.

Na avaliação da razão de mortalidade por DCNT entre indivíduos do sexo feminino com notificação de violência em relação àqueles sem, verificou-se que, em todas as faixas etárias, as razões mais elevadas se encontraram no grupo de “desordens mentais e uso de substâncias,” especialmente nas mulheres com até 59 anos <sup>28</sup>. Os resultados são ainda mais alarmantes quando considerados os óbitos por causas externas. As mulheres adultas com notificação de violência apresentaram risco 152 vezes maior de morrer por violências interpessoais e autoprovocadas, em comparação com a população feminina geral <sup>28</sup>.

Sandoval et al. identificaram que, entre 2014 e 2016, mulheres expostas à violência tiveram 8,3 (IC 95%: 8,2-8,5) vezes maior chance de mortalidade do que a população feminina geral. No mesmo período, mulheres com notificação de violência tiveram risco de mortalidade 51,2 (IC 95%: 49,6-52,8) vezes maior quando o óbito foi motivado por causas externas; 5,4 (IC 95%: 5,3-5,6) vezes maior quando o óbito foi por fatores não transmissíveis; e 6,7 (IC 95%: 6,1-7,2) vezes maior quando o óbito foi provocado por causas transmissíveis/maternas/neonatais/nutricionais <sup>26</sup>.

### **1.2.2.2 Risco de óbito em mulheres com registro de violência**

Os estudos que visaram compreender a associação entre a violência, incluindo a VPI, e o risco de óbito em mulheres, utilizaram a metodologia de análise de sobrevivência, considerando diferentes desfechos de óbito e grupos etários distintos.

Em Manitoba, no Canadá, pesquisadores realizaram uma coorte retrospectiva de base populacional usando o relacionamento de bases de dados da justiça, da saúde e da assistência social, incluindo mulheres de 18 a 64 anos, entre 2004 e 2016. Eles encontraram um risco de óbito por causa violenta (CID-10: X85-Y09, Y87.1, T74.0-T74.9) de 1,3 por 1.000 mulheres em situação de VPI e 0,3 por 1.000 mulheres sem VPI (HR ajustado: 4,56, IC95%: 2,30-9,16) <sup>31</sup>.

Nos Estados Unidos, um estudo investigou a possibilidade de morte de mulheres entre 50 e 79 anos que reportaram, no ano anterior, violência física, violência psicológica ou ambas, em comparação com indivíduos femininos que não indicaram a vivência dessas violências no mesmo período (Baker et al., 2009). De forma geral, os resultados mostraram que mulheres que sofreram violências (do tipo física e psicológica) tiveram risco de morte maior por doença cardiovascular e por “outras causas” em comparação com aquelas sem relato de violência (Baker et al., 2009). Entretanto, não foi encontrado risco aumentado de mortalidade por acidentes ou lesões em mulheres com relato de violência (Baker et al., 2009).

Na Austrália, pesquisadores avaliaram risco de morte, associado com exposição à violência por parceiro íntimo, em qualquer momento da vida, em mulheres de 70 a 75 anos (Cations et al., 2020). Os resultados sugeriram que mulheres idosas que autorreportaram exposição à VPI, em determinada circunstância na vida, morreram significativamente mais cedo que as que não indicaram esse tipo de violência (Cations, 2020).

Outro estudo australiano fez seguimento de 12 anos de uma coorte representativa nacional de mulheres idosas acompanhadas pelo Australian Longitudinal Study on Women's Health. Os pesquisadores utilizaram a mortalidade por todas as causas e as deficiências autorreferidas como os principais desfechos de saúde (Schofield, 2013). Como resultados, encontraram que a mortalidade foi associada, de forma positiva, à coerção, à dependência e a desânimo <sup>32</sup>.

### **1.2.2.3 Fatores associados ao homicídio de mulheres em situação de violência**

As pesquisas associam homicídios de mulheres a locais em que há altas taxas de homicídios de homens, aglomerados urbanos ou regiões com maior densidade populacional, desigualdade de renda, envolvimento com o crime organizado, tráfico de drogas e cenários onde a ordem patriarcal é mais rígida <sup>33-35</sup>.

Além dos fatores relacionados à violência comunitária e às desigualdades sociais, o homicídio de mulheres também é atravessado por normas sociais de gênero. O fato que ilustra claramente a violência de gênero envolvida nessas mortes é a alta proporção de parceiros íntimos como os autores dos crimes e o maior risco de homicídio em mulheres em situação de VPI.

Nesse sentido, pesquisas feitas nos Estados Unidos apresentaram as seguintes evidências: mulheres norte-americanas possuem maior chance de serem assassinadas por um parceiro íntimo que por outros autores<sup>36,37</sup>; a VPI foi precipitante em 48% dos homicídios de mulheres<sup>38</sup>; o principal fator de risco para homicídio por parceiro íntimo é a vivência de VPI anterior<sup>39</sup>; nos casos de homicídio por parceiro íntimo, 65% a 70% são precedidos por VPI<sup>39</sup>; 70% das mulheres mortas por homicídio, pelo parceiro íntimo, vivenciaram violência física antes do óbito<sup>36</sup>; mulheres em situação de VPI têm maior chance de sofrer danos à saúde ou de morrer em até dois anos após a separação<sup>37</sup>; mulheres jovens (25 a 29 anos) tiveram maior risco de morrer por VPI (entre as com 14 anos e mais)<sup>40</sup>; e mulheres negras e hispânicas tiveram maior risco de morrer por VPI em comparação às brancas e às não hispânicas<sup>40</sup>.

Um estudo produzido na Espanha observou uma maior chance de homicídio por parceiro íntimo em mulheres expostas à VPI que viviam em zona rural (municípios com menos de 10 mil habitantes), em comparação às que residiam em municípios com mais de 10 mil habitantes<sup>41</sup>.

Em Portugal, um estudo realizado em serviços de medicina legal, entre 2005 e 2007, contabilizou 102 mulheres, de 15 anos ou mais, com autópsia devido a homicídio<sup>42</sup>. Do total, 60,8% morreram no contexto de VPI.

Na África do Sul, a situação não é diferente. Pesquisa empreendida com amostra aleatória de 25 necrotérios apontou que, nos casos de homicídio em que a relação entre a mulher e o agressor era conhecida, 50,3% eram parceiros íntimos. Em situações de homicídio por parceiro íntimo, em 31,6% deles havia registro de história prévia de VPI, 90,0% das mulheres tinham 45 anos ou menos e eram pretas<sup>43</sup>.

No Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, foi encontrada associação positiva entre mortalidade feminina por agressão e duas covariáveis: coeficiente de hospitalização por álcool e existência de agressão e risco de morte pelo parceiro<sup>33</sup>. Outro estudo realizado com dados do estado de Pernambuco, a partir do *linkage* probabilístico entre SIM e SINAN, mostrou que as chances de homicídio de mulheres em situação de violência foram maiores para aquelas com registro de violência física, agressão por objeto cortante, agressão por arma de fogo e quando relatada reincidência de violência<sup>44</sup>.

Para gerar evidências de âmbito nacional, verifica-se que os dados de violência do SINAN têm potencial para promover o acompanhamento e o seguimento das mulheres com notificação de VPI, ampliando as ações de vigilância em saúde já realizadas.

#### **1.2.2.4 Femicídio: homicídios por razão de gênero**

Na história do Brasil, o assassinato de mulheres pelos companheiros foi, até recentemente, apoiado por leis e negligenciado pelo Estado. No período de 1603 a 1830, vigoraram as Ordenações Filipinas no campo do direito penal, segundo as quais não havia crime quando o homem assassinava sua mulher flagrada em adultério <sup>45</sup>. No século XX, observaram-se diferentes estratégias de absolvição dos assassinos de mulheres, desde a tese da “privação dos sentidos e da inteligência” até a “legítima defesa da honra” <sup>45</sup>.

A convivência do sistema de justiça, da sociedade e da mídia, que minimizavam essas violências e mortes, atribuindo-lhes caráter de crime passionai, de natureza íntima e episódico, despertou a reação dos movimentos de mulheres e feministas, especialmente a partir da década de 1970.

Buscava-se, então, compreender como as desigualdades de poder entre homens e mulheres, impostas pela estrutura patriarcal e pela dominação de gênero, produziam violências e ambientes domésticos inseguros para as mulheres e seus filhos. Essa assimetria dos papéis sociais representa uma posição de dependência e subordinação nas esferas privada e pública, repercutindo na divisão sexual do trabalho, nas responsabilidades das mulheres com o cuidado de crianças e idosos e na noção do direito ao corpo da mulher, que, por vezes, é entendido como propriedade do marido após o casamento <sup>46</sup>.

A dominação de gênero se expressa socialmente em crenças muito difundidas sobre o comportamento esperado de mulheres e homens, as quais refletem uma cultura de violência contra indivíduos femininos: o homem possui o direito de punir a mulher cujo comportamento é considerado “incorreto”; o sexo, no casamento, é um direito do homem; a mulher deve tolerar a violência para manter a família unida; há momentos em que as mulheres merecem ser agredidas; as meninas e as mulheres são responsáveis pelo controle dos impulsos sexuais dos homens, lidos como símbolo de masculinidade <sup>47</sup>.

Nesse contexto, o termo *femicide*, cunhado em 1976, por Diana Russel, foi utilizado para se referir ao assassinato feminino resultante da discriminação baseada no gênero, a partir do entendimento de que a neutralidade do conceito de homicídio não dava visibilidade à situação vivenciada pelas mulheres<sup>47,48</sup>. O termo foi usado para denunciar as mortes de mulheres em Ciudad Juárez, no México, onde incorporou dimensão política, adquiriu designação de feminicídio e alcançou maior visibilidade<sup>48</sup>.

O feminicídio é entendido como homicídio de mulheres pautado em gênero, no âmbito de negligência do Estado em garantir segurança para as mulheres em sua comunidade, no ambiente doméstico e nos espaços de trabalho e lazer<sup>35,47</sup>. Não se trata de um fato isolado na vida das vítimas, mas representa o ponto final em um *continuum* de violências e agressões, caracterizando essas mortes como “anunciadas” e evitáveis<sup>33-35,47</sup>.

A homogeneização/generalização dos homicídios de mulheres, considerando-os como feminicídios, teve papel importante para dar visibilidade ao problema e garantir agenda para seu enfrentamento<sup>47</sup>. No entanto, é preciso compreender os inúmeros contextos em que esses óbitos ocorrem, o impacto das violências estruturais e comunitárias e os marcadores de classe, raça e idade.

Nesse sentido, há um esforço em propor categorias de análise representando modalidades de feminicídio, a fim de explorar melhor as causas, os fatores relacionados e os cruzamentos com outras violações de direitos<sup>48</sup>. Entre elas, destaca-se o feminicídio íntimo, no qual sucede a morte da mulher cujo agressor tem relação atual ou pregressa de casamento (formal ou informal), coabitação, namoro ou parceria sexual.

Pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) consideram que os óbitos na residência sugerem relação de intimidade da vítima com o autor da violência e podem ser considerados *proxies* para o feminicídio<sup>49</sup>. A análise do local de ocorrência dos homicídios de mulheres revela a alta proporção de casos no domicílio, chegando a 29,2%, em 2018, no Brasil<sup>18</sup>. Segundo publicação do IPEA, a taxa de homicídio de mulheres na residência aumentou 8,3% de 2013 a 2018<sup>49</sup>, o que gera um alerta com relação aos eventos de violência contra as mulheres no espaço privado.

Recentemente, a Lei nº 13.104, de 2015, alterou o Código Penal no Brasil para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. Nessa norma, o feminicídio é compreendido como homicídio contra a mulher devido à condição do sexo feminino, pressupondo casos de violência doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher <sup>50</sup>.

Com base em dados das polícias civis dos estados e dos boletins de ocorrência, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública tem monitorado os casos de feminicídio registrados por essas autoridades a partir de 2016, primeiro ano completo de vigência da lei. A publicação do Fórum sinalizou aumento de 43% nos registros de feminicídio, passando de 929 ocorrências em 2016 para 1.326 em 2019 <sup>51</sup>.

Como a identificação, o registro e a investigação dependem da capacitação dos profissionais de segurança pública, assim como de condições estruturais e de pessoal, questiona-se se a elevação representa uma melhoria nos registros ou um aumento real dos casos <sup>51</sup>.

A avaliação dos microdados de feminicídios no Brasil, em 2019, mostrou que a maioria das mulheres era negra (66,6%), e a maior parte das mulheres (84,3%) se encontrava em idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos <sup>51</sup>. Nos casos em que a informação sobre o local de ocorrência e o vínculo com o autor estavam disponíveis, 58,9% dos feminicídios aconteceram na residência e 89,9% foram perpetrados por companheiros ou ex-companheiros das mulheres<sup>51</sup>.

Em 2020, a emergência de saúde pública de importância internacional causada pela covid-19 se apresentou como um novo fator que impactou a ocorrência da VPI e do feminicídio, já que o distanciamento e isolamento social aumentou a exposição das mulheres à VPI no espaço doméstico.

Em que pese o fato de a declaração de óbito, principal fonte sobre mortalidade no Brasil, não conter dados sobre o sexo do autor da agressão e o tipo de vínculo com a vítima, o documento tem se mostrado um relevante elemento para se verificar o comportamento das agressões contra as mulheres. Além disso, os dados do SIM, quando relacionados com os do SINAN, podem oferecer evidências acerca das principais causas de óbito de mulheres em situação de VPI.

### 1.3 Violência e saúde no Brasil: contribuições e desafios da vigilância em saúde

No Brasil, o campo da saúde é constantemente afetado pela manifestação das violências, o que tem provocado a formulação de políticas e a organização dos serviços e dos processos de trabalho no setor <sup>52</sup>.

Minayo aponta que a inclusão do tema da violência na pauta do setor de saúde ocorreu de forma lenta a partir da década de 1970, motivada por três principais fatores: a emergência de acidentes e violências como causas importantes de óbito e a consequente necessidade de atender lesões e traumas; a sensibilização de profissionais de saúde atuantes na assistência, especialmente médicos, enfermeiros e assistentes sociais, com relação aos casos de violências em crianças, muitas vezes provocadas por familiares, bem como os casos de violências com repercussão na saúde mental; e a atuação dos movimentos feministas, que pressionaram para a incorporação do tema da violência contra as mulheres na agenda da saúde <sup>52</sup>.

Na década de 1980, o tema entrou com mais vigor nas ações e nos serviços da saúde, especialmente com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pautado pelo movimento de mulheres <sup>52</sup>. Na mesma época, os movimentos de mulheres reivindicavam a criação das delegacias especializadas de atendimento às mulheres e dos conselhos de direitos das mulheres <sup>53</sup>.

Durante esse período, observou-se que a violência doméstica era compreendida principalmente como um problema vinculado ao direito, à segurança pública e à justiça, e menos como uma questão na esfera da saúde <sup>1</sup>.

Entretanto, desde os anos 1990, os movimentos feministas adotaram nova estratégia de ação e passaram a incorporar áreas inéditas na discussão da violência contra a mulher, como os direitos humanos, o desenvolvimento social e a saúde <sup>1</sup>. Assim, o problema seria disseminado e ganharia nova linguagem, para além da esfera punitivista.

A partir dos anos 2000, no entanto, houve um importante investimento na constituição de políticas públicas de saúde no enfrentamento ao problema. Em 2002, o relatório “Violência e Saúde”, da Organização Mundial da Saúde, consolidou a preocupação mundial no tocante ao tema, com destaque para as repercussões das VPI na saúde e no óbito das mulheres.

No Brasil, diversas ações foram consolidadas desde os anos 2000, a fim de incluir a preocupação com a violência na assistência e na área da vigilância em saúde.

### **1.3.1 A contribuição dos Sistemas de Informação em Saúde para compreender os impactos da violência por parceiro íntimo**

Um documento que se destaca, nesse contexto, é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), de 2001, que revelou a preocupação do país com a magnitude e a transcendência das violências, considerando as particularidades dos diferentes segmentos, como adolescentes, jovens e mulheres <sup>54</sup>.

O registro da ocorrência e o monitoramento das violências e dos acidentes nos serviços de saúde passaram a ser uma das prioridades da PNRMAV, em conjunto com diretrizes que articulam ações intersetoriais, qualificam o atendimento à vítima e priorizam a prevenção <sup>54</sup>.

A incorporação crescente da temática da violência baseada em gênero no campo da saúde encontrou terreno fértil no cenário político nacional e internacional da referida década. Em 2001, o Brasil foi condenado pela Organização dos Estados Americanos (OEA), devido à omissão e à negligência, no enfrentamento à violência conjugal no caso da Maria da Penha <sup>55</sup>.

Esse fato, somado à constante pressão dos movimentos feministas, favoreceu a publicação de normativas relacionadas ao enfrentamento à violência, com destaque para a Lei nº 10.778/2003 <sup>56</sup>, que estabelece a notificação compulsória do caso de violência contra a mulher pelos serviços públicos e privados de saúde, e a Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha <sup>6(p11)</sup>.

Como resposta, o Ministério da Saúde adotou medidas para operacionalizar a PNRMAV, como a constituição de uma Área Técnica de Vigilância de Violências e Acidentes e a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e dos Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, em 2004 <sup>52</sup>. A proposta de constituição de uma rede nacional para prevenção desses agravos tinha uma concepção inovadora de atuação intersetorial no planejamento, na execução e no monitoramento das ações, integrando atores do Estado em suas três esferas, assim como universidades e sociedade civil <sup>57</sup>.

Além disso, previa articulação entre as áreas do MS, integrando assistência, vigilância, prevenção, avaliação e capacitação de recursos humanos<sup>24</sup>. Para sustentar a proposta, o MS descentralizou recursos por meio de convênios para municípios, estados e instituições participantes da Rede. Com esse plano, o setor de saúde mostrou seu compromisso em atuar para além da assistência às pessoas em situação de violências, incluindo responsabilidades na prevenção, na articulação intersetorial e na promoção da saúde<sup>58</sup>.

Para essa profícua Agenda de Vigilância, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências, definida no I Seminário Nacional de Agravos e Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, foi sugerida a criação do Sistema de Informações de Acidentes e Violências (VIVA) em municípios prioritários e serviços sentinela<sup>25</sup>. Dessa forma, seria possível obter o registro das violências para além dos casos mais graves, identificados por meio do SIM e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Em 2006, o MS consolidou o acordado e implantou o VIVA, com seus componentes de vigilância contínua nas unidades de saúde e na vigilância sentinela por meio de inquérito periódico. Com o objetivo de ampliar o conhecimento dos eventos de violência pelo setor de saúde, as informações da vigilância contínua passaram a ser registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2009.

Ademais, em 2011, as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos e grupos vulneráveis passaram a compor a lista de doenças e agravos de notificação compulsória, sendo mandatório seu registro em todos os serviços de saúde, públicos e privados<sup>10,50</sup>. Os dados do SINAN, em 2018, apontavam uma carga importante de violência perpetrada por parceiros íntimos, alcançando quase 30% das notificações em mulheres<sup>59</sup>.

A partir dos dados do VIVA, do SIM, da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ampliaram-se as possibilidades de identificação e monitoramento das violências e seus fatores de risco.

Os avanços observados na vigilância de violências encontraram contextos locais distintos, com maior ou menor aderência ao registro das violências no SINAN, dependendo de orientações, capacitação e recursos oriundos dos governos federal e estaduais para indução, o que não foi constante ao longo dos anos.

Além disso, as dificuldades no processo de notificação de violências, a sobrecarga dos profissionais, a baixa qualificação técnica, os obstáculos em reconhecer as violências como problemas de saúde e o medo de retaliação dos agressores, nos casos de violência doméstica/intrafamiliar<sup>60-62</sup>, foram descritos como fatores relacionados às subnotificações das violências no SINAN.

Também houve um expressivo investimento para a melhoria da qualidade da informação dos óbitos no SIM na década de 2000, especialmente nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil, nas quais a cobertura e o acesso a diagnóstico eram piores<sup>63</sup>. Como resultado desse esforço, observou-se aumento da cobertura dos registros no país, chegando a 95%, e redução das causas mal definidas de óbito<sup>64</sup>.

No entanto, as Declarações de Óbito (DO) por causas externas podem indicar eventos cuja intenção é indeterminada, não sendo possível sinalizá-la como acidental nem violência interpessoal ou autoprovocada, assim como há diagnósticos incompletos, como os homicídios por meios não especificados.

Além disso, métodos de correção de óbitos encontraram causas externas entre causas mal definidas e até entre causas naturais<sup>33</sup>. Para minimizar esse problema, vários métodos de recuperação de informações e redistribuição das causas mal definidas têm sido empregados para estimar taxas de mortalidade mais fidedignas e melhorar a qualidade dos dados do SIM<sup>32,33</sup>.

Para impulsionar o uso dos dados de mortalidade do SIM, utilizar novas métricas em saúde e fortalecer a análise da situação de saúde, mesmo considerando os problemas de cobertura e de qualidade da informação, o Ministério da Saúde aderiu à rede de estudos da Carga Global de Doenças (GBD, do inglês *Global Burden of Diseases*) com a Universidade Federal de Minas Gerais e o Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME), da Universidade de Washington, nos Estados Unidos<sup>65</sup>.

Desde a década de 1990, o GBD tem avançado em metodologias inovadoras para quantificar a perda de saúde decorrente de doenças, lesões e fatores de risco, gerando estimativas comparáveis em vários países do mundo<sup>65,66</sup>. Portanto, a partir desses dados, é possível realizar análises epidemiológicas sobre a carga de doenças, incluindo as agressões, para o Brasil e seus estados, de 1990 até 2019.

Acredita-se que o monitoramento e a avaliação contínua de acordo com dados do SINAN, do SIM e do GBD são fundamentais para identificar e conhecer os impactos das

violências em nossa população. No entanto, esse trabalho deve se aliar às estratégias para melhoria da qualidade da informação, bem como à capacitação dos profissionais e à destinação de recursos adequados para a vigilância nas três esferas de gestão.

Ainda que os impactos da VPI na saúde das mulheres estejam bem documentados na literatura científica, há deficiências para se medir a consequência da VPI no óbito. Isso ocorre, em grande parte, pela natureza do evento, já que haveria problema ético em acompanhar as mulheres em situação de violência até a ocorrência do óbito.

Dessa forma, os desenhos de pesquisa devem envolver estudos retrospectivos que combinem diferentes bases de dados, a fim de compreender o perfil das notificações de VPI e sua distribuição ao longo do tempo; verificar o comportamento dos óbitos por agressão em mulheres ao longo do tempo; identificar as principais causas de óbito nas mulheres em situação de VPI; descrever os fatores associados ao óbito dessas mulheres; revelar a sobrevida e o risco de óbito das mulheres em situação de VPI.

A utilização desses dados pelo setor de saúde e por outros atores envolvidos na garantia dos direitos das mulheres tem grande potencial para contribuir no desenho de estratégias de enfrentamento à violência, integralidade da assistência e prevenção de óbitos anunciados.

## **2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo geral**

Realizar análise epidemiológica das violências por parceiro íntimo em mulheres no Brasil, a partir das notificações pelo setor de saúde, dos registros de óbito e do acompanhamento das mulheres com notificação até o desfecho de óbito.

## **2.2 Objetivos específicos**

- i. Analisar a tendência de incidência de notificação de violência por parceiro íntimo em mulheres;
- ii. Comparar a taxa de óbito por violência interpessoal em mulheres ao longo do tempo;
- iii. Identificar fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo;
- iv. Identificar o risco de óbito em mulheres com notificação de violência interpessoal.



### 3.1 Desenho dos Estudos

Foram conduzidos quatro estudos: Estudo 1, do tipo ecológico de série temporal; Estudo 2, observacional descritivo; Estudo 3, do tipo caso-controle; e Estudo 4, do tipo coorte retrospectiva.

### 3.2 Fonte dos dados

No Estudo 1, utilizaram-se os dados de notificação de violências no SINAN, de todo o Brasil, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2021, disponíveis para acesso público na página eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) <sup>67</sup>.

No Estudo 2, usaram-se os dados do Estudo de Carga Global de Doenças (GBD) de 2019, com dados de óbito por violência interpessoal nos anos 1990 e 2019 de todo o Brasil. Essas informações estão disponíveis para acesso público na página eletrônica do GBD Compare <sup>68</sup>.

Os Estudos 3 e 4, de caso-controle e coorte retrospectiva, utilizaram os dados resultantes do relacionamento das bases do SIM, de 2011 a setembro de 2017, e SINAN, de 2011 a 2016, do Brasil. Esse *linkage* probabilístico foi conduzido pelo Ministério da Saúde <sup>28,69</sup>, sendo adotada a técnica dos Filtros de Bloom e as seguintes variáveis de pareamento: “nome da paciente”, “data de nascimento” e “município de residência”.

Os pares com pontuação igual a 10.000 (valor máximo) foram considerados verdadeiros, e aqueles com pontuação entre 9.000 e 9.999 passaram por avaliação manual, na qual também foi utilizada a variável “nome da mãe” para análise <sup>28,69</sup>. Como resultado, foram identificados 19.604 pares considerados verdadeiros, os quais representaram 17.566 mulheres com notificação de violência que foram a óbito no período avaliado.

Também foi necessário avaliar, na base do SINAN, a presença de mulheres com uma ou mais notificações no período. Para isso, fez-se um novo *linkage* (deduplicação entre os dados do SINAN), conduzido pelo Ministério da Saúde, com o método probabilístico e a técnica dos Filtros de Bloom. Nessa nova etapa, os registros do SINAN foram agrupados a partir das variáveis “nome da paciente”, “data de nascimento”, “município de residência” e “nome da mãe”, buscando identificar pares ou grupos de mulheres similares.

Os grupos com pontuação menor que 9.000 representaram 692.936 registros (85,3% das notificações) e foram considerados únicos, ou seja, caracterizaram mulheres com uma notificação no período. Os outros 119.221 registros, com pontuação maior ou igual a 9.000, foram relacionados em pares ou grupos que poderiam indicar a mesma mulher. No entanto, esses registros não foram avaliados. Para os dois últimos estudos, foram usados apenas os dados das mulheres com uma notificação de violência no período avaliado.

### **3.3 População selecionada**

No Estudo 1, incluíram-se pessoas do sexo feminino, de 15 a 59 anos, com notificação de violência interpessoal no SINAN, tendo como provável autor da agressão companheiro/ex-companheiro, namorado/ex-namorado. Também foi avaliado o campo aberto “vínculo-outros”, a partir do qual compreenderam as categorias referentes a parceiro íntimo, atual ou passado, como marido, noivo, amante, ficante, parceiro sexual e outros. Foram excluídos os casos de lesão autoprovocada ou os que mencionavam tentativa de suicídio e autoextermínio.

O Estudo 2 selecionou pessoas do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 49 anos, cuja causa básica de óbito foi “violência interpessoal”, referente aos códigos X85 a Y08.9 e Y87.1 do Código Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10).

O Estudo 3 contou com pessoas do sexo feminino com uma notificação de violência interpessoal no período. O grupo dos casos foi composto por mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN, cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo, e que vieram a óbito por qualquer causa básica registrada no SIM. O grupo de controle consistiu em mulheres com a mesma faixa etária, notificação de VPI no SINAN e igual município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM no período avaliado.

O Estudo 4, por sua vez, selecionou pessoas do sexo feminino, de 15 a 59 anos, com uma notificação de violência interpessoal no SINAN, de junho de 2015 a junho de 2016. Elas foram acompanhadas para identificação de óbito por qualquer causa básica no SIM até junho de 2017, data de finalização do estudo.

### 3.4 Variáveis

O Estudo 1 considerou as seguintes variáveis: raça/cor (branca; não branca), escolaridade, estado civil, gestante (sim; não), zona de residência, violência crônica, tipo de violência e meio de agressão. Também se calculou a taxa de incidência de notificação, por 100 mil, para o Brasil e suas Unidades Federativas, por faixas etárias e raça/cor.

Para o Estudo 2, foram utilizadas duas variáveis estimadas pelo estudo GBD 2019: taxa de óbito por violência interpessoal e taxa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALY), composta por anos de vida perdidos por morte prematura (Years of Life Lost – YLL), e os anos de vida perdidos por incapacidades, causadas por doença, sequelas ou deficiências (Years Lived with Disability – YLD).

O Estudo 3 trabalhou com as variáveis provenientes do SINAN, exceto a causa básica do óbito, originária do SIM. Levou em conta as seguintes variáveis: faixa etária; gestante; raça/cor; escolaridade; situação conjugal; deficiência; zona de residência; porte do município de residência de acordo com o número de habitantes; local da ocorrência; violência crônica (se ocorreu mais de uma vez); tipo de violência; e meio de agressão.

O Estudo 4 adotou estas variáveis: sociodemográficas [(faixa etária – 15-29 anos; 30-59 anos), raça/cor (branca; não branca; e ignorado), escolaridade (Ensino Superior completo e incompleto; Ensino Médio completo e incompleto; Ensino Fundamental completo e incompleto; analfabeto; e ignorado), situação conjugal (solteira; casada; separada; viúva; e ignorado) e zona de residência (urbano; periurbano/rural; e ignorado)]; de saúde [gestante (não; sim; e ignorado), deficiências (não; sim; e ignorado)]; características do caso notificado [violência crônica (não; sim; e ignorado), tipo de violência (somente psicológica; física e combinações; sexual e combinações; outros tipos), e meios de agressão (ameaça somente, arma de fogo e combinações; força e combinações; outros meios; e ignorado)]; tempo entre o óbito e a notificação (em dias); censura: mulheres que não foram identificadas no SIM até a última data de acompanhamento ou aquelas que não tiveram óbito de interesse nas análises utilizadas.

### 3.5 Métodos estatísticos

O Estudo 1 contou com a descrição das características das notificações de VPI no período e utilizou a regressão de Prais-Winsten para a análise de tendência. Adicionalmente, foi realizada a previsão das taxas de notificação para o período compreendido entre março de 2020 e agosto de 2021, a fim de identificar o impacto da covid-19 no registro das notificações de VPI.

Para o Estudo 2, consideraram-se as métricas de taxa de mortalidade e os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALY), por violência interpessoal para o Brasil e sua variação nos anos 1990 e 2019. Para a análise das 27 Unidades da Federação, considerou-se a taxa de óbito e a taxa de DALY por violência interpessoal e sua variação nos anos 1990 e 2019. Para avaliar se havia diferença estatisticamente significativa ao nível de 5%, foram comparados os intervalos de incerteza (II) das estimativas. Todas as medidas foram estimadas pelo GBD 2019.

O Estudo 3 descreveu as causas básicas de óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10<sup>a</sup> Edição (CID-10), organizadas em grupos de causas. Procedeu-se a análise descritiva de 12 variáveis categóricas da ficha de notificação conforme o desfecho (não óbito; e óbito).

Como nesse universo o grupo de casos teve número proporcionalmente pequeno em relação ao grupo de controles, utilizou-se a técnica de validação cruzada<sup>9</sup>, mediante geração de amostras de treino, e teste para construção do modelo, na proporção de dois controles para cada caso. Para cada amostra de treino, foi realizada a análise de regressão logística, a fim de estimar a razão de chance de óbito.

Utilizou-se o método *stepwise* para seleção das variáveis do modelo final. Foram avaliadas a multicolinearidade, por meio do teste de fator de inflação da variância (VIF), e o ajuste do modelo, por meio do teste de Hosmer e Lemeshow. O modelo final de cada amostra de treino foi aplicado à respectiva amostra de teste.

A amostra de treino que apresentou maior equilíbrio entre especificidade, sensibilidade e acurácia, na comparação com a amostra de teste, foi considerada para estimar as razões de chance entre grupos expostos e não expostos, segundo os desfechos de óbito e não óbito.

No Estudo 4, analisou-se a sobrevivência por risco específico e por risco competitivo. Na análise de sobrevivência por riscos específicos, considerou-se o desfecho

de interesse (óbito por agressão) como falha e o desfecho competitivo (óbito por outras causas) como censura. Realizou-se o cálculo do estimador de Kaplan-Meier (KM) e Log-Rank. Também foi conduzida a modelagem de riscos proporcionais de Cox para o desfecho “agressão”, na presença da variável de interesse (parceiro íntimo) e das duas variáveis de ajuste (“faixa etária” e “raça/cor”). Para avaliar a suposição de proporcionalidade, foi realizada análise dos Resíduos de Schoenfeld, com nível de significância de 5%.

Na análise de sobrevivência por subdistribuição de riscos, considerou-se o desfecho de óbito por “agressão” como de interesse, e o desfecho “outras causas”, como eventos competitivos. Estimou-se o risco acumulado de óbito por “agressão” por meio da Função de Incidência Acumulada (FIA), assim como a diferença entre as curvas por meio da Teste de Gray. Também foi conduzido método semi-paramétrico de riscos proporcionais proposto por Fine e Gray, em que o tempo de falha foi modelado com a presença de eventos competitivos e censura, em função das variáveis “parceiro íntimo”, “faixa etária” e “raça/cor”.

### **3.6 Questões éticas**

Os Estudos 1 e 2 foram desenvolvidos com dados anonimizados, de acesso público, dispensando a apreciação deles por Comitê de Ética em Pesquisa.

Já os Estudos 3 e 4 trabalharam com dados anonimizados, mas não disponíveis para acesso público. Portanto, foi necessário solicitar, ao Ministério da Saúde, o acesso aos dados por meio do projeto “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 4.103.432.

## **4 RESULTADOS**

---

#### **4.1 Estudo 1: Tendência da incidência de notificação de violência por parceiro íntimo em mulheres no Brasil, 2011 a 2021**

##### **Resumo**

O objetivo do artigo foi compreender a tendência da incidência de notificação de violência por parceiro íntimo (VPI) no Brasil. O estudo teve desenho ecológico de séries temporais, com uso dos dados de notificação de VPI em mulheres de 15 a 59 anos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2021. A variação anual da taxa de incidência de notificação de VPI no período de 10 anos, de 2011 a 2020, foi crescente no Brasil e em 18 Unidades da Federação. A partir de março de 2020 houve queda expressiva no número absoluto e na taxa de notificação de VPI, o que pode ser atribuído, em grande medida, ao impacto da pandemia de covid-19 no registro desses eventos. A maior integração do setor saúde junto à rede de proteção e direitos das mulheres, por meio dos dados do SINAN, pode contribuir para subsidiar políticas públicas de enfrentamento à violências.

**Palavras-chave:** domestic violence, intimate partner violence, health information systems, public health surveillance

##### **Introdução**

A violência por parceiro íntimo (VPI) é entendida como a agressão que pode incluir violências física, sexual, psicológica, perseguição e econômica, no âmbito de uma relação íntima de afeto, amorosa e/ou sexual <sup>1</sup>. A VPI impacta diretamente a saúde das mulheres, seja a curto, médio ou longo prazo, podendo levar ao óbito.

O setor saúde tem um papel fundamental no acolhimento, identificação, cuidado e encaminhamento das mulheres em situação de VPI, bem como na prevenção primária (antes que o evento ocorra), prevenção secundária (respostas mais imediatas, como atenção pré-hospitalar, serviços de emergência e profilaxias no caso de estupro) e prevenção terciária (cuidados de longo prazo, como reabilitação e reintegração) <sup>2</sup>.

No Brasil, a constituição do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) materializou o interesse do Estado em dar visibilidade aos casos de violência atendidos nos serviços públicos e privados de saúde. A partir de 2011 as violências interpessoal e/ou

autoprovocada em mulheres passaram a compor o elenco de agravos de notificação compulsória, com o registro sendo realizado em ficha padronizada de forma nacional e dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Desde então, os dados do SINAN contribuem para dimensionar a magnitude do problema e para subsidiar políticas públicas para enfrentamento e prevenção das violências <sup>3</sup>.

Entretanto, o processo de notificação das violências não tem sido uniforme e universal em todas as Unidades Federativas (UF) e municípios do país. Sabe-se que há fatores estruturais, culturais, políticos e econômicos envolvidos na expansão do registro desses eventos, assim como fatores locais e subjetivos que atravessam as práticas dos profissionais de saúde. Pesquisa qualitativa em Belo Horizonte revelou que os profissionais da atenção básica, por exemplo, são atravessados por diversas condições: dificuldades ou recusa em reconhecer as violências; desconhecimento sobre a ficha de notificação e dúvidas quanto aos desdobramentos da mesma no âmbito das ações de saúde; sentimento de constrangimento em relação aos eventos de violência, bem como impotência na sua resolução; medo da exposição e de retaliações, especialmente pelo fato de terem contato com as famílias e prováveis agressores; e tempo escasso para dar atenção ao um problema tão complexo <sup>4</sup>.

Em 2020, a emergência de saúde pública de importância internacional causada pela covid-19 se apresentou como um novo fator que impactou a ocorrência e o registro da VPI no SINAN, impondo novos desafios ao enfrentamento dessa violência.

O distanciamento e isolamento social recomendados como proteção à covid-19 gerou preocupação porque aumentou a exposição das mulheres à VPI no espaço doméstico. A condição tendia a se agravar devido à crise econômica subjacente, ao fechamento de locais de convívio público, escolas, redução no transporte público e redução do atendimento presencial nos serviços da rede de proteção às mulheres em situação de violência <sup>5</sup>.

Diversos estudos alertaram para o agravamento da VPI nos primeiros meses de pandemia, seja por conta do aumento do número das chamadas ao Disque 180, seja pelo aumento dos casos de feminicídios <sup>5-8</sup>.

Por outro lado, a situação de pandemia redirecionou a atuação e esforços dos serviços de saúde e dos profissionais para a assistência aos casos de síndromes respiratórias gripais. Estudos em diferentes níveis de atenção mostraram que houve queda nos registros de doenças transmissíveis e agravos de notificação compulsória no SINAN <sup>9-11</sup>. Isso pode ter ocorrido

devido à restrição do acesso aos serviços de saúde, com foco no atendimento a casos urgentes e suspeitos de covid-19, ao esgotamento físico e psicológico dos profissionais de saúde, e também à redução da procura da população pelos serviços de saúde com receio de contrair o coronavírus<sup>9-11</sup>.

Em que pese o maior risco das mulheres vivenciarem VPI, é provável que houve redução das taxas de incidência de notificação de VPI a partir de março de 2020, devido aos fatores mencionados acima e aos dados encontrados para doenças e agravos transmissíveis.

Portanto, o artigo traz contribuições inéditas ao buscar compreender o perfil das notificações de VPI, assim como a tendência geral da incidência de notificação de VPI entre 2011 e 2020 e o impacto da covid-19 nas taxas de notificação para o período de março de 2020 a agosto de 2021.

## **Métodos**

Estudo ecológico com análise de séries temporais utilizando os dados de notificação de violência por parceiro íntimo do SINAN, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2021. Foram selecionadas as notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) em indivíduos do sexo feminino, da faixa etária de 15 a 59 anos, de todo o Brasil.

Considerou-se como violência por parceiro íntimo os casos em que vínculos/grau de parentesco entre o agressor e a pessoa atendida eram: “cônjuge”, “ex-cônjuge”, “namorado” e “ex-namorado”. Também foram incluídos os casos com vínculos similares a essas quatro categorias descritos no campo aberto “outros” da variável “vínculo/grau de parentesco”. Foram excluídas as notificações com indicação de violência autoprovocada ou com informações sobre tentativa de suicídio ou autoagressão no campo aberto “Tipo de Violência – Outros”.

A análise dos dados foi dividida em três momentos. No primeiro momento foi realizada uma descrição dos casos notificados segundo duas faixas etárias (15-29 anos; e 30 a 59 anos) a partir das seguintes variáveis: raça/cor, escolaridade, situação conjugal/estado civil, gestante (sim; não), violência crônica (“ocorreu outras vezes”), tipo de violência e meio de agressão. A faixa etária de 15 a 29 anos foi adotada por representar a população jovem, conforme instituiu a Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013 (Estatuto da Juventude).

Para o segundo momento foram construídas séries temporais com as taxas anuais de incidência de notificação de VPI por 100 mil, no período de janeiro de 2011 a dezembro de

2020, ou seja, 10 anos completos. A seleção desse intervalo justifica-se pelo fato de 2011 ser o primeiro ano em que a notificação de violência contra as mulheres foi considerada compulsória em todo o território nacional e de 2020 ser o último ano completo disponível da série.

As taxas anuais de incidência de notificação de VPI, segundo as Unidades da Federação, foram padronizadas por idade. Na padronização foi empregado o método direto e utilizada a população referência da OMS <sup>12</sup>. No numerador da taxa foi incluído o número de casos do agravo (suspeito ou confirmado) notificados no SINAN <sup>13</sup> em cada UF, enquanto no denominador foi utilizada a projeção da população feminina calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), segundo UF e faixa etária <sup>14</sup>.

Também foram calculadas taxas anuais de incidência de notificação de VPI por 100 mil, segundo faixas etárias (15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; e 50 a 59 anos) e raça/cor (branca, parda e preta) para os anos de 2011 a 2020. Nos denominadores foram utilizadas a projeção da população feminina calculada pelo IBGE, segundo faixa etária <sup>14</sup> e a população feminina segundo faixa etária e raça/cor do Censo 2010 <sup>15</sup>, respectivamente.

As análises de tendência das taxas anuais de incidência de notificação por UF, faixa etária e raça/cor foram realizadas por meio da regressão de Prais-Winsten, já que esse método corrige a autocorrelação serial que, frequentemente, ocorre em medidas de dados populacionais <sup>16,17</sup>. A variável dependente foi o logaritmo das taxas de incidência de notificação, e a variável independente, os anos da série temporal. Para o cálculo do Annual Percentage Change (APC) e dos intervalos de confiança dessa medida, foram utilizadas as fórmulas preconizadas por Antunes e Cardoso <sup>16</sup>. Quando o APC for positivo, a tendência é considerada crescente; caso o APC seja negativo, a tendência é decrescente; e no caso em que o p-valor do coeficiente da variável independente for  $>0,05$ , a tendência é considerada estacionária <sup>17</sup>. As análises foram realizadas no Stata 17.

No terceiro momento foi construída uma série temporal com as taxas mensais de incidência de notificação de VPI por 100 mil, segundo as UF, no período de janeiro de 2011 a fevereiro de 2020, último mês antes da pandemia de Covid-19. Para o teste da predição, a série foi dividida em amostra de treino e de validação, na proporção de 70% e 30% dos meses, respectivamente. Na amostra de treino foram testados sete modelos Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA), o modelo auto arima e dois modelos de médias móveis. O resultado da predição no treino para 33 meses foi comparado com os valores da amostra de validação, sendo escolhido o modelo com melhor performance, ou seja, o modelo com menor erro médio

percentual. Com o modelo escolhido foi gerada a previsão para o período de 18 meses, ou seja, de março/2020 a agosto/2021, e realizada a comparação com os valores reais notificados no Sinan neste mesmo período. Essas análises foram realizadas no R Studio<sup>18</sup>, utilizando os pacotes forecast e tidyverse

Este estudo utilizou somente dados anonimizados, de acesso público, o que dispensou a apreciação do mesmo por Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados

No período de janeiro de 2011 a agosto de 2021 foram registradas 1.447.247 notificações de violência interpessoal e/ou autoprovocada em mulheres de 15 a 59 anos no Brasil. Desse total, 532.813 (36,82%) notificações foram referentes a violências interpessoais, cujo provável autor foi considerado como parceiro íntimo atual ou anterior. Entre esses registros de VPI, 237.380 (44,55%) notificações ocorreram em jovens de 15 a 29 anos e 295.433 (55,45%) notificações ocorreram em mulheres de 30 a 59 anos.

Nas notificações de VPI em mulheres jovens, se destacaram as seguintes características: 11,98% estavam gestantes no momento da notificação da violência; 50,41% eram negras (pretas e pardas); 34,62% possuíam ensino médio completo ou incompleto; em 74,78% dos casos as violências ocorreram na residência; a maioria dos eventos (54,93%) teve caráter crônico; o principal tipo de violência reportada foi a física (88,28%); e o principal meio de agressão foi a força física (79,21%). Já entre as mulheres adultas, destacaram-se: 48,25% eram negras (pretas e pardas); 34,28% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto; em 5,11% dos casos as mulheres possuíam alguma deficiência/transtorno; 55,74% eram casadas; em 81,42% dos casos as violências ocorreram na residência; a maioria dos eventos (60,99%) teve caráter crônico; o principal tipo de violência reportada foi a física (83,96%); e o principal meio de agressão foi a força física (74,38%) (Tabela 1).

A evolução das notificações entre 2011 e 2020 apresentou o maior número absoluto (73.228) e a maior taxa de incidência (106,92/100 mil) no ano de 2019, seguidas por uma queda de 19,48% e 20,10% no ano de 2020, respectivamente (Figura 1).

Com relação à tendência da incidência de notificação de VPI entre os anos 2011 e 2020, observou-se no Brasil o crescimento de 11,07% (IC 95%: 6,99-15,32). Ocorreu grande variação nas taxas de notificação entre as UF, variando em 2011 de 3,1/ 100.000 mulheres em Sergipe a

122,7 / 100.000 mulheres em Mato Grosso do Sul, enquanto em 2019 as variações foram de 24,7/ 100.000 hab em Sergipe a 178,7 / 100.000 hab em Mato Grosso do Sul. Para nove UF a tendência da incidência de notificação de VPI foi estacionária no período, quais sejam: Acre, Amazonas, Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí, Paraíba, Minas Gerais e Espírito Santo. Nas demais 18 UF a tendência foi crescente, sendo que as maiores taxas de crescimento foram encontradas nas seguintes UF: Ceará (31,31%; IC 95%: 19,12-44,75); Pará (24,87%; IC 95%: 8,83-43,28); Sergipe (24,12%; IC 95%: 8,19-42,40); Alagoas (21,46%; IC 95%: 17,31-25,74); Maranhão (16,54%; IC 95%: 2,74-32,20); Paraná (16,35%; IC 95%: 8,62-24,62); Rio de Janeiro (16,32%; IC 95%: 13,33-19,39); Goiás (15,22%; IC 95%: 8,12-22,79); Distrito Federal (13,76%; IC 95%: 5,49-22,67); e Rondônia (13,36%; IC 95%: 9,85-16,97). Como há superposição entre os intervalos de confiança, reforça-se a hipótese de não ser significativa a diferença entre esses APC (Tabela 2).

A avaliação da taxa de incidência de notificação de VPI por faixa etária, no período de 2011 a 2020, apresentou tendência crescente, variando de 12,18% (IC 95%: 8,75-15,74) na faixa etária de 40 a 49 anos a 9,99% (IC 95%: 2,91-15,56) na faixa etária de 15 a 19 anos. Não houve diferença estatística nas APC entre as faixas etárias (Tabela 3).

Da mesma forma, houve tendência crescente na taxa de incidência de notificação de VPI por raça/cor nesse mesmo período, sendo 9,54% (IC 95%: 5,73-13,50) em mulheres brancas, 16,75% (IC 95%: 11,39-22,36) em pardas e 12,97% (IC 95%: 10,27-15,74) em pretas. Também não houve diferença estatística nas APC entre as categorias avaliadas (Tabela 3).

O melhor modelo de previsão foi com o arima e o componente sazonal contendo um componente autoregressivo, uma diferenciação e nenhuma média móvel. O teste do modelo na amostra de validação obteve um erro médio absoluto de 0,93 e erro médio percentual de 12,69. Os valores da predição para o período de março/2020 a agosto de 2021 foram comparados com os valores reais notificados no período, onde foram observados decréscimos que variaram de 13,06% a 76,93% nas taxas de incidência de notificação de VPI (Tabela 3).

## **Discussão**

O estudo analisou dados de notificação de VPI entre 2011 a 2021. Nos anos avaliados foram cerca de um milhão e meio de casos notificados, concentrados em mulheres da raça/cor negra e com baixa escolaridade. A maior parte das notificações se referiu a eventos crônicos,

ocorridos na residência, com uso de violência física e força física como meio de agressão. Ocorreu grande variação nas taxas de incidência de notificação entre as UF no período de 2011 a 2020, sendo que houve crescimento expressivo das taxas até o ano de 2019. A partir de março de 2020, já durante a pandemia de Covid-19, houve redução nas taxas de notificações. Entretanto, a variação anual da taxa de incidência de notificação de VPI no período de 10 anos, de 2011 a 2020 foi crescente no Brasil e em 18 UF. Em nove UF essas taxas tiveram tendência estacionária no período avaliado. Neste mesmo período, a tendência também foi crescente segundo as faixas etárias e raça/cor, não sendo significativa a diferença entre as categorias.

Se por um lado a violência ultrapassa barreiras socioeconômicas e é vivenciada por mulheres de todas as classes sociais e grupos raciais, sabe-se que o cruzamento de múltiplas vulnerabilidades pode contribuir para desfechos mais crônicos e até mesmo com mais consequências para a saúde física e mental. O fato de a maior parte das mulheres notificadas por VPI serem da raça/cor negra e com baixa escolaridade merece uma discussão mais aprofundada. Pode-se supor que esse padrão, resultante do racismo estrutural no país, espelha o perfil encontrado entre as mulheres atendidas pelo SUS. Mas também é possível argumentar que mulheres negras apresentem quadros mais agravados resultantes das violências quando atendidas pelos serviços de saúde. Disso decorre uma maior notificação pelos profissionais, já que o evento de violência que gerou o atendimento em saúde torna-se mais evidente. O racismo institucional também pode contribuir para que os profissionais sejam mais “vigilantes” em relação aos corpos das mulheres negras, gerando suspeitas mais frequentes com relação à violência, especialmente a VPI.

Estudo que avaliou as notificações de VPI no SINAN em comparação às outras violências contra mulheres, no período de 2011 a 2017, encontrou razão de prevalência significativa em mulheres com 20 a 39 anos de idade, gestantes, ocorrência na residência e reincidência da violência <sup>19</sup>. A ocorrência das VPI no espaço doméstico e com caráter crônico é uma constante encontrada em estudos de diversas áreas.

Entre 2011 e 2019 observou-se um aumento contínuo do número absoluto de notificações de VPI e da taxa de incidência de notificações de VPI com os maiores valores em 2019. Esse aumento contínuo era esperado, já que a partir da implementação da notificação compulsória em 2011 houve o desenvolvimento de ações de formação de profissionais, produção de documentos técnicos e materiais para orientar o processo de notificação, incentivos à notificação por meio de recursos destinados à vigilância epidemiológica, assim como maior conhecimento acumulado dos profissionais e gestores <sup>10</sup>. Ou seja, esse aumento teria mais

relação com a maior visibilidade do problema no âmbito da saúde do que necessariamente o aumento da ocorrência desses eventos. Além disso, foi observada grande diferença nas taxas entre as UF, o que refletiu em níveis distintos na implantação da vigilância em saúde. Estados com taxas mais elevadas de notificação podem revelar equipes mais atuantes e mais atentas às notificações de violências.

Entretanto, a partir de março de 2020 houve queda expressiva no número absoluto e na taxa, o que pode ser atribuído, em grande medida, ao impacto da pandemia de covid-19 no registro desse evento. Pode-se considerar que a pandemia de covid-19 afetou o registro da VPI no SINAN, sendo observadas reduções de mais de 50% nas notificações esperadas de VPI em alguns meses após a adoção das medidas de distanciamento social no país.

Este fenômeno foi observado em outras morbidades, com queda no acompanhamento de pacientes com DCNT conforme revelado pelos próprios usuários, que optaram por menor procura aos serviços de saúde, aliado à busca por soluções e atendimentos remotos<sup>20,21</sup>, ou pela própria dinâmica dos serviços, com sobrecarga dos profissionais de saúde, que passaram a priorizar os atendimentos de COVID e síndrome respiratória grave<sup>22</sup>. Ainda há poucos estudos que refletem sobre o impacto direto da pandemia de covid-19 no registro das notificações no SINAN e acredita-se que esse pode ser um tema a ser aprofundado por meio de múltiplas abordagens de pesquisa.

Mesmo considerando a hipótese do impacto da pandemia na redução das notificações de violência, este estudo evidenciou a tendência de aumento das taxas de incidência de notificação de VPI no Brasil e na maior parte das UF entre os anos de 2011 a 2020. Pesquisa realizada no estado do Paraná com os dados do SINAN também identificou tendência crescente nas taxas de violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo em todas as macrorregionais de saúde do estado<sup>23</sup>. Nas UF com tendência estacionária no período cabe refletir sobre os fatores envolvidos nessa dinâmica, que podem estar relacionados à necessidade de mais formação dos profissionais e incentivos locais para a realização das notificações.

Com a chegada das vacinas em 2021 observou-se uma redução da transmissão da covid-19, queda no número de mortes e retorno gradual do funcionamento dos serviços e da vida em geral. Infelizmente também houve aumento em vários indicadores relacionados às violências contra as mulheres. Na comparação entre 2020 e 2021, o número de Medidas Protetivas de Urgência cresceu 14,4%; houve acréscimo de 4,0% nas chamadas de emergência relativas à violência doméstica para o “190” das polícias militares; aumento de 3,3% na taxa de ameaça e

de 0,6% na taxa de lesão corporal dolosa no contexto de violência doméstica; bem como aumento de 6,6% e 17,8% nos registros de crimes de assédio sexual e importunação sexual, respectivamente <sup>6,24</sup>. Seguindo nessa mesma direção, espera-se que haja uma retomada dos registros de violência no Sinan, de acordo com os patamares anteriores a março de 2020.

Esse estudo trouxe um olhar inovador ao avaliar a tendência das notificações de VPI por meio da taxa de incidência de notificação. Em que pese o fato desse indicador ser tradicionalmente utilizado para avaliar a situação de saúde de doenças e agravos transmissíveis, há plausibilidade teórica em utilizá-lo para avaliar a evolução dos casos de VPI. Além disso, o estudo trabalhou com dados mais recentes sobre o evento disponibilizados de forma pública pelo Ministério da Saúde e refletiu sobre os impactos da covid-19 no registro desse agravo no SINAN.

Por outro lado, o trabalho também apresenta limitações. A subnotificação dos registros de VPI no SINAN contribuiu para a produção de taxas de incidência que não revelaram, de fato, a real magnitude dos casos de VPI atendidos nos serviços de saúde. Nos casos de violência, a subnotificação será um constante desafio e compreender o porquê ela ocorre seja mais possível e efetivo do que tratá-la como “dados ocultos” do SINAN <sup>3</sup>.

Pesquisa realizada com dados de violência física e sexual em mulheres do município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, estimou a subnotificação dos dados do SINAN em mais de 80% em comparação ao registrado nas bases de dados policiais (Posto Médico Legal e Boletins de Ocorrência) <sup>25</sup>. Um estudo ecológico comparou a taxa de notificação de violências por arma de fogo em adolescentes no SINAN com a taxa de óbito por arma de fogo no SIM em municípios com mais de 500 mil habitantes no Brasil <sup>26</sup>. Os resultados revelaram que na maior parte dos municípios a taxa de notificação foi menor que a taxa de óbito, o que contribuiu para evidenciar a subnotificação das violências por armas de fogo em adolescentes no SINAN <sup>26</sup>.

Os dados do SINAN também têm limitações para compreender sobre o fenômeno da VPI, desde a forma como a ficha de notificação está estruturada até a forma como os usuários (profissionais de saúde) fazem uso dela <sup>3</sup>. Níveis elevados de dados ignorados em variáveis como escolaridade, identidade de gênero e orientação sexual, assim como incompreensões no registro dos tipos de violência e meio de agressão, revelam os atravessamentos de ordem sociocultural no processo de registro dos casos de violência <sup>3</sup>.

Destaca-se o fato das bases dos anos de 2020 e 2021 não estarem consolidados pelo Ministério da Saúde, com exclusão de possíveis duplicidades e avaliação de inconsistências. Após esse processo, é comum a redução no número de notificações. Ou seja, é provável que as taxas relativas a 2020 e 2021 estejam superestimadas. A série temporal foi composta por 10 anos e para melhores estimativas de tendência seria interessante contar com maior número de pontos, o que também poderia contribuir com a melhor predição para tempos futuros. No caso específico do estado do Espírito Santo justifica-se a redução drástica no número de notificações a partir de 2020 devido ao fato de o estado utilizar, desde dezembro de 2019, o Sistema e-SUS VS para envio das notificações. Essas notificações migrarão futuramente para o SINAN.

À título de conclusão, ressalta-se que a incidência de notificação de VPI teve tendência crescente ao longo de dez anos, com a presença de taxas alarmantes. As fichas de notificação de violências inseridas no SINAN têm funcionado como uma importante ferramenta para auxiliar na avaliação da situação epidemiológica dos casos. A maior integração do setor saúde junto à rede de proteção, por meio desses dados, pode contribuir para subsidiar políticas públicas de enfrentamento à violências contra as mulheres.

## Referências

1. Organisation Mondiale de la Santé, ed. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé; 2002.
2. World Health Organization. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Published online 2010:94.
3. Carvalho EFM de, Laguardia J, Deslandes SF. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27:1273-1287. doi:10.1590/1413-81232022274.08722021
4. Kind L, Orsini M de LP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA de, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1805-1815. doi:10.1590/0102-311X00096312
5. Oliveira W, Magrin J, Andrade A, et al. Intimate partner violence in COVID-19 times: scoping review. *Psicol Saúde Doença*. 2020;21:606-623. doi:10.15309/20psd210306
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Violência Doméstica Durante a Pandemia de Covid-19 – Ed. 3.*; 2020. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v3.pdf>
7. Marques ES, Moraes CL de, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-

- 19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad Saúde Pública*. 2020;36. doi:10.1590/0102-311X00074420
8. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23. doi:10.1590/1980-549720200033
9. Brito CVB, Formigosa C de AC, Neto OSM. Impacto da COVID-19 em doenças de notificação compulsória no Norte do Brasil. *Rev Bras Em Promoção Saúde*. 2022;35:11-11. doi:10.5020/18061230.2022.12777
10. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37. doi:10.1590/0102-311X00140020
11. Sallas J, Elidio GA, Costacurta GF, et al. Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2022;31. doi:10.1590/S1679-49742022000100011
12. Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores de Saúde. Elementos Conceituais e Práticos*. OPAS; 2018. Accessed August 2, 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>
13. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Violência Interpessoal/Autoprovocada - Brasil. Accessed November 24, 2021. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
14. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Grupos de Idade: 2000-2030. Accessed May 1, 2022. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Censo Demográfico 2010. Resultados do Universo - Características da População e dos Domicílios. Accessed August 20, 2022. <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/demografico-2010/universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>
16. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2015;24:565-576. doi:10.5123/S1679-49742015000300024
17. Brasil. Ministério da Saúde. Asis - Análise de Situação de Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Volume I - Livro Texto. Published online 2015.
18. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Published online 2021. <https://www.R-project.org/>.
19. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS de, Rodrigues MTP, Pereira VO de M, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23. doi:10.1590/1980-549720200007.supl.1

20. Barone MTU, Villarroel D, de Luca PV, et al. COVID-19 impact on people with diabetes in South and Central America (SACA region). *Diabetes Res Clin Pr*. Published online 2020:108301-108301.
21. Malta DC, Gomes CS, Silva AG da, et al. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:2833-2842. doi:10.1590/1413-81232021267.00602021
22. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas. Published online 2020. Accessed August 21, 2022. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCOVID-19200024\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCOVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
23. Moroskoski M, Brito FAM de, Queiroz RO, Higarashi IH, Oliveira RR de. Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:4993-5002. doi:10.1590/1413-812320212611.3.02602020
24. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Published online 2020. Accessed July 1, 2022. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>
25. Bordoni PHC. *Utilização de Banco de Dados Policiais Como Perspectiva Para Redução Do Sub-Registro Da Violência Contra Mulheres*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.
26. Pinto IV, Ribeiro AP, Santos AP dos, et al. Adolescências feridas: retrato das violências com arma de fogo notificadas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23. doi:10.1590/1980-549720200002.supl.1

Tabela 1: Número e percentual de notificações de violência por parceiro íntimo segundo variáveis sócio-demográficas das mulheres e características dos eventos, Brasil, 2011 a 2021.

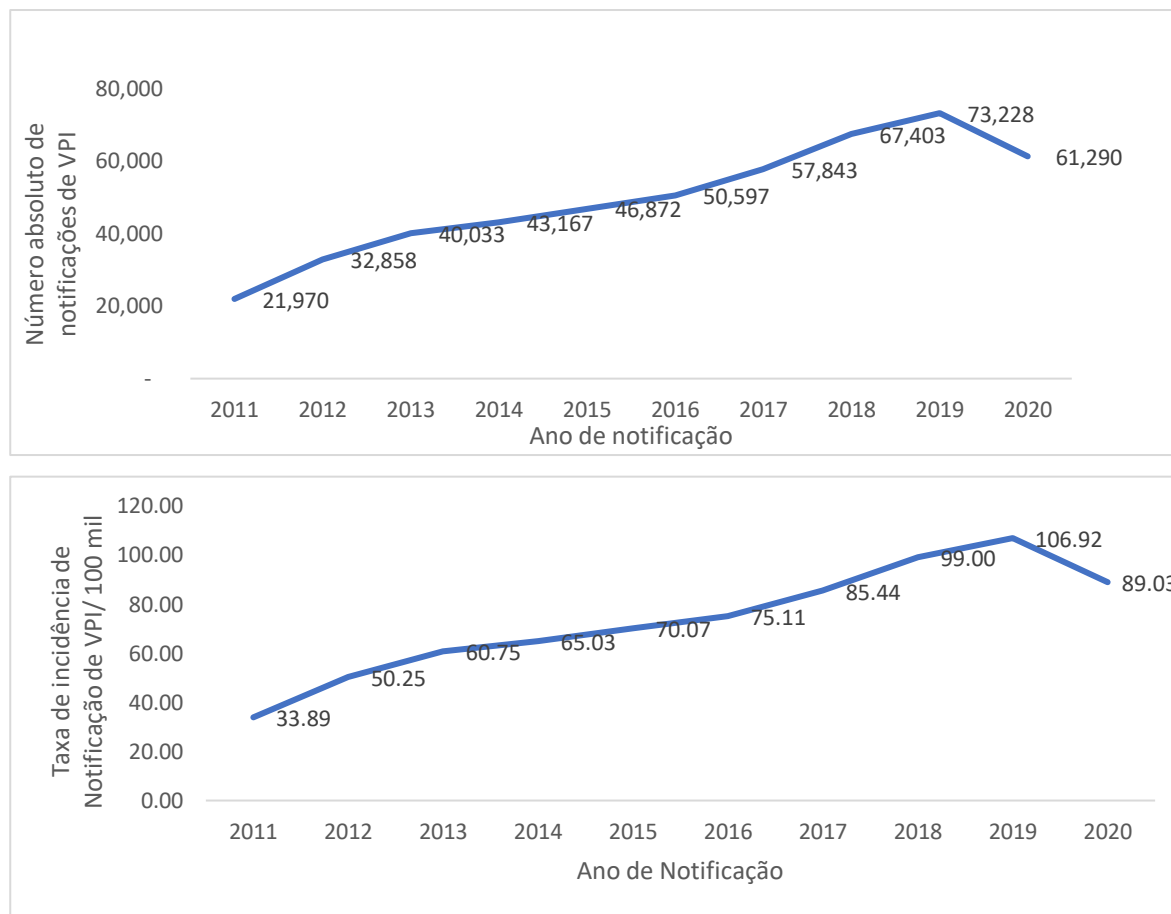
Características Mulheres	Faixa etária (anos)		Características dos eventos	Faixa etária (anos)	
	15 a 29	30a 59		15 a 29	30 a 59
	N=237.380	N=295.433		N=237.380	N=295.433
	%	%		%	%
<b>Gestante</b>			<b>Local de ocorrência</b>		
Sim	11,98	3,61	Residência	74,78	81,42
<b>Raça/Cor</b>			Via pública, bar, comércio	14,79	10,45
Branca	39,51	42,27	Outros	4,27	3,24
Negra	50,41	48,25	Ignorado	6,17	4,90
Indígena	0,97	0,69	<b>Violência crônica</b>		
Amarela	0,72	0,72	Sim	54,93	60,99
Ignorado	8,39	8,06	<b>Tipos de Violência</b>		
<b>Escolaridade</b>			Física	88,28	83,96
Analfabeta	0,31	1,32	Psicológica	44,97	51,76
EFCI	29,84	34,28	Sexual	5,23	4,39
EMCI	34,62	26,14	Tortura	4,33	4,66
ESCI	5,08	7,55	Financeira	2,28	3,96
Ignorado	30,15	30,70	Negligência	1,11	0,80
<b>Deficiência</b>			Tráfico	0,07	0,07
Sim	2,57	5,11	<b>Meios de Agressão</b>		
<b>Estado Civil</b>			Força	79,21	74,38
Casada	43,31	55,74	Ameaça	28,63	34,53
Solteira	40,89	22,64	Enforcamento	9,26	7,93
Separada	6,84	12,03	Objeto Perfuro-Cortante	7,96	8,45
Viúva	0,12	0,95	Objeto Contundente	5,33	5,70
Ignorado	8,84	8,63	Arma Fogo	1,31	1,13

Substância/Objeto Quente	0,49	0,60
Envenenamento	0,21	0,22

---

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Figura 1: Número absoluto de notificações de violência por parceiro íntimo (VPI) e taxa de incidência de notificação de VPI (por 100 mil) em mulheres de 15-59 anos, Brasil, 2011 a 2020.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 2: Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo e Annual Percent Change (APC) segundo as Unidades Federativas, Brasil, 2011 a 2020.

Brasil e Unidades da Federação	Ano de notificação										Annual Percent Change (%)		
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	valor	mínimo	máximo
Brasil	33.89	50.25	60.75	65.03	70.07	75.11	85.44	99.00	106.92	89.03	11.07	6.99	15.32
11 Rondônia	11.31	18.53	15.00	22.76	22.62	24.62	30.09	42.12	37.82	31.77	13.36	9.85	16.97
12 Acre	40.58	75.73	105.76	102.89	135.34	156.55	173.57	144.66	93.13	85.72	8.26	-7.49	26.69
13 Amazonas	18.69	34.90	68.49	44.28	36.61	32.02	34.93	35.94	46.42	33.21	2.38	-7.04	12.75
14 Roraima	41.98	37.49	66.69	77.50	32.05	47.69	56.62	84.94	97.05	73.62	7.78	-0.55	16.81
15 Pará	9.89	17.51	36.65	37.76	50.07	69.42	34.59	42.47	53.17	140.18	24.87	8.83	43.28
16 Amapá	42.63	24.13	25.76	27.19	20.90	26.25	50.07	50.90	55.68	45.11	5.83	-4.05	16.73
17 Tocantins	44.77	46.34	66.71	104.77	104.53	111.53	131.19	117.7	107.83	96.10	9.29	-1.20	20.90
21 Maranhão	5.88	9.52	24.75	27.32	22.33	21.83	24.25	33.66	33.71	27.14	16.54	2.74	32.20
22 Piauí	12.34	15.99	64.96	18.99	22.56	37.82	35.21	35.40	36.95	23.55	6.83	-3.24	17.94
23 Ceará	5.97	12.66	13.24	18.93	15.21	20.16	20.91	67.06	100.27	67.28	31.31	19.12	44.75
24 Rio Grande do Norte	13.87	15.57	26.01	21.10	21.85	25.77	31.88	36.41	37.25	26.60	9.66	4.78	14.77
25 Paraíba	23.82	33.06	37.30	33.36	36.41	17.06	33.73	36.11	47.10	28.72	2.00	-4.33	8.74
26 Pernambuco	49.83	61.88	75.80	70.27	76.02	71.66	77.11	90.88	104.69	79.83	5.67	2.95	8.46
27 Alagoas	8.23	11.99	19.07	15.68	26.51	24.35	34.89	46.17	52.89	41.07	21.46	17.31	25.74
28 Sergipe	3.13	5.79	15.15	14.61	13.58	9.34	10.41	19.25	24.71	33.05	24.12	8.19	42.40
29 Bahia	16.10	19.83	30.42	31.76	28.83	33.13	35.57	46.32	48.35	33.44	9.70	4.06	15.65
31 Minas Gerais	53.93	70.82	101.40	127.07	145.78	130.66	139.94	149.16	153.22	107.9	8.23	-2.36	19.96
32 Espírito Santo	17.51	28.95	63.76	80.50	85.26	130.67	131.77	145.89	129.33	6.66	-0.99	-32.91	46.12
33 Rio de Janeiro	36.07	52.36	60.13	70.83	66.20	89.62	111.10	131.68	152.62	133.57	16.32	13.33	19.39
35 São Paulo	46.32	72.80	69.59	65.08	80.16	93.48	116.67	130.27	134.99	115.77	11.29	7.65	15.06
41 Paraná	31.87	60.89	86.18	97.24	104.76	104.66	123.43	143.78	162.84	148.54	16.35	8.62	24.62
42 Santa Catarina	51.19	67.80	57.82	74.65	72.52	68.58	68.76	66.88	75.72	67.35	2.09	0.16	4.07
43 Rio Grande do Sul	46.45	89.58	94.54	110.93	105.79	102.69	126.58	162.23	168.90	124.62	10.35	5.10	15.87
50 Mato Grosso do Sul	122.71	118.72	123.81	152.07	128.55	143.09	155.02	172.54	178.76	169.7	4.91	3.58	6.27

51 Mato Grosso	16.71	24.93	41.92	39.24	48.55	48.85	44.50	49.65	53.00	54.16	12.12	3.87	21.02
52 Goiás	11.76	25.17	33.50	34.74	38.29	42.25	42.66	48.75	61.03	56.43	15.22	8.12	22.79
53 Distrito Federal	11.82	17.52	21.66	19.52	14.16	16.76	27.19	31.89	36.47	43.22	13.76	5.49	22.67

---

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 3: Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo e Annual Percent Change (APC) segundo faixas etárias e raça/cor, Brasil, 2011 a 2020.

	Ano de notificação										Annual Percent Change (APC)		
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	valor	min	max
<b>Faixa etária (anos)</b>													
15a19	26.10	39.79	52.27	56.92	59.13	62.37	71.16	80.75	79.21	62.43	9.99	2.91	17.56
20a29	46.75	68.76	83.54	89.82	94.53	102.23	119.17	137.34	149.02	122.96	11.22	7.17	15.41
30a39	45.44	66.19	78.81	83.08	91.23	97.62	107.23	126.69	136.93	114.76	10.61	6.96	14.38
40a49	26.32	40.14	46.83	50.60	57.01	59.92	68.78	80.35	90.05	77.17	12.19	8.75	15.74
50a59	12.12	18.25	21.79	23.18	24.78	27.74	31.61	34.80	38.97	33.37	11.40	7.66	15.28
<b>Raça/cor</b>													
Branca	32.60	50.56	57.27	59.49	64.28	67.86	78.21	88.99	93.82	76.31	9.54	5.73	13.50
Parda	24.62	36.89	50.79	57.08	63.56	72.93	84.31	103.26	116.06	100.11	16.75	11.39	22.36
Preta	46.41	68.77	78.25	85.37	95.30	104.38	121.35	142.83	164.20	139.13	12.97	10.27	15.74

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Tabela 4: Taxas de incidência anual de notificação de violência por parceiro íntimo em mulheres de 15 a 59 anos no SINAN e previsão para o período de março/2020 a agosto/2021 no Brasil.

Ano	Mês	Notificações	Previsão		Diferença entre notificações realizadas e previsão				
		Realizadas Taxa (por 100 mil)	Taxa (por 100 mil)	mínimo	máximo	% da Taxa	% mínimo	% máximo	
2020	Mar	8.15	9.59	8.85	10.32	-17.62	-8.57	-26.67	
	Apr	5.53	9.14	8.24	10.04	-65.33	-49.07	-81.58	
	May	5.60	8.61	7.54	9.68	-53.77	-34.65	-72.90	
	Jun	6.30	8.19	6.99	9.40	-30.07	-10.88	-49.26	
	Jul	7.21	8.60	7.27	9.94	-19.31	-0.78	-37.83	
	Aug	7.68	9.09	7.64	10.54	-18.40	0.49	-37.28	
	Sep	8.38	9.47	7.92	11.03	-13.06	5.52	-31.64	
	Oct	7.05	10.32	8.67	11.98	-46.45	-22.95	-69.95	
	Nov	6.60	9.00	7.25	10.75	-36.40	-9.87	-62.92	
	Dec	6.68	9.47	7.62	11.31	-41.69	-14.15	-69.24	
	2021	Jan	8.16	10.51	8.58	12.43	-28.76	-5.17	-52.36
		Feb	7.21	9.79	7.79	11.80	-35.83	-8.00	-63.66
Mar		6.72	10.18	7.93	12.44	-51.55	-18.02	-85.09	
Apr		6.46	9.72	7.30	12.14	-50.46	-12.98	-87.94	
May		6.56	9.12	6.53	11.71	-39.04	0.49	-78.56	
Jun		6.07	8.65	5.90	11.40	-42.50	2.80	-87.80	
Jul		5.91	9.12	6.22	12.01	-54.23	-5.17	-103.29	
Aug		5.38	9.52	6.48	12.56	-76.93	-20.40	-133.45	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

## **4.2 Estudo 2: Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019**

Artigo publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Vol.:54: | (Suppl II): e0287-2021 | 2021.

<https://doi.org/10.1590/0037-8682-0287-2021>

**Title:** Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019.

### **Abstract**

**Introduction:** Aggression against women is an important cause of morbidity and death. This study compares the variation of deaths and years of life lost to death or disability (DALY) caused by interpersonal violence against women in Brazil and its states. **Methodology:** This descriptive study analyzed estimates from the Global Burden of Disease Study (GBD) referring to interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, examining the mortality and DALY rates for Brazil and its states, in 1990 and 2019. **Results:** In this study, 3,168 deaths of women between 15 and 49 years of age, caused by interpersonal violence, were estimated in 1990, and 4,262 in 2019, which represents an increase of 33.8%. Regardless of the Maria da Penha Law and the progress in policies for curbing violence against women, one can observe a stability in the mortality and DALY rates in most of the Brazilian states. Only Bahia had a significant increase in those rates, while Federal District, Rio de Janeiro, and São Paulo showed a significant decline. **Conclusion:** The rates of female homicide have remained stable when comparing 1990 and 2019. Although there were improvements in terms of women's rights in the early 2000's, the chauvinist and conservative society of Brazil has not been able to protect women, and the country might not reach the targets established by the UN's 2030 Agenda.

**Key-words:** gender-based violence; mortality; injuries.

## Introduction

Aggression is an important cause of death and of years of life lost to death or disability (DALY). Globally, 80% of all homicides are attributed to males, compared to only 20% to females.<sup>1</sup> However evidence shows that fatal violence against women is backgrounded by gender-based discrimination, often taking place in the context of intimate and affective relationships, and represents the closure of a continuum of violence and aggression, characterizing those deaths as “announced” or avoidable.<sup>2,3,4,5</sup> International literature indicates that there is a high risk of female homicide to be perpetrated by intimate partners and family members, between 38.6% and 48% of these events.<sup>1,6,7</sup>

In an attempt to qualify violent deaths of women, Brazil changed its Penal Code, creating the legal concept of femicide, understood as the homicide against women for reasons related to being female.<sup>8</sup> Such a definition covers cases of domestic and family violence, as well as the mistreatment of or discrimination against women.<sup>8</sup> Thus, femicide is part of the male domination and patriarchy, rooted in our society and culture, which could be considered the final step of chronic physical, emotional, or sexual aggressions.<sup>4</sup> In that sense, identifying femicides is essential to fighting impunity in those cases, breaking the notion of “normality”, which is historically and culturally attributed to such events. Moreover, it helps to demonstrate how gender-based power inequalities work to increase women’s vulnerability to these crimes, thus providing evidence to guide prevention policies.<sup>9</sup>

By using police data from states and crime reports, the Brazilian Forum of Public Security has monitored cases of femicide reported by authorities since 2016, the first year in which the law took effect. The researchers observed an increase of 43% in the reports of femicide, from 929 events in 2016 to 1,326 events in 2019.<sup>10</sup> Since identification, recording, and investigation require the training of public security professionals, as well as structural and personnel conditions, it is questionable whether this increase shows an improvement in reporting or a real increase in the number of cases.<sup>10</sup>

Considering recent femicide registration by police and the limitations in identifying those cases in the Declarations of Death (DD), because there is no record of the circumstances of the crime, the analysis of data on female homicides may contribute as a *proxy* to understand the evolution of the problem in this population. The main source

of data about mortality in Brazil are the DD, which comprise the Mortality Information System (SIM, in Portuguese) and are also the standard document for data collection for epidemiological purposes and vital statistics.<sup>11</sup>

From the early 2000's on, there has been an important investment in the improvement of the quality of information about deaths in SIM, and one can note an increase in the coverage of reports in Brazil, reaching 95%, as well as a reduction in the number of ill-defined causes of death.<sup>12,13</sup> However, there are still problems in the coverage of SIM in some regions, with the presence of ill-defined causes, deaths with undetermined intention, and incomplete diagnoses, such as homicides by unspecified means, which makes it more difficult to obtain a true diagnosis of these events.<sup>13</sup> To minimize this problem, several actions have been taken to estimate mortality rates more properly and to improve the quality of the data from SIM.<sup>12,13</sup> One of these strategies was to include the Ministry of Health in the network of the Global Burden of Disease Study (GBD), together with Universidade Federal de Minas Gerais and the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) of the University of Washington in the United States of America.<sup>14</sup>

Since the 1990s, the GBD has advanced in terms of innovative methodologies to evaluate the loss of health caused by diseases, lesions, and risk factors, generating comparable estimates for several countries around the world.<sup>14,15</sup> In Brazil, the main source for GBD data on mortality is the SIM, which is corrected and adjusted with the use of other national and international sources.<sup>15</sup> In addition to estimating the absolute values and death rates, the GBD proposed the calculation of years of life lost to premature death or disability (DALY), a measurement which quantifies and classifies the burden of diseases due to specific causes, contributing to the understanding of its evolution over time.<sup>16</sup>

According to GBD data, in 2019, Brazil had the 25th highest death rate and 26th highest DALY rate by interpersonal violence against women when compared to all countries.<sup>17</sup> In that year, the number of deaths by interpersonal violence against girls and women in Brazil was 5.7 (95% uncertainty intervals (UI): 5.4; 6.1)/100,000, which reached a death rate of 5.2 (95% UI: 4.9; 5.5) /100,000, while the DALY rate was 317.4 (95% UI: 298.3; 338.8)/100,000, representing the 24th most important burden for women.<sup>17</sup> However, the problem seems to be more serious in the age group of 15 to 49 years, in which the number of deaths for interpersonal violence in 2019 was 4,240 (95%

UI: 4.3; 4.5)/100,000, the death rate was 7.3 (95% UI: 6.8; 7.7)/100,000, and the DALY rate was of 472.1 (95% UI: 442.2; 503.8)/100,000, representing the ninth most important burden.<sup>17</sup>

The study of homicides and the loss of health caused by these events, as well as the use of comparable estimates corrected over the years by the GBD, may help to generate evidence on the evolution of female homicides and may aid in rethinking the policies adopted to tackle violence against women in Brazil. Therefore, this study aimed to compare the variation of deaths and DALYs caused by interpersonal violence against women in Brazil and its states, considering the years of 1990 and 2019.

## **Methodology**

This is a descriptive study based on the GBD 2019<sup>18</sup> estimates of mortality and DALYs caused by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years. The data presented in this study, such as numbers, rates, variations and uncertainty intervals were generated by GBD 2019<sup>18</sup> and available for public access in the GBD Compare<sup>17</sup> site.

The GBD organizes causes of death, disease, and lesions in four hierarchical levels. In the first, the causes are organized by: communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases; chronic non-communicable diseases; and lesions. Within the lesions, there are three causes in the second level: transportation accidents, unintentional lesions, self-inflicted lesions, and interpersonal lesions. In the third level of this last cause, there are self-inflicted lesions, interpersonal lesions, conflict and terrorism, as well as conflicts and homicides by police. The present study selected, out of this third level, only the “interpersonal violence” cause, corresponding to codes X85 to Y08.9 and Y87.1 of the International Disease Code - 10th Edition (ICD-10). The 4th level includes physical violence by firearms (X93 to X95.9), physical violence by sharp or pointed object (X99 to X99.9), physical violence by other means (X85-X92.9; X96-X98.9; Y00-Y04.9; Y06-Y08.9; and Y87.1), and sexual violence (Y05). Sexual violence is considered only as a cause of morbidity, as it is part of the DALY, but it is not included in the calculation of mortality by interpersonal violence.<sup>19</sup>

This article evaluated the death rate by interpersonal violence against women according to age groups and the death rate by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years, for each year from 1990 to 2019. In addition, we analyzed the GBD

estimates of mortality and DALY rates caused by interpersonal violence and its level four in Brazil, for 1990 and 2019. For the analysis of the 27 states, the death rate and the interpersonal violence DALY rate were considered. To evaluate if there was a statistically significant difference at the 5% level, the UI<sup>20</sup> of the estimates were compared.

The GBD estimate process is based on the identification of multiple data sources, including census data, surveys, public records and vital statistics, administrative data from healthcare services, disease notification, among other sources.<sup>18</sup> This data is identified through a systematic review of published studies; surveys by the government and by international organizations; primary sources, such as Research in Health and Demographics; as well as data banks provided by a network of collaborators.<sup>18</sup> It is worth mentioning that the GBD formulates the correction of death data by redistributing ill-defined or non-specific causes of death, such as events of undetermined intent.<sup>18</sup> The calculation of the DALY considers the years of life lost to premature death (Years of Life Lost – YLL) and the years of life lost to disability caused by disease, after-effects, or deficiency (Years Lived with Disability – YLD).<sup>15</sup>

For this study, we selected female individuals, aged 15 to 49 years. Since there are differences in the age structure of the 27 states of Brazil, the standardized rates of interpersonal violence against women were calculated to verify if there were differences in comparison to the death rates in the GBD Compare. As a standard, we took the age structure used by the GBD and the population estimated by the GBD for each state in the evaluated years. The standardized mortality rates for the population of women, aged 15 to 49 years, for the states in 1990 and 2019, were similar to those in the GBD Compare. Therefore, the results shown considered the non-standardized rates of women, aged 15 to 49 years (Supplementary Material).

The Global Burden of Disease Study in Brazil (GBD Brazil) was approved by the Committee of Ethics in Research at the Federal University of Minas Gerais (Project CAAE – 62803316.7.00005149).

## Results

The death rate by interpersonal violence against girls and women of all ages in Brazil has changed from 5.8 (95% UI: 5.6; 6.0)/100,000 in 1990 (ranking 20th place among all causes of death) to 5.2 (95% UI: 4.9; 5.5)/100,000 in 2019 (ranking 25th place

among all causes of death), but there was no statistically significant difference between the two years (data not shown in the tables and figures). Analyses by age group indicated that young and adult women, aged 15 to 49 years, were at a higher risk of dying from interpersonal violence, compared to other age groups (Figure 1). The highest death rate by interpersonal violence in 1990 was found for women of 25 to 29 years of age (9.64/100,000), while in 2019, the highest death rate was for even younger women, 20 to 24 years of age (8.58/100,000) (Figure 1).

The evaluation of the death rate by interpersonal violence for women 15 to 49 years of age, for each year, shows that it remained relatively stable. Considering the year by year evaluation, a significant increase was only found between 1992 and 1993, and between 1994 and 1995. Using 2006 as a reference (the year when Maria da Penha Law was passed), a significant difference can only be observed in 2019 (Figure 2).

In 1990, 3,168 deaths were estimated for women of 15 to 49 years of age by interpersonal violence, while in 2019, 4,262 deaths, which reveals a significant increase of 33.8%. An important proportion of these events was caused by firearms, reaching 55.6% in 2019. The number of deaths by physical violence by firearms and the number by sharp, pointed objects showed significant increases between the evaluated years, 69.6% and 50.1%, respectively. Regarding the number of deaths by physical violence by other means, there was a significant decline of 14.8% (Table 1).

The death rate by interpersonal violence against women of 15 to 49 years of age in 1990 was 8.1 (95% UI: 7.9; 8.4)/100,000, which is the 5th most important cause of death. Meanwhile, in 2019, the rate was 7.3 (95% UI: 6.8; 7.7)/100,000, reaching 3rd place. In other words, there was a statistically significant decline of 9.9%. By contrast, the death rate by firearms went from 3.8 (95% UI: 3.7; 4.0) /100,000 to 4.0 (95% UI: 3.8; 4.3)/100,000 in 2019, showing no difference in the period. The death rate by sharp, pointed objects also remained stable when the two years were compared, while the death rate caused by physical violence by other means showed a significant decrease of 44.0% (Table 1).

Finally, the DALY rate by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years showed a decline of 13%, going from 542.8 (95% UI: 518.1; 568.0)/100,000 in 1990 (11th place in the ranking of causes of death with the highest burden), to 472.1 (95% UI: 442.1; 503.8)/100,000 in 2019, moving up to 9th place. The same pattern happened to the DALY rate of physical violence by other means, which decreased 45.7% between

the evaluated years. No significant variation was found in the DALY rate of violence by firearms, or by sharp, pointed object, nor in the DALY rate of sexual violence (Table 1).

Comparisons between the years of 1990 and 2019, stratified by state, revealed non-significant changes in death rates and DALY rates in most states. Only the state of Bahia showed a significant increase in those rates, reaching a 77.2% increase in the death rate. On the other hand, three states showed a reduction in the two rates: the Federal District, Rio de Janeiro, and São Paulo. The negative variation of the death rate by interpersonal violence was 27.9%, 50.7%, and 47.6%, respectively (Table 2).

## **Discussion**

Analysis of the GBD data between 1990 and 2019 showed an increase in the absolute number of deaths by interpersonal violence, physical violence by firearms, and physical violence by sharp, pointed objects in Brazil. However, there was a reduction in the death rates by interpersonal violence against women over the 30-year period in Brazil. Concerning the DALY rates, a decline was observed in the burden of violence in this segment of the population, although it still ranks as the 9th cause of DALY. Assessment of the rates stratified by state demonstrated non-significant changes in most states.

Between 1990 and 2019, there were periods of more investment and development of public policies to reduce violence against women, as well as periods of stagnation and resistance to progress. The fact that Brazil is a signatory of the World Conference on Women, the 1979 Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (CEDAW), and the 1994 Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence Against Women (known as *Convenção Belém do Pará*), suggests that the country is committed to protecting and guaranteeing the rights of women, although this has been taking place at a slow pace.

Some important advances towards giving more visibility to the women's rights agenda include the creation of the Special Secretariat for Women's Policies (SPM), with the status of a Ministry, the holding of Conferences on Policies for Women in the three levels of government, the elaboration of the National Plan for Policies for Women, the implementation of the National Policy to Combat Violence Against Women,<sup>21</sup> as well as the enactment of Law 11,340/2006<sup>22</sup> and Law 13,104/2015.<sup>8</sup> These documents also

contributed to the development of strategies to fight against and prevent violence through intersectoral actions and articulation between different elements of the public society and the government. All this political and institutional context reinforced the need for creating specialized services to support women in a situation of violence in order to prevent femicide.<sup>23</sup>

However, since 2014, there has been an increase in conservative standings in Brazil, compromising democratic discussions and demands by the feminist movements in matters related to gender, sexual rights, and reproductive rights.<sup>23,24</sup> In 2016, after President Dilma Rousseff was ousted, the SPM lost its Ministry status, which constituted the dismantling of a structure that was more open to demands for rights and that was essential in the fight to develop public policies for women.<sup>23</sup>

To this complex scenario, we must add the adoption of neoliberal policies, including budget freezes targeting public policies and the relaxation of gun control policies, leading to increased access to firearms,<sup>25</sup> measures that go against evidence in terms of preventing violence and promoting a healthy society.<sup>26</sup> Therefore, one can assume that the repercussions of the current setbacks will have a negative impact on women's life and health conditions in the short, middle, and long terms.

A study by the Institute of Applied Economic Research (IPEA) identified that the Maria da Penha Law generated significant effects in terms of reducing the homicides of women motivated by gender issues.<sup>27</sup> Likewise, the present study demonstrated a reduction in the death and DALY rates for interpersonal violence in Brazil. However, the evaluation according to states showed that such a significant decline occurred in only three states, while one showed a significant increase and the remaining states showed stability in the measurements during the 30-year period. We believe that the public policies for fighting violence against women have contributed to preventing this scenario from worsening.

Nevertheless, the impact of public policies addressing violence against women in Brazil has not reached all social groups equally. Analyses based on data from the SIM, from 2000 to 2017, have shown that death rates by homicide among young white and black women have differed substantially. Homicide rates among black women were nearly twice that observed for white women, with an increasing trend of 2.1% per year, while homicide rates among white women decreased by 0.8% per year.<sup>28</sup>

The literature consistently demonstrates that racial inequalities in the macrosocial context of Brazil produce a social hierarchy marked by disadvantages among black individuals, especially among black women.<sup>29,30</sup>

Research has shown that there is a connection between female homicides and places with high rates of male homicides, large urban areas or more densely populated places, income inequality, involvement with organized crime, drug trafficking, and scenarios in which the patriarchal structure is more rigid.<sup>2,3,4</sup> This fact shows a close relation between femicide and socioeconomic inequalities, and reinforces the need for intersectoral work and more permanent public policies to solve the problem.<sup>31</sup>

The state of Bahia, which had a considerable increase in death and DALY rates from interpersonal violence, showed increases in general homicide rates in the period of 2008 to 2018.<sup>25</sup> Contrarily, the Federal District and the state of São Paulo, which showed a decline in death and DALY rates, also showed decreasing trends in general homicide rates between 2008 and 2018.<sup>25</sup> Moreover, when the time trends of homicides in the country is analyzed, one must consider the following: demographic changes in an aging population; the effect of the Disarmament Statute, which played a key role in curbing the increase in numbers of fatal violence; the state's public security policies on crime prevention and control; the wars and armistices between organized crime groups; and the changes in the data quality from SIM, which demonstrated a considerable increase in violent deaths of undetermined intent from 2018 onwards.<sup>25</sup> Therefore, we believe that all these factors impacted the dynamics of female homicides.

The importance of monitoring female homicides and femicides was established by the definition of specific indicators in the United Nations (UN) 2030 Agenda,<sup>32</sup> in which the 193 UN members made a commitment to eliminate gender-based violence in public and private spheres.<sup>31</sup> In Brazil, the proposed goal for Objective 16 consisted of “a significant reduction in all forms of violence and the mortality rates related to it, in all places, including a reduction of  $\frac{1}{3}$  in the rates of femicides, homicides of children, adolescents, young adults, blacks, women, indigenous people, and LGBT populations.”<sup>33</sup> However, considering the profile of the homicides of women aged 15 to 49 years in Brazil, from 1990 to 2019, that 2030 goal may not be achieved.

One limitation of the GBD data that must be considered is that it does not stratify data according to race/color and to the location where the homicide occurred. The Violence Atlas of 2020<sup>25</sup> showed that 68% of the women murdered in Brazil in 2018 were black. More alarmingly, this document demonstrates that, in 2017 and 2018, the rate of

homicides for black women increased by 12.4%, while the rate for non-black women witnessed a decline of 11.7%.<sup>25</sup> Furthermore, researchers have used homicide in the home as a proxy to calculate the occurrence of femicide.<sup>25</sup> In 2018, deaths at home corresponded to 30.4% of all homicides, an increase of 6.6% in comparison to 2017.<sup>25</sup> Additionally, the Year Book published by the Brazilian Public Security Forum in 2020 showed that most femicides (58.9%) occurred at home.<sup>10</sup>

Death rates from interpersonal violence against women aged 15 to 49 years remained stable in most of the Brazilian states, when comparing the years of 1990 and 2019, regardless of the Maria da Penha Law and the improvements in the women's rights policies and of the fight against violence developed in the early 2000's. Only three states managed to significantly reduce the death and DALY rates for interpersonal violence.

Illustrating this scenario with reliable and comparable data is important to provide evidence to policymakers that can guide the design of more effective and equitable public policies. There is a strong concern that loosening gun control regulations, combined with the spread of a conservative, chauvinistic, and misogynist mentality will worsen the current scenario. Considering that, there is a risk that the country will not reach the goals for the 2030 Agenda for Sustainable Development. Tackling violence and femicide requires coordinated, intersectoral actions, involving governmental and non-governmental institutions and society as a whole in order to ensure that women's rights are protected.

**Acknowledgements:** There are none.

**Conflicts of Interest:** The authors declare no conflict of interests.

**Financial Support:** Secretaria de Vigilância em Saúde (TED 148/2018), Fundo Nacional de Saúde

**REFERENCES**

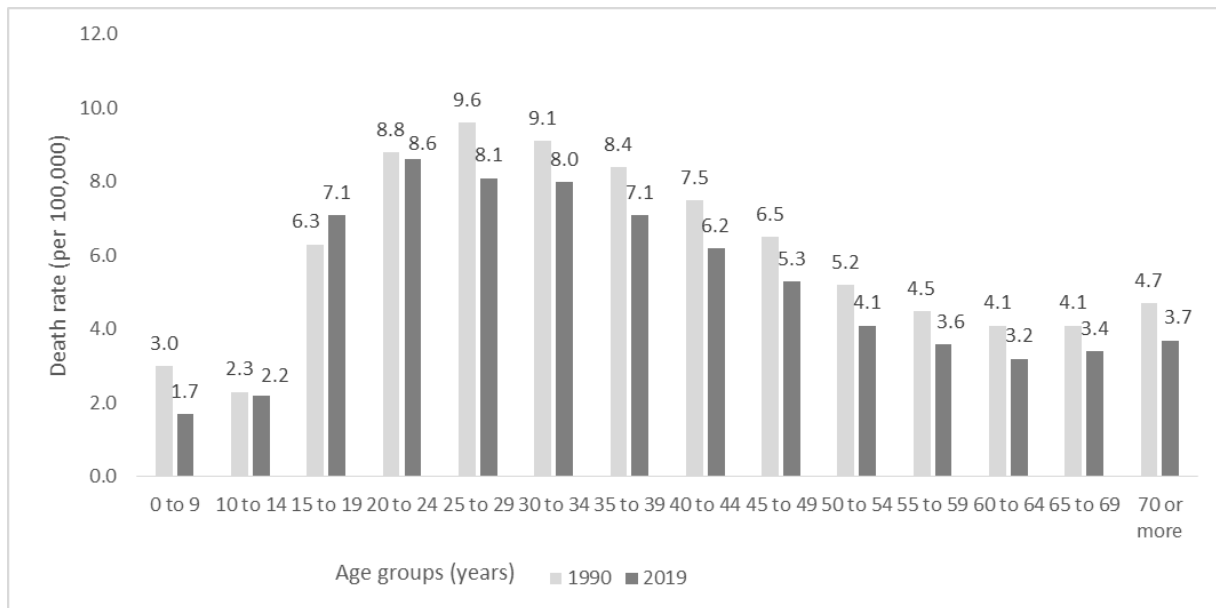
1. United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide 2018. Vienna, 2018.
2. Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. Rev Bras Epidemiol.2014;17(3):642-653.
3. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. Interface (Botucatu).2013;17(46): 523-533.
4. Meneghel SN, Portella AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciênc. Saúde Colet.2017;22(9):3077-3086.
5. Pasinato, W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. Cad. Pagu.2011; (37):219-246.
6. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. Lancet. 2013;382(9895):859-65.
7. Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. Prev Med. 2019;118:216-9.
8. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13104, de 09/03/2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 01 de novembro de 2020.
9. ONU Mulheres. Diretrizes Nacionais Feminicídio. Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres. Brasília, 2016.
10. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. [online] Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em 20/11/2020.

11. Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.[online] Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em 10/03/2021.
12. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Morais Neto OL, Szwarcwald CL. Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. *Rev. Saúde Pública*.2014;48(4): 671-681.
13. Soares Filho AM, Cortez-Escalante JJ, França E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências. *Ciênc. Saúde Colet*.2016;21(12):3803-3818.
14. Souza MFM, França EB, Cavalcante A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Rev. bras. epidemiol*.2017;20(Suppl 01):1-3.
15. Malta DC, Minayo MCDS, Soares Filho AM, Silva MMAD, Montenegro MDMS, Ladeira RM, Neto OLM, Melo AP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev. bras. epidemiol*.2017;20 (Suppl 01):142-156.
16. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years(DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories,1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*.2018;392(10159):1859-1922.
17. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare/Viz Hub. [online] Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 10/03/2021.
18. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*.2020;396(10258):1204-1222.

19. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Supplementary Appendix 1. Supplement to: GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*.2020;396(10258):1204-22.
20. Gelman A, Greenland S. Are confidence intervals better termed "uncertainty intervals"? *BMJ*.2019;366:l5381.
21. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, Distrito Federal, 2011.
22. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006b. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.[online] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 01 de novembro de 2020.
23. Medeiros L (org.) Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher. Rio de Janeiro: Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018.
24. Martins APA. Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência contra Mulheres e Meninas no Brasil Recente: análise dos movimentos feministas no processo de afirmação de direitos. [online] Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/43017>
25. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da violência 2020. [online] Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/2008\\_26\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/2008_26_ri_atlas_da_violencia.pdf). Acesso em: 01 de outubro de 2020.

26. Anglemyer A, Horvath T, Rutherford G. The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10.
27. Cerqueira D, Matos M, Martins APA, Junior JP. Avaliando a Efetividade da Lei Maria da Penha. Texto para Discussão nº 2048. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2015.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Violência contra jovens no Brasil segundo raça/cor: tendências dos homicídios e perfil dos atendimentos de urgência e emergência. In: Saúde Brasil 2019 Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. p. 179–94. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>
29. Leite MP, Salas C. Trabalho e desigualdades sob um novo modelo de desenvolvimento. *Tempo Soc.*2014;26(1):87–100.
30. Madeira Z, Gomes DD de O. Persistent racial inequalities and black resistance in contemporary Brazil. *Serv. Soc. Soc.*2018;(133):463–79.
31. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad. Saúde Pública.*2018;34(12):e00012818.
32. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [online]. Disponível em: <https://ods.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30/09/2020.
33. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Agenda 2030. ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [online] Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801\\_](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_). Acesso em: 10/03/2021.

Figure 1: Death rate for interpersonal violence against females, according to age groups. Brazil, 1990 and 2019.



Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

Figure 2: Death rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, according to the year of death. Brazil, 1990 to 2019.

<b>Year</b>	<b>Death rate (per 100,000)</b>	<b>Uncertainty Interval (95%)</b>	<b>Year</b>	<b>Death rate (per 100,000)</b>	<b>Uncertainty Interval (95%)</b>
1990	8.1	(7.9;8.4)	2006*	8.0	(7.8;8.2)
1991	8.2	(7.9;8.5)	2007	7.7	(7.5;7.9)
1992	7.8	(7.6;8.1)	2008	7.7	(7.5;8.0)
1993	8.5	(8.2;8.7)	2009	7.9	(7.7;8.1)
1994	8.8	(8.5;9.0)	2010	8.0	(7.8;8.3)
1995	9.6	(9.3;9.9)	2011	7.9	(7.7;8.2)
1996	9.4	(9.2;9.7)	2012	8.0	(7.8;8.3)
1997	9.2	(9.0;9.4)	2013	7.9	(7.7;8.2)
1998	9.1	(8.9;9.3)	2014	8.0	(7.7;8.2)
1999	8.7	(8.5;8.9)	2015**	7.7	(7.5;8.0)
2000	8.8	(8.6;9.1)	2016	7.7	(7.4;7.9)
2001	8.8	(8.6;9.0)	2017	7.8	(7.5;8.0)
2002	8.7	(8.5;9.0)	2018	7.5	(7.1;7.8)
2003	8.5	(8.3;8.7)	2019	7.3	(6.8;7.7)
2004	8.3	(8.1;8.6)			
2005	8.1	(7.9;8.4)			

Observations: \*Year of publication of Law 11,340/2006, better known as the Maria da Penha Law;<sup>21</sup> \*\*Year of publication of Law 13,104/2015.<sup>8</sup>

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

Table 1: Number of deaths, death rate, and DALY rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, and percentage variation of the measurements with 95% UI. Brazil, 1990 and 2019.

Measurement	Cause	1990 (95% UI)	2019 (95% UI)	Variation 1990-2019 (95% UI)
Number of Deaths	Interpersonal violence	3.168 (3.057;3.277)	4.240 (4.003;4.515)	33.9 (25.8;45.5)
	Physical violence by firearm	1.495 (1.436;1.556)	2.356 (2.214;2.510)	57.6 (46.7;71.7)
	Physical violence by sharp object	708 (680;739)	1.063 (999;1.136)	50.1 (39.7;62.8)
	Physical violence by other means	965 (926;1.006)	822 (767;892)	-14.8(-21.1;-6.4)
Death Rate (per 100,000)	Interpersonal violence	8.1 (7.9;8.4)	7.3 (6.8;7.7)	-10.9 (-16.3;-3.1)
	Physical violence by firearm	3.8 (3.7;4.0)	4.0 (3.8;4.3)	4.9 (-2.4;14.3)
	Physical violence by sharp object	1.8 (1.7;1.9)	1.8 (1.7;1.9)	-0.1 (-7.0;8.4)
	Physical violence by other means	2.5 (2.4;2.6)	1.4 (1.3;1.5)	-43.3 (-47.5;-37.7)
DALY Rate (per 100,000)	Interpersonal violence	542.8 (518.1;568.0)	472.1 (442.1;503.8)	-13.0 (-17.8;-6.4)
	Physical violence by firearm	232.3 (223.2;242.2)	239.9 (225.6;255.4)	3.3 (-3.9;12.4)
	Physical violence by sharp object	110.6 (106.1;115.4)	105.0 (98.9;112.2)	-5.0 (-11.4;2.7)
	Physical violence by other means	159.2 (151.7;167.3)	86.4 (80.8;93.5)	-45.7 (-49.4;-40.9)
	Sexual violence	40.7 (26.1;58.4)	40.7 (26.1;58.3)	0.1 (-4.0;4.4)

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

Table 2: Death and DALY rates caused by interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, percent variation of rates between 1990 and 2019 and 95% uncertainty intervals according to states. Brazil, 1990 and 2019.

State	Death Rate (per 100,000)		Variation of Death Rate	DALY rate (per 100,000)		Variation of DALY rate
	1990 (95% UI)	2019 (95% UI)	1990-2019 (95% UI)	1990 (95% UI)	2019 (95% UI)	1990-2019 (95% UI)
Acre	9.0 (7.5;10.5)	7.4 (6.3;8.6)	-17.5(-33.1;1.6)	608.0 (512.3;703.8)	490.3 (424.0;560.7)	-19.3(-33.2;-1.9)
Alagoas	10.1 (8.6;11.6)	10.8 (9.0;13.1)	7.7(-16.3;40.6)	667.6 (576.4;757.1)	691.5 (581.2;824.2)	3.6(-17.5;31.5)
Amapá	6.6 (5.1;7.9)	7.6 (6.6;8.6)	14.9(-7.7;49.9)	467.7 (372.2;553.4)	507.3 (446.6;571.3)	8.5(-11.0;37.4)
Amazonas	6.6 (5.3;7.8)	6.8 (5.7;8.2)	3.5(-18.3;33.7)	458.6 (378.6;539.1)	456.7 (391.0;532.9)	-0.4(-19.2;25.8)
Bahia	5.7 (4.7;6.8)	10.1 (7.8;12.6)	76.8(31.3;139.2)	398.3 (337.8;464.5)	642.2 (509.3;798.0)	61.2(24.3;111.2)
Ceara	6.8 (5.4;8.4)	9.2 (7.1;11.9)	36.0(-1.8;89.5)	461.4 (376.9;559.7)	591.3 (463.7;747.9)	28.2(-4.3;71.8)
Distrito						
Federal	7.2 (6.3;8.2)	5.2 (4.4;6.2)	-27.0(-40.6;-8.2)	487.6 (433.5;551.5)	355.0 (305.2;419.2)	-27.2(-39.2;-10.9)
Espirito Santo	12.5 (11.6;13.4)	12.5 (10.3;14.8)	-0.1(-17.8;20.3)	808.9 (750.3;869.3)	775.1 (647.9;907.2)	-4.2(-19.7;14.3)
Goiás	12.1 (10.1;14.2)	10.9 (8.6;13.5)	-10.0(-31.1;18.1)	786.5 (670.3;907.7)	684.6 (555.6;841.3)	-13.0(-31.7;12.1)
Maranhão	7.3 (5.4;9.9)	6.7 (5.0;8.8)	-7.8(-38.0;35.8)	489.3 (376.3;645.2)	433.9 (330.5;548.9)	-11.3(-37.8;24.8)
Mato Grosso	7.4 (5.4;9.3)	8.5 (7.1;10.0)	13.9(-13.7;61.9)	503.8 (376.3;618.0)	539.2 (455.7;627.2)	7.0(-16.9;47.6)
Mato Grosso do Sul	9.6 (8.5;10.6)	7.6 (6.3;9.1)	-21.1(-35.5;-2.7)	630.3 (563.7;694.9)	491.2 (416.5;576.8)	-22.1(-34.6;-5.8)
Minas Gerais	5.6 (5.0;6.1)	6.6 (5.6;7.8)	19.2(-0.7;42.7)	380.2 (345.4;416.9)	430.8 (373.1;493.3)	13.3(-3.9;32.7)
Para	7.8 (6.3;9.3)	8.8 (7.4;10.5)	13.8(-10.2;48.5)	526.5 (433.4;618.9)	578.3 (491.1;676.4)	9.9(-11.5;39.1)
Paraíba	8.8 (7.6;10.1)	8.8 (7.2;10.6)	-0.7(-23.9;26.0)	587.1 (512.0;669.1)	567.4 (471.1;676.6)	-3.4(-23.5;18.8)
Paraná	5.9 (5.5;6.3)	6.9 (5.8;8.2)	17.4(-2.9;41.6)	401.1 (371.7;433.4)	450.0 (384.6;521.4)	12.2(-4.8;32.8)
Pernambuco	11,1 (10,1;12,0)	10,6 (8,7;12,5)	-5.0(-23.6;16.5)	720,9 (656,8;781,4)	668,6 (559,7;783,4)	-7.3(-24.2;12.1)
Piauí	4.5 (3.8;5.2)	4.6 (3.8;5.6)	2.9(-19.4;30.8)	319.9 (273.4;367.6)	319.3 (268.4;379.5)	-0.2(-18.6;22.3)
Rio de Janeiro	15.0 (14.1;15.9)	7.4 (6.2;8.7)	-50.6(-58.8;-41.4)	959.9 (898.9;1021.5)	480.5 (411.9;558.4)	-49.9(-57.2;-41.4)
Rio Grande do Norte	5.4 (4.5;6.5)	7.8 (6.1;9.8)	43.6(6.3;88.4)	376.4 (319.1;442.6)	512.2 (411.3;633.2)	36.1(4.8;71.9)
Rio Grande do Sul	6.2 (5.8;6.6)	6.9 (5.9;8.3)	11.7(-7.4;34.8)	423.6 (393.5;456.4)	450.6 (384.0;528.0)	6.4(-9.5;25.8)

Rondônia	11.0 (7.9;13.8)	9.6 (7.8;11.6)	-12.9(-36.0;29.6)	729.4 (528.1;901.5)	611.8 (514.2;722.8)	-16.1(-37.0;21.0)
Roraima	10.9 (7.8;13.5)	10.2 (8.8;11.5)	-7.0(-27.2;28.2)	717.2 (521.3;877.4)	661.7 (580.5;743.6)	-7.7(-26.9;24.7)
Santa Catarina	4.2 (3.8;4.6)	4.2 (3.5;5.0)	0.5(-18.3;24.2)	301.7 (272.0;334.1)	290.6 (247.6;340.2)	-3.7(-18.9;14.6)
São Paulo	8.2 (7.6;8.9)	4.3 (3.6;5.1)	-47.7(-56.9;-37.4)	548.0 (506.7;594.4)	294.9 (253.4;341.1)	-46.2(-54.2;-37.3)
Sergipe	8.1 (6.9;9.4)	8.5 (6.8;10.6)	5.6(-19.7;38.7)	541.5 (469.3;627.4)	545.7 (446.4;667.0)	0.8(-21.0;28.7)
Tocantins	7.4 (6.0;8.7)	7.3 (5.8;9.0)	-0.6(-23.3;28.9)	500.2 (416.4;585.2)	479.2 (389.8;578.1)	-4.2(-23.9;20.5)

---

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

### **4.3 Estudo 3: Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil**

Artigo publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, 26(3):975-985, 2021.

DOI: 10.1590/1413-81232021263.00132021

**Título:** Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil

#### **Resumo:**

**Introdução:** A violência por parceiro íntimo (VPI) é um problema social e de saúde pública, com impactos nas condições de vida e saúde das mulheres. **Objetivo:** Identificar fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de VPI. **Metodologia:** Estudo do tipo caso-controle a partir do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2011 a setembro/2017, e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011 a 2016. O grupo “caso” foi composto por mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN, cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo e óbito por qualquer causa básica registrado no SIM. O grupo “controle” consistiu em mulheres da mesma faixa etária, com VPI registrada no SINAN e município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM. Foi utilizada a regressão logística a fim de estimar a razão de chance de óbito. **Resultados:** 151.826 brasileiras tiveram seus casos de VPI notificados, sendo que 2.538 morreram. A principal causa de óbito foi o homicídio. As seguintes características conferiram maior chance de óbito: raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; violência perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.

**Palavras-chave:** violência por parceiro íntimo; violência de gênero; vigilância em saúde pública; monitoramento epidemiológico.

**Abstract:**

Introduction: Intimate partner violence (IPV) is a social and public health problem, with impact on women's living and health conditions. Objective: To identify associated factors with death in women with IPV notification. Methodology: Case-control study based on the record-linkage of the Mortality Information System (SIM), 2011 to September / 2017, and the Notifiable Diseases Information System (SINAN), 2011 to 2016. The “case” group consisted of women aged 15 to 59 years old with notification of violence at SINAN, whose author was current or former intimate partner and died by any cause registered at SIM. The “control” group consisted of women 15-59 years-old, living in the same municipality of the cases and victim of IPV registered in SINAN, but without a death record in the SIM. Multiple logistic regression was used to estimate the odds ratio of death. Results: 151,826 Brazilian women were victim of IPV and were notified by SINAN, and 2,538 died. The main cause of death was homicide. The following characteristics conferred a greater chance of death: having race/skin-color black or yellow; having disabilities; living in rural area; physical violence, torture and multiple types combined; violence perpetrated by a firearm, a sharp object and multiple means combined.

**Key-words:** intimate partner violence; gender-based violence; public health surveillance; epidemiological monitoring.

**Introdução**

Rosa, Maria, Angélica, elas, nós. A violência por parceiro íntimo (VPI) é uma experiência que atravessa a história das mulheres, seja porque já a vivenciamos ou porque temos alguma situação na família, entre amigas ou conhecidas. A partir das lutas dos movimentos feministas em defesa dos direitos das mulheres, o assunto tem ganhado espaço nas leis, agendas políticas, noticiários e no nosso dia a dia.

Esse problema tem escala global e a importância do seu enfrentamento foi concretizado com indicadores específicos na Agenda 2030<sup>1</sup>, onde os 193 Estados Membros da Organização das Nações Unidas se comprometeram a alcançar as metas relacionadas à equidade de gênero. Estudo de revisão sistemática com artigos do período

de 1990 a 2011, de diversos países e continentes, demonstrou que 38,6% de todos os homicídios contra mulheres foram perpetrados por parceiros íntimos<sup>2</sup>. Considerando que esses feminicídios não são um fato isolado na vida das mulheres, mas representam o ponto final em uma sequência de violências e abusos, pode-se inferir que entre os óbitos e as vivências da VPI, há um grande iceberg a ser descortinado. No Brasil, estudo com amostra representativa da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco identificou prevalência, pelo menos uma vez na vida, de mais de 41% de violência psicológica e de mais de 27% de violência física por parceiro íntimo entre mulheres<sup>3</sup>.

A VPI é também um problema de saúde pública, pois os abusos físicos, psicológicos, sexuais e negligências decorrentes dessas agressões aparecem como demandas principais e em queixas difusas nos atendimentos do setor. Além disso, a saúde é um componente fundamental para a integralidade do cuidado, seja por meio da recuperação do estado físico e psicológico, ou pelos encaminhamentos que se fazem necessários a outros órgãos responsáveis pela garantia dos direitos das mulheres.

Com intuito de ampliar as possibilidades de diagnóstico e monitoramento desses eventos, o Ministério da Saúde criou em 2006, o Sistema Nacional de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), cujo componente contínuo prevê a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços públicos e privados de todo o país a partir de 2011<sup>4,5</sup>. Essa notificação tem o intuito de dar visibilidade ao problema, atuar como um instrumento de cuidado e promover atuação integrada entre os órgãos da rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Portanto, faz-se necessário compreender: O que acontece às mulheres após a notificação? Elas permanecem vivas ou morrem? Quais são as principais causas básicas de óbito? Quais são os fatores associados ao óbito?

A declaração de óbito é o instrumento de coleta padronizada dos dados sobre mortalidade e não contém informação sobre o sexo do autor da agressão e tipo de vínculo com a vítima. No entanto, é possível recontar parte da história das mulheres a partir do cruzamento dos registros de notificação de violência e do óbito.

Diante desse quadro, propõe-se explorar os fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo. Com isso pretende-se

identificaras variáveis que possam sinalizar cenários de maior risco e gerar alerta para prevenir óbitos prematuros e evitáveis.

## **Métodos**

Estudo do tipo caso-controle realizado a partir do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com 3.492.636 registros de óbitos de pessoas do sexo feminino, de todas as idades, no período de 2011 a setembro/2017; e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com 812.157 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas em pessoas do sexo feminino, de todas as idades, no período de 2011 a 2016.

O relacionamento das bases do SIM e SINAN foi conduzido pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>, sendo utilizada a técnica dos Filtros de Bloom e as seguintes variáveis de pareamento: “nome da paciente”, “data de nascimento” e “município de residência”. Os pares com pontuação igual a 10.000 (valor máximo) foram considerados verdadeiros e aqueles com pontuação entre 9.000 e 9.999 passaram por avaliação manual, na qual também foi utilizada a variável “nome da mãe” para análise<sup>6</sup>. Como resultado, foram identificados 19.604 pares considerados como verdadeiros, os quais representaram 17.566 mulheres com notificação de violência que foram a óbito no período avaliado (Figura 1).

Também foi necessário avaliar na base do SINAN a presença de mulheres com uma ou mais notificações no período. Para isso, foi realizada uma análise, também conduzida pelo Ministério da Saúde, utilizando a técnica dos Filtros de Bloom. Nesta nova etapa os registros do SINAN foram agrupados a partir das variáveis “nome da paciente”, “data de nascimento”, “município de residência” e “nome da mãe”, buscando identificar pares ou grupos de mulheres similares. Os grupos com pontuação menor que 9.000 representaram 692.936 registros (85,3% das notificações) e foram considerados únicos, ou seja, representaram mulheres com uma notificação no período. Os outros 119.221 registros com pontuação maior ou igual a 9.000 foram relacionados em pares ou grupos que poderiam representar a mesma mulher. No entanto, esses registros não foram avaliados (Figura 1).

Portanto, este estudo considerou como ponto de partida as 692.936 mulheres com uma notificação de violência no período avaliado. Destaca-se que as variáveis analisadas foram provenientes do SINAN, exceto a causa básica do óbito, originária do SIM.

Selecionaram-se os registros com os seguintes vínculos/grau de parentesco entre o agressor e a pessoa atendida: “cônjuge”, “ex-cônjuge”, “namorado” e “ex-namorado”; também foram incluídos os casos com vínculos similares a essas quatro categorias no campo aberto “outros” dessa variável. Foram excluídas as notificações com violência autoprovocada ou com informações sobre tentativa de suicídio ou autoagressão no campo aberto “Tipo de Violência – Outros”. Por fim, para promover maior similaridade entre casos e controles, foram selecionadas somente as mulheres jovens e adultas com idade de 15 a 59 anos, e aquelas residentes nos 1.104 municípios em que os casos residiam quando foi registrada a notificação (Figura 1).

O grupo dos casos foi composto por mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN, cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo, e que veio a óbito por qualquer causa básica registrada no SIM. O grupo controle consistiu em mulheres com a mesma faixa etária, notificação de VPI no SINAN e mesmo município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM no período avaliado (Figura 1).

Descreveu-se as causas básicas de óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Edição (CID-10), organizadas em grupos de causas, os quais estão disponíveis para acesso no tabulador eletrônico do Departamento de Informática do SUS<sup>7,8</sup>.

Na ficha de notificação de violências no SINAN, nas variáveis “Tipo de Violência” e “Meio de Agressão” é possível assinalar mais de uma opção, resultando em diversas possibilidades de combinações. Portanto, foi necessário propor nova organização das variáveis, a fim de garantir que cada mulher fosse identificada com uma única categoria. Como critério para a criação dessas novas variáveis foram consideradas a frequência das categorias e hierarquias de importância com base nas repercussões na saúde, conforme apresentado abaixo.

As combinações encontradas de tipos de violência foram dispostas em: psicológica (somente esse tipo); física (somente esse tipo); psicológica e física (somente esses dois tipos); sexual (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente); tortura (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações da categoria anterior); financeira (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das duas categorias anteriores); outras (somente esse tipo ou todas as outras categorias possíveis ou seus

cruzamentos, exceto as combinações das três categorias anteriores); ignorado (quando não foi assinalada qualquer categoria de tipo de violência).

Para a variável “meios de agressão” as novas categorias resultaram em: “ameaça” (somente esse meio); “força física” (somente esse meio); “ameaça e força física” (somente esses dois meios); “arma de fogo” (somente esse meio e todas as combinações em que ele esteja presente); “objeto perfurocortante” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações da categoria anterior); “enforcamento” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das duas categorias anteriores); “objeto contundente” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das três categorias anteriores); “outros” (somente esse meio ou todas as outras categorias possíveis ou seus cruzamentos, exceto as combinações das quatro categorias anteriores); ignorado (quando não foi assinalada qualquer categoria de meio de agressão).

Procedeu-se a análise descritiva de 12 variáveis categóricas da ficha de notificação, segundo o desfecho (não óbito; e óbito): faixa etária; gestante; raça/cor; escolaridade; situação conjugal; deficiência; zona de residência; porte do município de residência, de acordo com o número de habitantes; local da ocorrência; violência crônica (se ocorreu mais de uma vez); tipo de violência; e meio de agressão. A categoria “missing” foi incluída na categoria “ignorado” de cada variável. Também se realizou o Teste Qui-Quadrado ( $X^2$ ) para comparar as proporções entre os dois grupos avaliados.

Como neste universo o grupo de casos (2.538 mulheres) tem número proporcionalmente pequeno em relação ao grupo de controles (149.288 mulheres), utilizou-se a técnica de validação cruzada<sup>9</sup> mediante geração de amostras de treino e teste para construção do modelo, na proporção de dois controles para cada caso, a fim de encontrar o modelo robusto e com capacidade de generalização para evitar o super ajuste (overfitting) do modelo. Foram geradas de forma aleatória 10 amostras de treino e as respectivas 10 amostras de teste, representativas do universo.

Para cada amostra de treino foi realizada a análise de regressão logística, com as 12 variáveis independentes relacionadas à notificação de violência no SINAN, a fim de estimar a razão de chance de óbito. Utilizou-se o método *stepwise* para seleção das variáveis do modelo final. Foram avaliadas a multicolinearidade, por meio do teste de fator de inflação da variância (VIF), e o ajuste do modelo, por meio do teste de Hosmer

e Lemenshow. O modelo final de cada amostra de treino foi aplicado à respectiva amostra de teste.

A amostra de treino que apresentou maior equilíbrio entre especificidade, sensibilidade e acurácia, na comparação com a amostra de teste, foi utilizada para estimar as razões de chance entre os grupos expostos e não expostos, segundo os desfechos de óbito e não óbito. Todas as análises foram conduzidas no software R Studio<sup>10</sup>.

Este estudo faz parte do projeto “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer nº 4.103.432.

## **Resultados**

Entre as 692.936 mulheres com uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, 16.287 (2,4%) foram a óbito, por diversas causas, entre janeiro de 2011 a setembro de 2017. Esse fato representou a morte de mais de seis mulheres com uma notificação de violência a cada dia no Brasil, no período avaliado. A partir desse universo, foram selecionadas as notificações de VPI (211.991); as mulheres entre 15 e 59 anos (195.872); e os municípios de residência das mulheres que foram a óbito. Portanto, este estudo trabalhou com 151.826 mulheres, sendo 149.288 do grupo controle e 2.538 do grupo caso (Figura 1).

Os dez principais grupos de causas básicas de óbito das mulheres foram: “Agressões”, totalizando 1.030 óbitos (40,6%); “Neoplasias malignas” com 196 óbitos (7,7%); “Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” com 125 óbitos (4,9%); “Acidentes de transporte” com 110 óbitos (4,3%); “Doenças cerebrovasculares” com 96 óbitos (3,8%); “Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade” com 89 óbitos (3,5%); “Doença isquêmica do coração” com 84 óbitos (3,3%) ; “Doenças do fígado” com 78 óbitos (3,1%); “Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” com 76 óbitos (3,0%); e “Outras causas externas de traumatismos acidentais” com 64 óbitos (2,5%).

A comparação da distribuição das características relativas às mulheres e aos eventos na ficha de notificação mostram características particulares do grupo que foi a óbito no período máximo de 6,9 anos após a notificação: 25,97% de jovens entre 15 a 29 anos; 46,70% eram mulheres negras, considerando pretas e pardas; e 8,67% eram

mulheres com deficiência (Tabela 1). No grupo com desfecho “óbito” foi maior o percentual de mulheres com menor escolaridade (Tabela 1).

A avaliação dos municípios e zonas de residência no momento da notificação evidenciou a maior vulnerabilidade das mulheres que moravam em áreas rurais e periurbanas e em municípios de pequeno porte (<50.000 habitantes), totalizando 11,58% e 36,96% dos óbitos, respectivamente (Tabela 1).

Na análise das variáveis relativas à violência notificada, destacam-se as seguintes características no grupo cujo desfecho foi o óbito: o principal local da ocorrência da violência foi a residência (74,78%); a violência física preponderou em 57,21% dos casos; e os percentuais expressivos de agressões perpetradas com objetos perfurocortantes (23,84%) e armas de fogo (10,68%). A violência crônica foi observada em 45,43% das mulheres com óbito, no entanto, essa variável apresentou mais de 25% de casos ignorados (Tabela 1).

A amostra de treino selecionada para representar o universo apresentou 72% de sensibilidade, 71% de especificidade e 72% de acurácia. Nessa amostra de treino, o modelo da regressão logística apresentou as seguintes variáveis significativas, ao nível de significância de 0,05: faixa etária (30 a 44; 45 a 59); gestante (sim); raça/cor (preta e amarela); escolaridade (ensino médio e ensino superior - completos ou incompletos); deficiência (sim); zona de residência (rural); porte do município de residência (todas as categorias); local de ocorrência da violência (residência e ignorado); violência crônica (ignorado); tipo de violência (física, sexual, tortura e outras) e meio de agressão (arma de fogo, objeto perfurocortante, objeto contundente e outros meios) (Tabela 2).

De acordo com esse modelo, observa-se que as mulheres em faixas etárias mais velhas (30 a 44; e 45 a 59 anos) têm chance menor de óbito em comparação com as jovens (15 a 29 anos). As mulheres grávidas no momento da notificação de violência tiveram menor chance de óbito em comparação às não grávidas. Esse resultado não esperado pode ter relação com a alta proporção de casos ignorados nesta variável. As mulheres pretas e amarelas tiveram chance 1,29 vezes e 3,76 vezes maior de óbito, respectivamente, em comparação às brancas. A presença de ensino médio ou superior, completos ou incompletos, representou uma proteção para as mulheres em situação de VPI. A presença da deficiência foi considerada um fator de risco para as mulheres, já que elas tiveram 2,19 vezes mais chance de óbito em comparação com aquelas sem deficiência. As mulheres

que habitavam em áreas rurais ou periurbanas no momento da notificação da violência no SINAN tiveram chance 1,42 vezes mais elevada de óbito em comparação com aquelas residentes em áreas urbanas. Em consonância com o resultado anterior, quanto maior o porte do município de residência, maior a proteção das mulheres com relação ao óbito, em comparação com aquelas que moravam em municípios de até 10.000 habitantes. A ocorrência da violência na residência e em locais ignorados pelos profissionais que preencheram a ficha de notificação, aparecem como fatores protetores para o óbito em comparação às violências ocorridas em locais públicos como via pública, bar ou comércio/serviços. Nos casos em que o caráter crônico da VPI foi ignorado, a chance de óbito das mulheres foi 1,43 vezes maior. Com relação aos tipos de violência, a presença da violência física “somente” e todas as combinações identificadas foram consideradas fator de risco para o óbito, em comparação com a psicológica “somente”. O fator associado com maior risco de óbito para as mulheres foi a utilização de arma de fogo, com 12,52 vezes maior chance de óbito em relação às mulheres cuja violência foi perpetrada por meio de ameaças. Outros fatores de risco para o óbito foram os objetos perfurocortantes, contundentes e a combinação de outros meios (Tabela 2).

## **Discussão**

Rosa, Maria e Angélica são mulheres do século XVIII, viviam no estado de São Paulo, e tiveram suas histórias reveladas por Mary del Priore<sup>11</sup>. As situações de ameaça, violência física, psicológica e negligência perpetradas por seus companheiros, contra elas e seus filhos, evidenciam como a violência baseada no gênero possui raízes profundas na constituição da nossa sociedade.

No presente há outros meios de revelar essas histórias: as mídias, os registros dos serviços da rede de atendimento, como os boletins de ocorrência e as notificações de violência na saúde, e as declarações de óbito. Os dados do setor saúde são essenciais para identificar as mulheres em situação de risco de feminicídio íntimo<sup>12</sup>. Além disso, há instrumentos legais, como a Lei Maria da Penha, para combater, punir e oferecer proteção às mulheres em situação de violência. No entanto, a ocorrência do feminicídio íntimo, crime cometido contra mulheres cujo agressor teve ou tem uma relação íntima, de afeto ou sexual<sup>13</sup>, é sinal de falha das instituições públicas, privadas e da sociedade nos campos da prevenção de violências, proteção às mulheres e na garantia de seus direitos.

Este artigo apresentou um retrato de mais de 151 mil brasileiras que tiveram seus casos de VPI registrados pelas unidades de saúde no SINAN. Apesar do poder público ter ciência da situação de vulnerabilidade a que estavam submetidas, 2.538 mulheres morreram no período de 6,9 anos após a notificação. A principal causa de óbito foi o homicídio, o que sugere possível ocorrência de feminicídio íntimo, especialmente pelo fato de a literatura apontar o parceiro íntimo como principal autor dos homicídios de mulheres<sup>2,14</sup>. Nesse campo de estudo, trabalha-se com esse tipo de estimativa pois a informação sobre o vínculo/grau de parentesco dos autores das agressões não está presente na declaração de óbito, sendo necessárias investigações para compreender as circunstâncias e contexto do crime<sup>13</sup>.

Algumas doenças crônicas não transmissíveis e a infecção pelo vírus HIV figuraram entre as causas mais prevalentes, denotando possíveis impactos da VPI no cuidado de condições crônicas. O estudo do Ministério da Saúde que utilizou essa mesma base de dados demonstrou uma maior razão de mortalidade para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com notificação de violência registrada no SINAN<sup>6</sup>. De fato, é reconhecido o efeito negativo das violências contra as mulheres nos cuidados à saúde que demandam acompanhamento contínuo, sendo inclusive fator de risco para a inadequação ao rastreio de câncer de colo do útero<sup>15</sup>. A literatura tem demonstrado também que, além das lesões físicas, a VPI tem sido relacionada ao maior risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e a efeitos na saúde mental, como perda da autoestima, ansiedade, depressão e síndrome do estresse pós traumático<sup>16</sup>.

De modo geral, no momento da notificação, as seguintes características estiveram associadas ao óbito: ser da raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; residir em município de pequeno porte (<10.000 habitantes); estar em situação de violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; a violência ter sido perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.

A vivência de VPI muitas vezes começa na adolescência ou na juventude e perpassa diferentes classes sociais<sup>17</sup>. Na vivência do ficar e namorar as mulheres se deparam com os padrões de gênero nas relações afetivas e sexuais, o que pode gerar conflitos e agressões de diferentes tipos. Estudo sobre as notificações de violências em mulheres no período de 2011 a 2017 identificou que 41,3% das violências registradas em adolescentes de 15 a 19 anos foram perpetradas por parceiros íntimos<sup>18</sup>, mostrando uma

frequência muito alta desse problema em uma população tão jovem, em construção da sua identidade e muitas vezes sem autonomia financeira.

No caso da raça/cor, o racismo estrutural e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e garantia de direitos podem estar relacionados à maior chance de as mulheres pretas terem o desfecho de óbito em relação às brancas. Os dados apresentados neste estudo mostraram que as mulheres grávidas no momento da notificação tiveram chances menores de óbito, ou seja, a gravidez apareceu como um fator de proteção para o óbito. No entanto, esse resultado pode ter sido impactado pelos problemas de completude dessa variável. Portanto, faz-se necessário estudo específico para avaliar a relação da VPI na gravidez e o desfecho de óbito. De toda forma, sabe-se que as violências na gestação causam repercussões no acesso das mulheres aos serviços de saúde, ao acompanhamento no pré-natal e puerpério, assim como tem consequências negativas na saúde do bebê<sup>19,20</sup>.

A maior escolaridade foi fator de proteção para a ocorrência de óbito após a notificação de VPI. Esse fato revela a importância do acesso à educação para meninas e mulheres que passam a ter maiores condições de identificar as violências sofridas e buscar os serviços especializados que podem apoiá-las. Além disso, a maior escolaridade promove a autonomia financeira das mulheres e consequentemente, facilita o rompimento com os relacionamentos abusivos.

As mulheres com deficiências que tiveram notificação de VPI apresentaram maior chance de óbito, o que revela situações de vulnerabilidades que se somam. Faz-se necessário, futuramente, explorar as diferentes deficiências e suas associações com este desfecho.

A residência em zona rural apareceu como fator associado ao óbito. Possivelmente as mulheres que habitam em zonas rurais têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e da rede de serviços que atendem mulheres em situação de violência. Somado a isso, a distância de vizinhos, a menor densidade demográfica, além de padrões culturais e sociais patriarcais favorecem a invisibilidade do problema na comunidade.

Nesse mesmo sentido, residir em municípios com maior população foi associado à proteção com relação ao óbito. Pode-se inferir que em municípios com maior população espera-se contar com serviços de referência no campo da saúde, assistência social e segurança pública. Essa situação pode favorecer o acesso à rede de atendimento e da

sociedade civil no sentido de buscar atendimento, proteção e até abrigo nos casos de risco de morte.

Mais de 74% das violências, nos dois grupos (óbito e não óbito) ocorreram na residência, desvelando como o ambiente doméstico pode representar risco para as mulheres. Apesar desse fato, as mulheres com notificação de VPI na residência parecem estar mais protegidas do óbito do que aquelas com notificação de VPI em locais públicos. Isso pode ser devido ao fato de a exposição pública das agressões revelar um estágio mais grave e crônico de violência.

Apesar do estudo trabalhar somente com mulheres com uma notificação no período avaliado, a variável da ficha de notificação do SINAN referente à “violência crônica” apontou que esse agravo ocorreu de forma repetida em grande parte dos casos, mostrando que é necessário e urgente o desenvolvimento de ações concretas e efetivas para a prevenção desses óbitos anunciados.

A violência física e a presença de diferentes tipos de violências conjugadas em um mesmo episódio, se mostraram como fatores de risco para o óbito. De fato, outro estudo em municípios do Brasil identificou que as violências mais graves estão relacionadas à sobreposição de vários tipos de violência<sup>3</sup>.

Da mesma forma, o uso de armas de fogo, de objetos perfurocortantes e a combinação de outros meios estiveram associados a maior risco de óbito. Portanto, na abordagem policial às mulheres em situação de VPI é indispensável saber se o autor tem acesso a armas de fogo e acionar os mecanismos necessários para o cumprimento da lei que determina a apreensão imediata de arma de fogo sob sua posse<sup>21</sup>.

Dentre as limitações do trabalho, destacaram-se aquelas relativas ao SINAN e às seleções utilizadas para o recorte deste artigo. Com relação ao SINAN, sabe-se que há subnotificação dos casos de VPI, seja pela dificuldade de identificar os casos nos atendimentos, seja pelo não registro da violência. Além disso, algumas variáveis no SINAN, como “escolaridade”, “gestante” e “violência crônica” apresentaram baixa completude, podendo interferir nos resultados e ocultar situações de vulnerabilidade. Importante destacar que as bases de dados de 2015 e 2016 do SINAN, eram preliminares, assim como a de 2017 do SIM. Portanto, no SINAN poderiam ter duplicidades que não haviam sido avaliadas pelo Ministério da Saúde na consolidação da base nacional, como feito com as bases dos anos anteriores. Esse fato influenciou a escolha por trabalhar

somente com as mulheres com uma notificação no período, somado ao fato de que as pesquisadoras não tiveram acesso às bases nominais para avaliação dos pares ou grupos de mulheres. Por fim, o desempenho do modelo de regressão aplicado na amostra de treino teve sensibilidade de 72% e futuras análises poderão encontrar amostras com melhor desempenho, o que também depende da melhoria da qualidade dos dados do SINAN.

### **Considerações Finais**

Este estudo mostrou que o relacionamento das bases de dados do SIM e do SINAN é fundamental para compreender as repercussões da VPI na vida das mulheres. Sugere-se que esse tipo de relacionamento seja feito periodicamente e que inclua outras bases de dados ou mesmo outros agravos do SINAN. Outras atividades que se fazem necessárias são a melhoria da qualidade dos dados em saúde e a formação dos profissionais para atendimento humanizado e registro adequado dos casos.

A definição de melhores modelos estatísticos para a explicação do problema e até a predição podem contribuir para a atuação da vigilância em saúde em conjunto com a rede intersetorial de enfrentamento à violência contra as mulheres. Observa-se que o setor saúde tem ciência dos casos e pode desenvolver alertas para a rede de serviços no sentido da prevenção de óbitos anunciados e evitáveis.

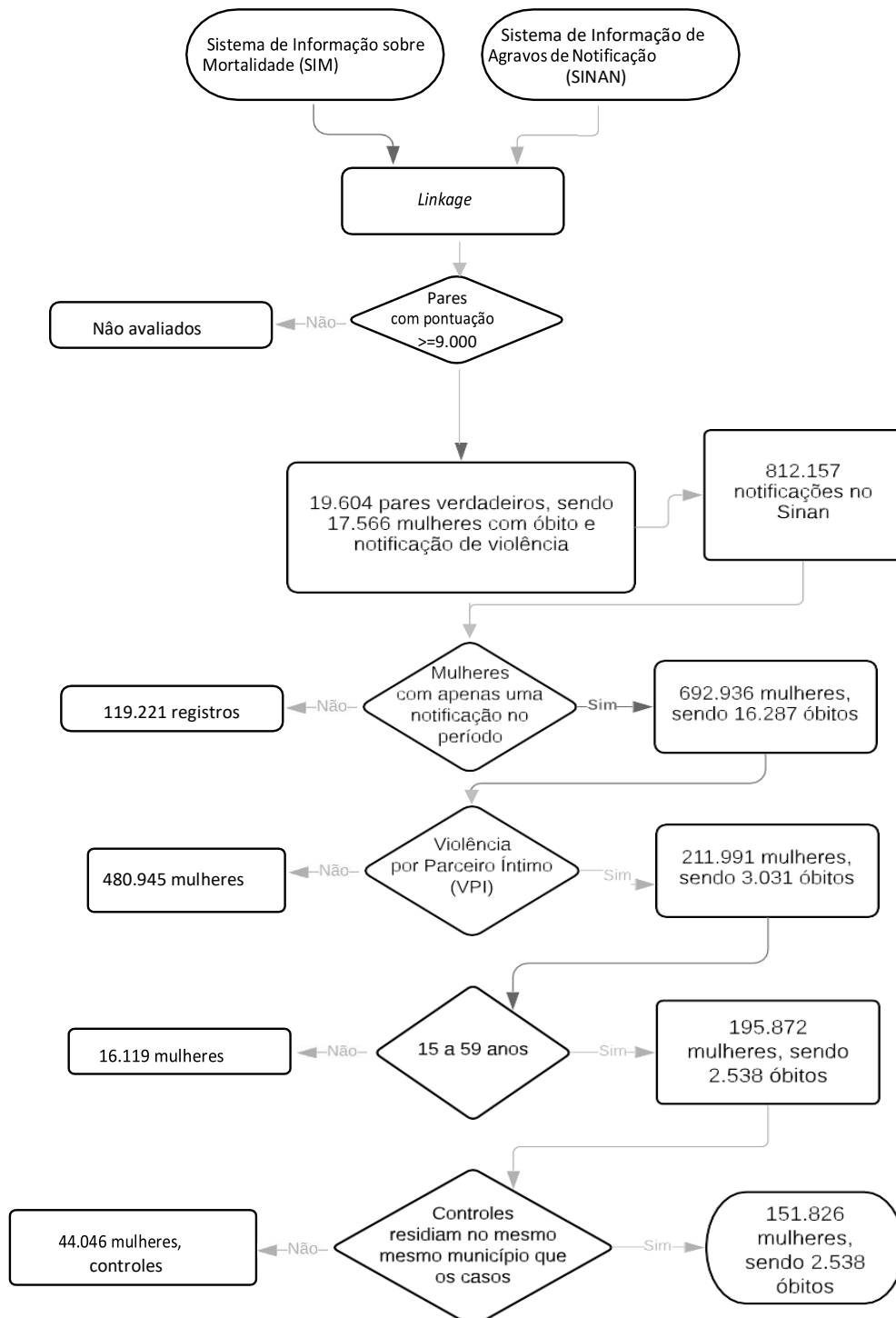
### **Referências**

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [Internet]. [acessado em 20 jan. 2020]. Disponível em: <https://ods.ibge.gov.br/>
2. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*, 2013, 382(9895): 859-865.
3. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2007, 41(5):797-807.

4. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23: 2007-2016.
5. Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2017, 26(1):183-194.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p.*
7. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. CID-10. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>. Acesso em 03 de setembro de 2019.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em 01 de junho de 2020.
9. Santos,H.G. Comparação da performance de algoritmos de machine learning para análise preditiva em saúde pública e medicina. 2018. 206f. Tese(Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
10. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.
11. Del Priore M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
12. Campbell J et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal os Public Health*, 2003, 93(7):1089-1097.
13. ONU Mulheres. *Diretrizes Nacionais Femicídio. Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres*. Brasília, 2016.
14. Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. *Preventive Medicine*, 2019, 118:216-219.

15. Rafael RMR, Moura ATMS. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(12): e00074216.
16. Johnson MP. *A typology of domestic violence*. United States of America: Northeastern University Press, 2008.
17. Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. *Rev. Bras Enferm [Internet]*. 2016; 69(5):890-8.
18. Mascarenhas MDM et al. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020, 23: E200007.SUPL.1
19. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal *Rev. Saúde Pública* 2010;44(4):667-76.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 426 p.
21. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.880, de 08 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para prever a apreensão de arma de fogo sob posse de agressor em casos de violência doméstica, na forma em que especifica. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13880.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13880.htm). Acesso em 30 de setembro de 2020.

Figura 1: Fluxograma do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a setembro/2017, e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no de 2011 a 2016, Brasil.



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

Tabela 1: Distribuição percentual das características das mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo e das violências registradas, segundo óbito e não óbito, Brasil, 2011 a 2016.

<b>Características</b>	<b>Não óbito</b>	<b>Óbito</b>	<b>Teste X<sup>2</sup></b>	<b>Características</b>	<b>Não óbito</b>	<b>Óbito</b>	<b>Teste X<sup>2</sup></b>
	<b>N= 149.288</b>	<b>N= 2.538</b>	<b>p-valor</b>		<b>N= 149.288</b>	<b>N= 2.538</b>	<b>p-valor</b>
<b>Faixa etária (anos)</b>				<b>Porte do município de residência</b>			
15 a 29	12,44	25,97	<0,01	<10.000	1,60	9,26	<0,01
30 a 44	41,94	42,91		≥10.00 e <50.000	14,14	27,70	
45 a 59	45,62	31,13		≥50.00 e <100.000	13,93	14,34	
<b>Gestante</b>				≥100.00 e <500.000	38,57	29,47	
Não	64,62	68,60	<0,01	≥500.000	31,76	19,23	
Sim	6,50	4,49		<b>Local da Ocorrência</b>			
Ignorado	28,88	26,91		Via pública, bar ou comércio/serviços	12,91	15,56	0,01
<b>Raça/Cor</b>				Residência	77,89	74,78	
Branca	43,46	41,57	<0,01	Outros <sup>2</sup>	3,45	4,49	
Preta	9,72	11,82		Ignorado	5,76	5,16	
Amarela	0,66	1,10		<b>Violência crônica</b>			
Parda	33,73	34,87		Não	25,17	29,20	<0,01
Indígena	0,57	0,59		Sim	57,38	45,43	
Ignorado	11,86	10,05		Ignorado	17,45	25,37	
<b>Escolaridade</b>				<b>Tipos de violência</b>			
Analfabeto	0,83	2,88	<0,01	Psicológica	12,40	4,89	<0,01
Ensino Fundamental <sup>1</sup>	33,29	40,50		Física	44,15	57,21	
Ensino Médio <sup>1</sup>	28,32	17,02		Física+psicológica	31,52	21,75	
Ensino Superior <sup>1</sup>	6,02	2,40		Sexual <sup>3</sup>	4,25	3,86	
Ignorado	31,53	37,19		Tortura <sup>3</sup>	3,63	7,09	
<b>Estado civil</b>							

Solteira	30,34	26,32	<0,01	Financeira <sup>3</sup>	2,68	1,34	
Casada	51,09	53,19		Outras <sup>3</sup>	0,88	2,76	
Separada	9,82	10,91		Ignorado	0,48	1,10	
Viúva	0,62	1,58		<b>Meios de Agressão</b>			
Ignorado	8,13	8,00		Ameaça	11,27	4,85	<0,01
<b>Deficiência</b>				Força	44,33	31,05	
Não	82,74	75,37	<0,01	Força+ameaça	13,83	7,88	
Sim	3,13	8,67		Arma de fogo <sup>3</sup>	1,16	10,68	
Ignorado	14,13	15,96		Objeto perfuro-cortante <sup>3</sup>	7,66	23,84	
<b>Zona de residência</b>				Enforcamento <sup>3</sup>	6,40	5,20	
Urbana	91,72	85,70	<0,01	Objet contundente <sup>3</sup>	3,97	5,28	
Rural ou periurbana	5,40	11,58		Outros meios <sup>3</sup>	6,52	7,09	
Ignorado	2,89	2,72		Ignorado	4,87	4,14	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde. Observações: <sup>1</sup>Ensino completo ou incompleto; <sup>2</sup>Inclui as categorias: habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, indústria/construção e outro; <sup>3</sup> Inclui todas as possibilidades de combinação com outras categorias dessa variável, exceto com as categorias que a antecede.

Tabela 2: Modelo final de regressão logística múltipla, a partir da amostra de treino selecionada. Brasil, 2011 a 2016.

Características	$\beta$	Erro Padrão	<i>p</i> -valor	Odds Ratio	Limite inferior (IC: 95%)	Limite superior (IC: 95%)
<b>Faixa etária (anos)</b>						
15 a 29	1,00					
30 a 44	-0,85	0,09	<0,01	0,43	0,25	0,61
45 a 59	-1,28	0,10	<0,01	0,28	0,09	0,47
<b>Gestante</b>						
Não	1,00					
Sim	-0,45	0,16	<0,01	0,64	0,33	0,95
<b>Raça/Cor</b>						
Branca	1,00					
Preta	0,25	0,12	0,03	1,29	1,06	1,52
Amarela	1,32	0,36	<0,01	3,76	3,06	4,46
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	1,00					
Ensino Médio <sup>1</sup>	-0,82	0,26	<0,01	0,44	-0,08	0,96
Ensino Superior <sup>1</sup>	-1,53	0,32	<0,01	0,22	-0,4	0,84
<b>Deficiência</b>						
Não	1,00					
Sim	0,78	0,14	<0,01	2,19	1,91	2,47
<b>Local da Ocorrência</b>						
Via pública, comércio/serviços	1,00					
Residência	-0,35	0,10	<0,01	0,71	0,51	0,9
Ignorado	-0,58	0,18	<0,01	0,56	0,21	0,91
<b>Violência crônica</b>						
Não	1,00					

Ignorado	0,36	0,11	<0,01	1,43	1,22	1,64
<b>Tipos de violência</b>						
Psicológica	1,00					
Física	0,90	0,19	<0,01	2,45	2,09	2,82
Física+psicológica	0,37	0,19	0,05	1,44	1,07	1,81
Sexual <sup>2</sup>	0,77	0,23	<0,01	2,16	1,71	2,61
Tortura <sup>2</sup>	1,20	0,23	<0,01	3,33	2,87	3,78
Outras <sup>2</sup>	1,64	0,30	<0,01	5,19	4,56	5,75
<b>Meios de Agressão</b>						
Ameaça	1,00					
Arma de fogo <sup>2</sup>	2,53	0,26	<0,01	12,52	12,02	13,03
Objeto pérfuro-cortante <sup>2</sup>	1,14	0,20	<0,01	3,14	2,74	3,53
Objet contundente <sup>2</sup>	0,54	0,23	0,02	1,71	1,25	2,16
Outros meios <sup>2</sup>	0,75	0,19	<0,01	2,12	1,74	2,5
<b>Zona de residência</b>						
Urbana	1,00					
Rural ou periurbana	0,35	0,13	0,01	1,42	1,17	1,67
<b>Porte do município de residência</b>						
<10.000	1,00					
≥10.00 e <50.000	-1,06	0,19	<0,01	0,35	-0,02	0,72
≥50.00 e <100.000	-1,61	0,20	<0,01	0,20	-0,18	0,58
≥100.00 e <500.000	-1,73	0,19	<0,01	0,18	-0,19	0,54
≥500.000	-1,92	0,19	<0,01	0,15	-0,23	0,52

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

Observações: <sup>1</sup>Ensino completo ou incompleto; <sup>2</sup>Inclui todas as possibilidades de combinação com outras categorias dessa variável, exceto com as categorias que a antecede.

#### **4.4 Estudo 4: Risco de Mortalidade por agressão: um estudo de coorte retrospectiva em mulheres com notificação de violência interpessoal no Brasil**

**Resumo:** O objetivo deste trabalho foi medir a incidência de morte por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, bem como identificar se a vivência de VPI esteve associada com o risco de morrer por agressão. Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva de base populacional a partir do relacionamento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Foram selecionadas pessoas do sexo feminino de 15 a 59 anos com uma notificação de violência interpessoal no SINAN no período de um ano, com acompanhamento para identificação de óbito por qualquer causa básica no SIM em até dois anos. Para análise de sobrevivência, foram utilizadas as abordagens de risco específico por agressão e de subdistribuição de riscos, com cálculo do Kaplan Meier e Função de Incidência Acumulada (FIA), respectivamente. Também foram utilizados os modelos de Cox e de Fine-Gray para verificar se a VPI estava associada ao risco de óbito por agressão. Foram identificadas 117.743 mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal, sendo que 818 mulheres foram a óbito. A FIA ao final de dois anos foi de 0,003, ou seja, uma taxa de mortalidade de, aproximadamente, 300 óbitos por 100.000 mulheres com notificação de violência. Nas duas abordagens de análise de sobrevivência, a VPI não teve associação significativa com o óbito por agressão. Somente a categoria “não branca” foi associada ao aumento da incidência do óbito por agressão, com aumento da taxa de óbito em 33% (HR (IC95%): 1,33 (1,08-1,65)). Os resultados desse estudo contribuíram para evidenciar o peso da raça/cor no aumento do risco de óbito em mulheres em situação de violência interpessoal, o que demanda políticas públicas articuladas para o enfrentamento desse problema.

**Palavras-chave:** gender based violence, intimate partner violence, mortality, risk factors, survival analysis.

## Introdução

A vida das mulheres não é um conto de fadas. Ao contrário dessas histórias contadas na infância, os relacionamentos amorosos podem ser permeados pela violência por parceiro íntimo (VPI). Esse termo se refere às agressões que podem incluir violências física, sexual, psicológica, perseguição e econômica, no âmbito de uma relação íntima de afeto, amorosa e/ou sexual <sup>1,2</sup>.

A revisão de literatura da Organização Mundial da Saúde (OMS), com estudos de 2000 a 2018, estimou que globalmente 27% (Intervalo de Incerteza (II): 23–31%) das mulheres de 15-49 anos, que estão ou estiveram casadas ou em relacionamento íntimo, vivenciaram VPI do tipo física e/ou sexual ao menos uma vez ao longo da vida, sendo que para o Brasil essa prevalência foi de 23% (II: 15–34%) <sup>2</sup>. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostrou que 7,6% das mulheres brasileiras de 18–59 anos sofreram VPI nos últimos 12 meses <sup>3</sup>.

Os impactos da VPI não-fatal na saúde das mulheres é bem documentada na literatura e inclui o aumento do risco de desenvolvimento de lesões físicas, distúrbios gastrointestinais, depressão, dor crônica, doenças psicossomáticas, tentativas de suicídio, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada <sup>1</sup>.

Apesar dos desafios metodológicos e a consequente escassez de estudos relativos ao impacto da VPI no óbito, sabe-se que há aumento do risco de óbito por causas crônicas, por causas violentas, e que a VPI é o maior risco para o homicídio de mulheres <sup>4-11</sup>. As mulheres têm mais chance de serem assassinadas por um parceiro íntimo que por outros autores (McFarlane, 1999). Estudo de revisão sistemática com artigos do período de 1990 a 2011, em diferentes países e continentes, encontrou que 38,6% de todos os homicídios contra mulheres foram perpetrados por parceiros íntimos. Isso aponta para a necessidade de compreender os homicídios de mulheres como uma extensão do fenômeno da VPI <sup>10</sup>.

Nesse sentido, o conceito de feminicídio contribui para qualificar o homicídio de mulheres pautado na discriminação de gênero, especialmente aqueles que ocorrem no âmbito das relações íntimas e de afeto. Denominado de feminicídio íntimo, é perpetrado por parceiro íntimo e se apresenta como consequência de agressões contínuas, caracterizando-se essas mortes como “anunciadas” e evitáveis <sup>12,13</sup>. Reconhece-se que os feminicídios íntimos são frequentemente precedidos de violência doméstica e podem ter

relação com um recente rompimento da relação <sup>8</sup>. Estudo estimou que quase 55% dos homicídios em mulheres tinham histórico de VPI e que em 11% houve VPI no mês que precedeu o óbito <sup>9</sup>.

Para avaliar o risco de óbito por agressão em mulheres em situação de violência as(os) pesquisadoras(es) têm adotado metodologias retrospectivas a partir de bases de dados secundárias e em alguns casos, com complementação de dados primários a partir de inquéritos com mulheres vivas. Isso ocorre porque o feminicídio íntimo é um evento “raro” em comparação com a magnitude da violência não-fatal e porque não seria ético acompanhar os casos de VPI no tempo para identificar quais tem o desfecho de feminicídio <sup>14</sup>.

A despeito dessas dificuldades, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no Brasil, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), criou condições para que essa investigação seja possível. O registro dos casos de violência contra mulheres atendidas nos serviços de saúde é compulsório desde 2011. As notificações de violência são registradas em um formulário padronizado para todo o país e os dados são incluídos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Portanto, o relacionamento dos dados do SINAN com os registros de óbito do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) podem contribuir com a análise das repercussões da VPI no óbito de mulheres, assim como fortalecer a ação intersetorial do enfrentamento da violência contra as mulheres.

A partir do relacionamento de dados entre SINAN e SIM, alguns estudos brasileiros descreveram as taxas de óbito por diferentes causas em mulheres com notificação de violência e calcularam o risco relativo a partir da razão da taxa de óbito nesse grupo e da taxa de óbito em mulheres sem notificação de violências <sup>5,6,11</sup> (MS 2015/2016, MS 2018, Sandoval, 2020). Entretanto, para identificar a incidência de óbito por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal faz-se necessário a adoção de metodologias mais complexas. Além disso, ainda há lacunas sobre a associação entre a de VPI e o risco de óbito por agressão.

Portanto, o objetivo deste trabalho foi medir a incidência de morte por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, no tempo máximo de dois anos, bem como identificar se a vivência de VPI esteve associada com o risco de morrer por agressão.

## **Métodos**

### **Tipo de estudo e Fonte dos dados**

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva de base populacional realizado a partir do relacionamento das bases de dados epidemiológicas de notificação de violências do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) <sup>6,15</sup>. Esse relacionamento probabilístico foi conduzido pelo Ministério da Saúde com utilização da técnica dos Filtros de Bloom e considerou os dados do SINAN de 2011 a 2016 e do SIM entre 2011 e setembro/2017 <sup>6,15</sup>. Para maiores detalhes sobre a metodologia utilizada, consultar Brasil (2019) e Pinto et al (2021).

### **População de estudo**

Foram selecionadas pessoas do sexo feminino de 15 a 59 anos com uma notificação de violência interpessoal no SINAN no período de 12 de junho de 2015 a 12 de junho de 2016. Foram excluídos os casos com notificação de violência autoprovocada e tentativa de suicídio, bem como os casos que não tiveram assinalados qualquer tipo válido de vínculo do provável agressor com a mulher atendida.

Essas mulheres foram acompanhadas para identificação de óbito por qualquer causa básica no SIM até junho de 2017, data do último óbito encontrado, e que também foi considerada a data de finalização do estudo. Portanto, considerou-se um acompanhamento de, no máximo, dois anos. Isso significa que as mulheres com notificação em 12 de junho de 2015 poderiam ter, no máximo, dois anos de acompanhamento, enquanto as mulheres com notificação em 12 junho de 2016 teriam, no mínimo, um ano de acompanhamento. Esse período foi adotado devido à média do tempo entre a notificação e o óbito ser menor que um ano.

Foram excluídos os casos com data de notificação posterior à data do óbito, exceto aqueles com tempo igual ou menor a sete dias, aos quais foi atribuído tempo igual a zero. Essa decisão foi tomada assumindo que esses casos representaram o atraso possível de uma semana no registro da notificação no SINAN.

### **Análise descritiva**

As características sociodemográficas das mulheres e as características dos casos foram descritas segundo a exposição à violência por parceiro íntimo (sim e não). Utilizou-se as seguintes variáveis, coletadas da ficha de notificação de violência: faixa etária (15-29 anos; 30-59 anos), raça/cor (branca; não branca; e ignorado), escolaridade (ensino superior completo e incompleto; ensino médio completo e incompleto; ensino fundamental completo e incompleto; analfabeto; e ignorado), situação conjugal (solteira; casada; separada; viúva; e ignorado) e zona de residência (urbano; periurbano/rural; e ignorado); gestante (não; sim; e ignorado), presença de deficiências (não; sim; e ignorado); violência crônica (não; sim; e ignorado), tipo de violência (somente psicológica; física e combinações; sexual e combinações; outros tipos), e meios de agressão (ameaça somente, arma de fogo e combinações; força e combinações; outros meios; e ignorado).

A diferença entre os grupos foi medida pelo teste do Qui-Quadrado, com nível de significância de 5%.

### **Análise de sobrevivência**

Para a análise de sobrevivência, considerou-se como início de seguimento o registro da notificação de violência no SINAN pelo serviço de saúde.

Nos casos em que foi identificado o óbito, o tempo de acompanhamento correspondeu à diferença entre a data de óbito e a data de notificação. Já nas mulheres que não morreram no período avaliado, o tempo de acompanhamento correspondeu à diferença entre a data de finalização do estudo e a data de notificação. Como elas não apresentaram o desfecho estudado, elas foram consideradas como “censura”.

A exposição avaliada foi a violência por parceiro íntimo, identificada quando o provável autor da violência era companheiro(a), ex-companheiro(a), namorado(a), ex-namorado(a), ou qualquer outro vínculo similar a marido, esposo(a), ficante, parceria sexual, sendo atual ou passado, independente do sexo, encontrados no campo aberto da variável relacionada ao vínculo entre agressor e a mulher atendida. Portanto, foi construída uma variável dicotômica relacionada à vivência de violência por parceiro íntimo: sim e não (violência cometida por agressor com outros tipos de vínculos com a mulher).

Com relação ao desfecho, observou-se que além das agressões, as mulheres com notificação de violências morreram por outras causas como doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças crônicas não transmissíveis, causas mal definidas e causas externas, como acidentes e lesões autoprovocadas.

Dessa forma, para calcular o risco de óbito por agressão em mulheres com notificação de VPI identificou-se duas abordagens possíveis<sup>16,17</sup>: análises de sobrevivência por risco específico; e análises de sobrevivência segundo risco da subdistribuição.

Na abordagem da análise de sobrevivência por riscos específicos, considerou-se como desfecho de interesse o óbito por agressão, que incluiu os códigos X85 a Y09 da Classificação Internacional de Doenças -10ª Edição (CID-10). Assim, os casos que foram a óbito por causa diferente de agressão, assim como as mulheres que não morreram no período foram considerados como censura. Realizou-se o cálculo do estimador de Kaplan-Meier (KM) global, assim como para as variáveis “parceiro íntimo”, “faixa etária” e “raça/cor”. Também foi realizado o teste de Log-Rank para comparar as curvas de sobrevivência, com nível de significância de 5%. Foi calculada a função de incidência acumulada a partir do KM (1-KM). Também foi conduzida a modelagem de riscos proporcionais de Cox, na presença da exposição de interesse (“parceiro íntimo”) e das duas variáveis de ajuste (“faixa etária” e “raça/cor”). Foram conduzidos os modelos bivariados e multivariado, assim como o teste de interação entre as covariáveis, com nível de significância de 5%. Para avaliar a suposição de proporcionalidade foi realizada análise dos Resíduos de Schoenfeld, com nível de significância de 5%.

Entretanto, a literatura aponta críticas à modelagem por risco específico nos casos em que há eventos competitivos, como a não adequação do complemento do KM (1-KM) para estimar a probabilidade de um indivíduo experimentar um evento na presença de eventos distintos, resultando em superestimação da sobrevivência<sup>16-19</sup>; o modelo de Cox não permitir a avaliação do efeito da covariável diretamente sobre a função de incidência acumulada<sup>16,17,20</sup>; e dificuldade em assegurar que os tempos entre o evento de interesse e os competitivos sejam independentes<sup>16</sup>. Portanto, o método da subdistribuição dos riscos, por não supor que os eventos competitivos sejam independentes, e por permitir uma interpretação direta do efeito das variáveis na função de incidência acumulada<sup>16,17,20</sup>, apresenta vantagens em relação ao método anterior. Portanto, procedeu-se à análise de

sobrevivência segundo a subdistribuição de risco para identificar semelhanças e diferenças com relação ao método da análise de sobrevivência por risco específico.

Na abordagem da subdistribuição de riscos, considerou-se a “agressão” (códigos X85 a Y09 da CID-10) como desfecho de interesse e as “outras causas” (todas as outras causas de óbito identificadas) como eventos competitivos. As censuras (mulheres que não morreram no período) também foram incluídas no modelo. Estimou-se o risco acumulado de óbito por “agressão” por meio da Função de Incidência Acumulada (FIA), de forma global e para as variáveis “parceiro íntimo”, “faixa etária” e “raça/cor”. A igualdade das curvas de FIA foi avaliada por meio do Teste de Gray, com nível de significância de 5%. A modelagem bivariada e multivariada da subdistribuição dos riscos foi realizada por meio do método semiparamétrico de riscos proporcionais proposto por Fine e Gray <sup>21</sup>. Nesse método, o risco subdistribuído é definido como “o risco de falha de uma determinada causa na presença de eventos competitivos, dado que um sujeito sobreviveu ou já falhou devido a diferentes causas” <sup>20</sup>. Assim, o tempo de falha foi modelado com a presença de eventos competitivos e censura, em função das variáveis “parceiro íntimo”, “faixa etária” e “raça/cor”. Para avaliar a suposição de proporcionalidade do modelo, foi realizada análise dos Resíduos de Schoenfeld e teste de interação entre as covariáveis e o tempo, com nível de significância de 5%.

Todas as análises foram realizadas no software estatístico R <sup>22</sup>, sendo que para a primeira abordagem foi utilizado o pacote “survival” <sup>23,24</sup> e para a segunda abordagem foi utilizado o pacote “cmprsk” <sup>25</sup>.

## **Aspectos Éticos**

Este estudo faz parte do projeto “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **Resultados**

### **Análise descritiva**

Foram identificadas 117.743 mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal no período de um ano, entre 12 de junho de 2015 e 12 de junho de 2016. Em 54,7% dos casos o autor da violência era parceiro íntimo; e foram identificados

818 óbitos (0,69%), sendo 379 por agressão e 439 por outras causas; 116.925 mulheres não tiveram óbito no período.

Dentre as mulheres que tiveram notificação de violência e foram ao óbito, o tempo médio entre a notificação e o óbito por agressão foi de 35 dias (desvio padrão= 94 dias; mediana= 0). Já o tempo médio até o óbito por outras causas foi de 178 dias (desvio padrão= 172 dias; mediana= 132 dias) (dados não apresentados em tabela).

O grupo das mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo se destacou por ter maior percentual de mulheres adultas (55,0%), não brancas (49,76%), com ensino fundamental (32,18%), casadas (51,5%), com violência crônica (56,2%), tipo de violência física (86,31%) e uso de força física como meio de agressão (76,09%), em comparação ao grupo cujo autor da violência não era parceiro íntimo (Tabela 1).

Já o grupo das mulheres com notificação de violência perpetrada por outros autores, apresentou maior percentual de mulheres jovens (55,7%), solteiras (53,7%), com deficiências (6,3%), em situação de violência sexual (11,48%) e agressão com uso de arma de fogo (5,47%), em comparação com o grupo cujo autor da violência foi parceiro íntimo (Tabela 1).

A comparação entre os dois grupos mostrou diferenças significativas para todas as variáveis, exceto faixa etária e zona de residência (Tabela 1).

A seleção de covariáveis para ajuste dos modelos considerou somente aquelas com percentual de casos “ignorados” menor ou igual a 10%, o que resultou na utilização das variáveis “faixa etária” e “raça/cor”. Os casos “ignorados” da variável “raça/cor” foram incluídos na categoria “não branca”.

### **Análise de sobrevivência segundo riscos específicos**

Quando selecionado o óbito por agressão como falha e as outras causas de óbitos como censura, observou-se que a probabilidade de sobrevivência ao final de dois anos foi de 99,7%, sendo que 0,3% das mulheres notificadas evoluíram ao óbito neste período. Não houve diferença significativa na probabilidade de sobrevida entre as categorias das variáveis parceiro íntimo e faixa etária. Já para a variável raça/cor, a diferença na probabilidade de sobreviver foi significativa, sendo menor nas mulheres não brancas (99,6%) em comparação com as brancas (99,7%) ao final dos dois anos de acompanhamento (Tabela 2).

Na análise bivariada da regressão de Cox, considerando a agressão como desfecho de interesse, as variáveis “parceiro íntimo” e “faixa etária” não se mostraram significativas. As variáveis “parceiro íntimo”, “faixa etária” e “raça/cor” não apresentaram interação significativa entre elas. No modelo múltiplo da regressão de Cox, observou-se que a raça/cor “não branca” esteve associada com o aumento da taxa de óbito por agressão (HR (IC95%): 1,33 (1.07-1.64)). Esse modelo atendeu os pressupostos de proporcionalidade dos riscos no tempo (Tabela 3).

### **Abordagem segundo subdistribuição de riscos**

Quando o óbito por agressão foi desfecho de interesse, a FIA ao final de dois anos foi de 0,003, ou seja, uma taxa de mortalidade de 300 óbitos por 100.000 mulheres com notificação de violência. Não houve diferença significativa na FIA entre as categorias das variáveis parceiro íntimo e faixa etária. Já para a variável raça/cor, a diferença na FIA foi significativa, sendo maior nas mulheres não brancas (0,004 ou 400 óbitos por 100.000) em comparação com as brancas (0,003 ou 300 óbitos por 100.000) ao final dos dois anos de acompanhamento (Tabela 4).

Na análise multivariada da regressão de Fine-Gray, considerando “agressão” como desfecho de interesse, somente a categoria “não branca” foi associada ao aumento da incidência do óbito por agressão, com aumento da taxa de óbito em 33% (HR (IC95%): 1,33 (1,08-1,65)) (Tabela 5).

Destaca-se que os resultados encontrados na abordagem da subdistribuição de riscos foram semelhantes aos encontrados na abordagem por risco específico.

### **Discussão**

Este estudo de coorte retrospectiva identificou 117.743 mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal entre 2015 e 2016, sendo que 379 morreram por agressão e 439 morreram por outras causas em até dois anos. Entre as mulheres com notificação de VPI a maior parte era da faixa etária de 30 a 59 anos, não brancas, com escolaridade menor que doze anos, casadas, com violência crônica, e que sofreram, em sua grande maioria, violência do tipo física.

A sobrevivência após a notificação de violência interpessoal, em até dois anos, foi de 99,7%, em geral. A Função de Incidência Acumulada (FIA) de óbito por agressão foi

de 300 por 100.000 mulheres com notificação por violência interpessoal, não sendo significativa a diferença de acordo com o tipo de vínculo do autor com a mulher atendida. A maior FIA de óbito por agressão ao final de dois anos foi encontrada na faixa etária de 30 a 59 anos e nas mulheres não brancas. Entretanto, a diferença entre as categorias dessas duas variáveis só foi significativa para raça/cor.

Os modelos de Cox e de Fine-Gray, considerando o desfecho de agressão, apresentaram os mesmos valores de Hazard Ratio para a exposição avaliada e para as duas variáveis de ajuste. As mulheres com notificação de VPI não apresentaram diferença significativa na taxa de óbito por agressão em comparação com aquelas cuja violência foi perpetrada por outros tipos de autores. Ou seja, essa exposição não foi associada ao maior risco de óbito por agressão entre as mulheres com notificação de violência interpessoal.

Apesar desse fato, a literatura internacional tem identificado a VPI como o principal fator de risco para feminicídio íntimo <sup>8,26</sup>. Estudos americanos apontam que 65% a 70% dos feminicídios íntimos são precedidos por VPI e que a VPI esteve associada à ocorrência dessa causa de óbito <sup>26,27</sup>.

Estudo realizado na província de Manitoba no Canadá realizou uma coorte retrospectiva de base populacional usando o relacionamento de bases de dados da justiça, saúde e da assistência social, incluindo mulheres de 18 a 64 anos no período de 2004 a 2016 <sup>9</sup>. Foi encontrado um risco de óbito por causa violenta (X85-Y09, Y87.1, T74.0-T74.9) de 1,3 por 1000 mulheres entre vítimas de VPI e 0,3 por 1000 entre não vítimas <sup>9</sup>.

Já outro estudo que ocorreu em 10 cidades dos Estados Unidos utilizando registros policiais, entre 1994 e 1998, mostrou que 76% dos feminicídios consumados e 85% dos feminicídios tentados vivenciaram perseguição nos 12 meses anteriores ao evento <sup>8</sup>. Esses achados reforçaram o fato de as mulheres em situação de violência tinham maior risco de sofrer mais danos ou de morrer em até dois anos após a separação <sup>8</sup>.

Pesquisadores na África do Sul utilizaram registros de necrotério, autópsia e de relatórios policiais, em mulheres de 14 anos e mais, no ano de 1999, para descrever a mortalidade de mulheres por VPI <sup>28</sup>. Nos casos de homicídio em que a relação entre a mulher e o agressor era conhecida, 50,3% eram parceiros íntimos, o que representou uma taxa de 8,8 por 100 mil mulheres de 14 anos ou mais. Nos casos de feminicídio íntimo, em 31,6% havia registro de história prévia de VPI, 90% tinham 45 anos ou menos e mulheres de cor tiveram a maior taxa de óbito <sup>28</sup>.

No presente estudo não foi observada diferença significativa nas taxas de óbito das mulheres de 15 a 29 anos e daquelas de 30 a 59 anos. A idade ou faixa etária tem sido utilizada como variável de ajuste nos estudos, mas sua relação com o risco de óbito não está consolidada. Estudo brasileiro com dados do relacionamento entre SINAN e o SIM mostrou que as mulheres com notificação de violências e idade entre 30 e 59 anos tinham maior risco de morte por causas externas em comparação com mulheres mais jovens <sup>11</sup>. Por outro lado, estudo em Massachusetts identificou que mulheres jovens (25 a 29 anos) tiveram maior risco de morrer por VPI (entre mulheres com 14 anos e mais) <sup>29</sup>.

Por fim, a variável raça/cor foi a única que apresentou associação positiva com o risco de óbito por agressão, na qual as mulheres “não brancas” tiveram taxa de óbito 33% maior que as mulheres brancas. No Brasil esse mesmo padrão é encontrado quando se compara os homicídios gerais de mulheres, segundo raça/cor. Em 2019, a taxa de homicídios de mulheres não negras foi de 2,5 por 100 mil, e a mesma taxa para as mulheres negras foi de 4,1 por 100 mil, representando um risco relativo 1,7 vezes maior de mulheres negras morrerem por homicídio em comparação às não negras (IPEA, 2021). Em Massachusetts, nos Estados Unidos, mulheres negras e hispânicas tiveram maior risco de morrer por VPI em comparação com mulheres brancas e as não hispânicas <sup>29</sup>.

Apesar da VPI atingir mulheres de todas as classes sociais e grupos raciais, no Brasil o racismo estrutural, o racismo institucional e as desigualdades sociais podem ser barreiras para o acesso de mulheres negras aos serviços públicos e à rede de enfrentamento da violência, gerando quadros mais agravados de violência e um maior risco de feminicídio.

Esse estudo apresentou uma série de contribuições para o campo da saúde pública. Foi o primeiro estudo brasileiro a avaliar o risco de mortalidade de mulheres com notificação de violência de forma longitudinal. Além disso, avançou na metodologia para estimar o risco de óbito ao utilizar as abordagens de risco específico e subdistribuição de riscos nas análises de sobrevivência. Por fim, por trabalhar com dados de base populacional, apresentou a maior população estudada na faixa etária selecionada.

Todavia, houve limitações relativas à fonte dos dados e ao desenho do estudo. Os dados do SINAN não são coletados para fins de pesquisa e as variáveis disponíveis, bem como o nível de completude delas, limitam as opções analíticas. Estudos sugerem que o registro de notificação de violências no setor saúde está sujeito a diferentes fatores

estruturais, culturais, políticos e subjetivos que atravessam as práticas dos profissionais de saúde<sup>30</sup>. Como resultado, é sabido que existe subnotificação dos casos de violência atendidos no setor saúde e que, no conjunto dos casos registrados, há a hipótese de que sejam aqueles em que a situação de violência é mais evidente. Portanto, pode-se pensar que a população com registro de violência no SINAN possui vieses, podendo representar os casos mais graves e/ou mais crônicos atendidos pelos serviços de saúde.

Além disso, como o estudo previu o relacionamento somente com o SIM não foi possível conhecer as características das condições de saúde e de suporte social das mulheres com notificação de violência, o que poderia contribuir para avaliar se o óbito foi consequência direta da VPI ou estava relacionado a outras situações de saúde, como avaliado em outros estudos<sup>31,32</sup>. Além disso, a própria vivência da violência pode resultar em aumento do risco de mortalidade pelo fato de contribuir para o abuso de álcool e drogas, uso de tabaco e uma série de psicopatologias que podem contribuir com o desenvolvimento de doenças crônicas<sup>11</sup>.

Ainda na questão relacionada ao desenho do estudo, a comparação possível foi entre mulheres com notificação de VPI e mulheres com notificação de violência cujo autor tinha outro tipo de vínculo com ela. Ou seja, todas as mulheres tiveram experiência de violência. Diferentes resultados para o risco de óbito poderiam ser encontrados se a comparação incluísse no acompanhamento mulheres sem registro de notificação de violência.

Portanto, destaca-se a necessidade da condução de novos estudos longitudinais retrospectivos que incluam dados referentes a procedimentos ambulatoriais, internações hospitalares e registros de prontuários médicos para compreender os mecanismos e prevenção de violência.

A vivência de VPI tem repercussões na saúde física e mental, assim como no risco de óbito das mulheres. Os marcadores de gênero, raça e classe social se cruzam e produzem resultados que penalizam as mulheres não brancas, como evidenciado neste estudo. O enfrentamento desse problema deve privilegiar a formulação de políticas públicas integrais, que incluam saúde, emprego, renda e moradia, e que provam a proteção e autonomia de mulheres negras. Os dados do SINAN relacionados aos dados do SIM tem grande potencial para contribuir com a prevenção primária, secundária e terciária da

VPI, assim como instrumentalizar outras instituições governamentais e não-governamentais envolvidas no enfrentamento às violências.

## Referências

- 
1. Organisation mondiale de la santé, ed. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Organisation mondiale de la santé; 2002.
  2. World Health Organization. *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence against Women*. World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
  3. Vasconcelos NM de, Andrade FMD de, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24(suppl 2):e210020. doi:10.1590/1980-549720210020.supl.2
  4. Barros SC de, Pimentel D da R, Oliveira CM de, Bonfim CV do. Factors associated with the homicides of women who are victims of violence. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20200630. doi:10.1590/0034-7167-2020-0630
  5. Brasil. *Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde. Viva: Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada [Recurso Eletrônico] / Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância Em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde. 2ª. Ministério da Saúde; 2016. Accessed May 15, 2022. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)>*
  6. Brasil M da SaúdeS de V em SaúdeD de V de D e A não T e P da Saúde (último). *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. 1st ed. Ministério da Saúde; 2019. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf)
  7. Kafka JM, Moracco KE, Young BR, et al. Fatalities related to intimate partner violence: towards a comprehensive perspective. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev*. 2021;27(2):137-144. doi:10.1136/injuryprev-2020-043704
  8. McFarlane J, Campbell J, Wilt, Susan, Sachs C, Ulrich Y, Xu X. Stalking and Intimate Partner Femicide. 1999;3(4):300-316.

9. Nesca M, Au W, Turnbull L, Brownell M, Brownridge DA, Urquia ML. Intentional injury and violent death after intimate partner violence. A retrospective matched-cohort study. *Prev Med*. 2021;149:106616. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106616
10. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. In: *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Vol 20. Elsevier; 2013:1099-1107. doi:10.1016/j.jflm.2013.09.015
11. Sandoval GA, Marinho F, Delaney R, et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health*. 2020;179:45-50. doi:10.1016/j.puhe.2019.09.019
12. Meneghel SN, Portella AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:3077-3086. doi:10.1590/1413-81232017229.11412017
13. Pasinato W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad Pagu*. Published online December 2011:219-246. doi:10.1590/S0104-83332011000200008
14. Messing JT, AbiNader MA, Pizarro JM, Campbell JC, Brown ML, Pelletier KR. The Arizona Intimate Partner Homicide (AzIPH) Study: a Step toward Updating and Expanding Risk Factors for Intimate Partner Homicide. *J Fam Violence*. 2021;36(5):563-572. doi:10.1007/s10896-021-00254-9
15. Pinto IV, Bernal RTI, Souza M de FM de, Malta DC. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26:975-985. doi:10.1590/1413-81232021263.00132021
16. Carvalho MS, Andreozzi VL, Codeço CT, Campos DP, Barbosa MTS, Shimakura SE. *Análise de sobrevivência: teoria e aplicações em saúde*. 2nd ed. SciELO; 2011.
17. Tomaz FSC. *Modelagem da função de incidência cumulativa na presença de riscos competitivos em análise de sobrevivência*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Viçosa; 2017.
18. Carmes ER. *Análise de dados de sobrevivência na presença de riscos competitivos*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Paraná; 2015.
19. Giordani NE. *Riscos competitivos: uma aplicação na sobrevida de pacientes com câncer*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
20. Scrucca L, Santucci A, Aversa F. Regression modeling of competing risk using R: an in depth guide for clinicians. *Bone Marrow Transplant*. 2010;45(9):1388-1395. doi:10.1038/bmt.2009.359
21. Fine JP, Gray RJ. A Proportional Hazards Model for the Subdistribution of a Competing Risk. *J Am Stat Assoc*. 1999;94(446):496-509. doi:10.1080/01621459.1999.10474144
22. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing; 2021. <https://www.R-project.org/>.

23. Therneau TM. *A Package for Survival Analysis in R*. R Package Version 3.3-1.; 2022. <https://CRAN.R-project.org/package=survival>
24. Therneau TM, Grambsch PM. *Modeling Survival Data: Extending the Cox Model*. Springer; 2000.
25. Gray B. *Cmprsk: Subdistribution Analysis of Competing Risks*. R Package Version 2.2-11.; 2022. <https://CRAN.R-project.org/package=cmprsk>
26. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):246-269. doi:10.1177/1524838007303505
27. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1089-1097.
28. Abrahams N, Jewkes R, Martin Lorna J, Mathews S, Vetten L, Lombard C. Mortality of Women From Intimate Partner Violence in South Africa: A National Epidemiological Study. *Violence and Victims*. 2009;24(4). Accessed August 18, 2022. [https://www.researchgate.net/publication/26754902\\_Mortality\\_of\\_Women\\_From\\_Intimate\\_Partner\\_Violence\\_in\\_South\\_Africa\\_A\\_National\\_Epidemiological\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/26754902_Mortality_of_Women_From_Intimate_Partner_Violence_in_South_Africa_A_National_Epidemiological_Study)
29. Azziz-Baumgartner E, McKeown L, Melvin P, Dang Q, Reed J. Rates of femicide in women of different races, ethnicities, and places of birth: Massachusetts, 1993-2007. *J Interpers Violence*. 2011;26(5):1077-1090. doi:10.1177/0886260510365856
30. Kind L, Orsini M de LP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA de, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:1805-1815. doi:10.1590/0102-311X00096312
31. Baker MW, LaCroix AZ, Wu C, Cochrane BB, Wallace R, Woods NF. Mortality Risk Associated with Physical and Verbal Abuse in Women Aged 50 to 79: MORTALITY RISK AND ABUSE IN WOMEN AGED 50 TO 79. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(10):1799-1809. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02429.x
32. Cations M, Keage HAD, Laver KE, Byles J, Loxton D. Intimate Partner Violence and Risk for Mortality and Incident Dementia in Older Women. *J Interpers Violence*. 2022;37(5-6):NP2605-NP2625. doi:10.1177/0886260520943712

Tabela 1: Características das mulheres com notificação de violência interpessoal no SINAN em 2015 e 2106, Brasil.

Características	Não Parceiro Íntimo	Parceiro Íntimo	p-valor
	N=53.294	N=64.449	
	%	%	
<b>Tipo de desfecho</b>			
Censura	99,21	99,38	0,05
Óbito por agressão	0,35	0,34	
Óbito por outras causas	0,43	0,28	
<b>Média da idade (anos)</b>	29,85	31,90	
<b>Faixa Etária (anos)</b>			
15-29	55,67	44,97	<0,01
30-59	44,33	55,03	
<b>Raça/cor</b>			
Branca	41,73	40,70	0,02
Não Branca <sup>1</sup>	48,39	49,76	
Ignorado	9,88	9,54	
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Superior <sup>2</sup>	7,63	6,35	<0,01
Ensino Médio <sup>2</sup>	30,17	29,23	
Ensino Fundamental <sup>2</sup>	28,24	32,18	
Analfabeto	1,23	0,89	
Ignorado	32,72	31,36	
<b>Zona de Residência</b>			

Urbano	89,21	89,11	0,6
Periurbano e Rural	7,89	8,03	
Ignorado	2,90	2,86	
<b>Estado Civil</b>			
Solteira	53,67	30,25	<0,01
Casada	24,49	51,47	
Separada	5,33	9,29	
Viúva	1,77	0,56	
Ignorado	14,74	8,43	
<b>Gestante</b>			
Não	67,32	68,72	<0,01
Sim	6,28	6,93	
Ignorado	26,40	24,35	
<b>Deficiência</b>			
Não	81,26	84,99	<0,01
Sim	6,13	3,41	
Ignorado	12,61	11,60	
<b>Violência Crônica</b>			
Não	59,16	27,65	<0,01
Sim	23,69	56,19	
Ignorado	17,14	16,16	
<b>Tipo de Violência</b>			
Psicológica <sup>3</sup>	5,11	9,91	<0,01
Física <sup>4</sup>	78,16	86,31	
Sexual <sup>5</sup>	11,48	1,53	
Outros tipos <sup>6</sup>	5,24	2,25	
<b>Meio de Agressão</b>			
Ameaça <sup>3</sup>	5,76	9,08	<0,01

Arma de fogo <sup>7</sup>	5,47	1,31
Força física <sup>8</sup>	66,51	76,09
Outros meios	13,45	8,55
Ignorado	8,80	4,97

---

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

Observação: notificações registradas entre 12/06/2015 a 12/06/2016.

1 Preta, Parda, Amarelo e Indígena

2 Completo ou incompleto

3 Somente este tipo de violência

4 Qualquer combinação que inclua o tipo "física", exceto quando combinado com violência sexual

5 Qualquer combinação que inclua o tipo "sexual"

6 Incluiu outros tipos de violências e 107 casos com tipo de violência ignorado

7 Qualquer combinação que inclua o meio "arma de fogo"

8 Qualquer combinação que inclua o meio "Força física", exceto quando combinado com "arma de fogo"

Tabela 2: Análise de sobrevivência por risco específico de óbito por agressão em mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal, Brasil, 2015-2017.

Tempo (dias)	Agressão Geral				Log-Rank (p-valor)
	KM	1-KM			
30	0.997	0.003			
60	0.997	0.003			
90	0.997	0.003			
365	0.997	0.003			
731	0.997	0.003			
	<b>Não Parceiro Íntimo</b>		<b>Parceiro Íntimo</b>		
	KM	1-KM	KM	1-KM	
30	0.997	0.003	0.997	0.003	
60	0.997	0.003	0.997	0.003	
90	0.997	0.003	0.997	0.003	1.00
365	0.997	0.003	0.997	0.003	
731	0.997	0.003	0.997	0.003	
	<b>Faixa etária: 15-29 anos</b>		<b>Faixa etária: 30-59 anos</b>		
	KM	1-KM	KM	1-KM	
30	0.998	0.002	0.997	0.003	
60	0.998	0.002	0.997	0.003	
90	0.998	0.002	0.997	0.003	0.10
365	0.997	0.003	0.997	0.003	
731	0.997	0.003	0.996	0.004	
	<b>Raça/Cor Branca</b>		<b>Raça/Cor Não Branca</b>		
	KM	1-KM	KM	1-KM	
30	0.998	0.002	0.997	0.003	0.01

60	0.998	0.002	0.997	0.003
90	0.998	0.002	0.997	0.003
365	0.997	0.003	0.996	0.004
731	0.997	0.003	0.996	0.004

---

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 3: Risco de óbito por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, segundo modelos de riscos proporcionais de Cox, Brasil, 2015-2017.

<b>Covariáveis</b>	<b>Categorias</b>	<b>Análise Bivariada HR (IC:95%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>Modelo Múltiplo HR (IC:95%)</b>	<b>p-valor</b>
Parceiro Íntimo	Não	referência		referência	
	Sim	0.99 (0.81-1.22)	0.95	0.97 (0.79-1.19)	0.79
Faixa etária	15-29 anos	referência		referência	
	30-59 anos	1.18 (0.97-1.45)	0.10	1.19 (0.97-1.46)	0.09
Raça	Branca	referência		referência	
	Não Branca	1.33 (1.07-1.64)	0.01	1.33 (1.08-1.65)	0.01

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 4: Função de Incidência Acumulada de óbito por agressão em mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal, Brasil, 2015-2017.

	Categorias	Tempo de falha (dias)					Teste de Gray
		30	60	90	365	731	p-valor
<b>Geral</b>	Óbito por Agressão	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	
<b>Covariáveis</b>							
Parceiro Íntimo	Não	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	0,96
	Sim	0.003	0.003	0.003	0.003	0.003	
Faixa Etária	15-29 anos	0.002	0.002	0.002	0.003	0.003	0.10
	30-59 anos	0.003	0.003	0.003	0.003	0.004	
Raça/cor	Branca	0.002	0.002	0.002	0.003	0.003	0.01
	Não Branca	0.003	0.003	0.003	0.004	0.004	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Tabela 5: Risco de óbito por agressão em mulheres com notificação de violência interpessoal, segundo modelos de Fine-Gray para subdistribuição de riscos, Brasil, 2015-2017.

<b>Covariáveis</b>	<b>Categoria</b>	<b>Análise Bivariada HR (IC:95%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>Modelo Múltiplo HR (IC:95%)</b>	<b>p-valor</b>
Parceiro Íntimo	Não	referência	0.96	referência	0.79
	Sim	0.99 (0.81-1.22)		0.97 (0.79-1.19)	
Faixa etária	15-29 anos	referência	0.11	referência	0.09
	30-59 anos	1.18 (0.97-1.45)		1.19 (0.97-1.46)	
Raça/cor	Branca	referência	0.01	referência	0.01
	Não Branca	1.33 (1.07-1.64)		1.33 (1.08-1.65)	

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O volume de notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres atendidas pelos serviços de saúde foi alarmante. Entre janeiro de 2011 e agosto de 2021, identificaram-se 532.813 notificações de VPI contra mulheres de 15 a 59 anos, o que representou mais de 4.162 notificações a cada mês ou quase 139 notificações diárias no Brasil. Observou-se que a maior parte dessas notificações partiu de mulheres negras (pardas e pretas), com violência ocorrida na residência e de caráter crônico.

Entre 2011 e 2019, observou-se um aumento contínuo do número absoluto de notificações de VPI e da taxa de incidência de notificações de VPI, com os maiores valores em 2019. Entretanto, a partir de março de 2020, houve queda expressiva no número absoluto e na taxa, o que pode ser atribuído, em grande medida, ao impacto da pandemia de covid-19 no registro desse evento. De toda forma, verificou-se, no Brasil, tendência crescente das taxas de incidência de notificação de VPI, no período de 2011 a 2020, com APC de 11,07% (IC 95%: 6,99-15,32).

Em 18 Unidades Federativas (UF), a tendência também foi crescente e, em nove UF, a tendência foi estacionária. Além disso, foi observada grande diferença nas taxas entre as UF, o que refletiu em níveis distintos na implantação da vigilância em saúde. Estados com taxas mais elevadas de notificação podem revelar equipes mais atuantes e mais atentas às notificações de violências.

Pode-se considerar que a pandemia de covid-19 afetou o registro da VPI no SINAN, sendo observadas reduções de mais de 50% nas notificações esperadas de VPI em alguns meses após a adoção de medidas de distanciamento social no país.

As violências identificadas nos serviços de saúde não podem ser compreendidas somente pelo viés biomédico, em que se busca apenas atuar para mitigar os sinais e os sintomas presentes nas queixas apresentadas no atendimento. As situações envolvendo violências são complexas e multifacetadas, demandando, portanto, cuidado humanizado e integral <sup>1</sup>.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres recomenda uma atuação integrada entre os diferentes equipamentos da Rede de Atendimento para superar a fragmentação dos serviços, promover a melhoria da qualidade do atendimento, identificar os casos, encaminhar adequadamente e desenvolver estratégias de prevenção

Sabe-se que a resolução dos casos de VPI, por exemplo, não se dará somente no âmbito do setor saúde, tampouco no âmbito de outro serviço isolado da rede de atendimento. Todavia, por meio das notificações registradas pelos profissionais de saúde, o setor saúde tem oportunidade ímpar de acompanhar essas mulheres dentro dos seus níveis de atenção e de encaminhá-las para outros serviços da rede de enfrentamento, como os Centros de Referência de Atendimento a Mulheres em Situação de Violência (CRAM), para os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Núcleos Especializados da Defensoria Pública ou até mesmo às Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), a fim de promover uma atuação articulada.

Apesar da visibilidade crescente da VPI por meio do SINAN, há que se reforçar o incentivo ao registro das notificações pelos profissionais da saúde, assim como promover formação e qualificação para superar os estigmas, medos e dificuldades ao lidar com os casos de violência. Há que se pensar em estratégias para dar mais segurança aos profissionais e identificar novas formas de comunicação e articulação com os outros serviços da rede em nível local.

A despeito das conquistas no âmbito dos direitos das mulheres, como a criação da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM), com status ministerial, a realização de Conferências de Políticas para as Mulheres nas três esferas, a construção dos Plano Nacional de Política para as Mulheres, a implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência, bem como a publicação das Leis nº 11.340/2006 e nº 13.104/2011, a partir de 2014 observa-se o avanço do conservadorismo no Brasil, com prejuízos às discussões democráticas e reivindicações dos movimentos feministas em questões relacionadas a gênero, direitos sexuais e direitos reprodutivos<sup>70,71</sup>. Em 2016, após o golpe contra o governo de Dilma Rousseff, a SPM perdeu seu status de ministério, o que representou o desmonte de uma estrutura mais permeável às demandas por direitos e fundamental para a indução de políticas públicas para as mulheres<sup>71</sup>.

Soma-se a esse complexo cenário a adoção de políticas neoliberais, o congelamento do orçamento para as políticas públicas e a flexibilização no acesso a armas de fogo e munições pela população<sup>49</sup>, medidas que estão na contramão das evidências para prevenção às violências e promoção de sociedades saudáveis.

Como consequência, observa-se cenário estável nas taxas de óbito por violências interpessoais considerando um intervalo de 30 anos, entre 1990 e 2019. Esse contexto de

manutenção das taxas de óbitos por violência interpessoal, que, como foi apresentado na revisão de literatura, são cometidos, em sua maioria, por atuais ou ex-parceiros íntimos, é preocupante e demanda ação urgente do poder público. Faz-se necessário investimento tripartite nos serviços da rede de atendimento a mulheres em situação de violência, bem como na política de direitos das mulheres, já que o enfrentamento da violência também abrange o direito à moradia, à renda, ao emprego, à cultura e ao lazer.

Mais de 40% das mulheres de 15 a 59 anos com notificação de VPI, registrada entre 2011 e 2016, morreram por agressão. Doenças crônicas não transmissíveis e infecção pelo vírus HIV também figuraram entre as causas mais prevalentes, denotando possíveis impactos da VPI no cuidado de condições crônicas. Esses resultados encontraram respaldo na literatura, que tem relatado com consistência os impactos das violências na saúde.

As seguintes características estiveram associadas ao óbito: ser da raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; morar em município de pequeno porte (<10.000 habitantes); estar em situação de violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; ter violência perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.

Notou-se, portanto, que diferentes vulnerabilidades se combinam e, pela falta de atuação do poder público, produzem resultados desastrosos para as mulheres e suas famílias. Tal como foi encontrado aqui, outras pesquisas relataram os mesmos fatores associados ao óbito de mulheres em situação de violência, como ser negra<sup>40,43</sup>, morar em zona rural ou em municípios de pequeno porte<sup>41</sup> e sofrer violência física por uso de arma de fogo<sup>44</sup>.

A seleção de mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência interpessoal no período de um ano, entre junho de 2015 e junho de 2016, identificou 117.743 mulheres, de modo que em 54,7% dos casos o autor da violência era parceiro íntimo. Foram identificados 818 óbitos, com tempo médio entre a notificação e o óbito por agressão de 35 dias, e tempo médio até o óbito por outras causas de 178 dias.

Segundo a metodologia utilizada, não foi possível afirmar que os autores dos homicídios contra mulheres eram os mesmos suspeitos no momento da notificação da VPI. Entretanto, o óbito por agressão, por exemplo, ocorreu, em média, em um tempo muito curto a partir do registro da notificação. Assim, se nesses casos identificados como

VPI as mulheres tivessem sido encaminhadas para serviços especializados, como os CRAM ou as casas-abrigo, e o risco de óbito fosse corretamente identificado, tais mortes anunciadas poderiam ter sido evitadas.

A sobrevivência após a notificação de violência interpessoal, em até dois anos, foi de 99,7%, em geral, e a Função de Incidência Acumulada (FIA) de óbito por agressão foi de 300 por 100.000 mulheres com notificação por violência interpessoal, ou seja, é alta a incidência de óbito por agressão, em até dois anos, em mulheres em situação de violência.

Segundo os dados do estudo considerado, as mulheres com notificação de VPI não apresentaram diferença significativa na taxa de óbito por agressão em comparação com aquelas cuja violência foi provocada por outros tipos de autores. Isto é, essa exposição não foi associada ao maior risco de óbito por agressão entre as mulheres com notificação de violência interpessoal. Apesar de esse resultado não ser o esperado, de acordo com a literatura consultada, entende-se que pode ser devido às limitações e vieses do estudo.

Por fim, a variável raça/cor foi a única que apresentou associação positiva com o risco de óbito por agressão, na qual as mulheres “não brancas” tiveram taxa de óbito 33% maior que as mulheres brancas. Sabe-se que o racismo estrutural, o racismo institucional e as desigualdades sociais podem ser barreiras para o acesso de mulheres negras aos serviços públicos e à rede de enfrentamento da violência, gerando quadros mais agravados de violência e maior risco de feminicídio.

O enfrentamento à violência contra as mulheres é uma política que deve ser fortalecida, e o setor de saúde é um ator fundamental para a garantia de direitos das mulheres. Ademais, a vigilância em saúde no SUS tem ferramentas e dados capitais para contribuir com o cuidado articulado, integral e intersetorial das mulheres em situação de violência.

## **6 CONCLUSÕES**

---

Esta tese revelou que, de forma geral, houve tendência crescente da taxa de incidência de notificação de VPI entre 2011 e 2020, e a pandemia de covid-19 resultou em redução nos registros desse agravo pelos serviços de saúde. Por outro lado, as taxas de óbito por violência interpessoal contra mulheres permaneceram estáveis na comparação entre 1990 e 2019.

O homicídio foi a principal causa de óbito de mulheres com notificação de VPI, e os fatores associados foram ter raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; sofrer violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; sofrer violência perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.

Por fim, a Função de Incidência Acumulada de óbito, ao final de dois anos, foi de 0,003, ou seja, uma taxa de mortalidade por agressão de, aproximadamente, 300 óbitos por 100.000 mulheres com notificação de violência interpessoal. A VPI não teve associação significativa com o óbito por agressão. Somente a categoria raça /cor “não branca” foi associada ao aumento da incidência do óbito por agressão.

Os quatro estudos desenvolvidos apresentaram um olhar inovador para o campo de pesquisa sobre violências e saúde, pois indicaram a distribuição das notificações e dos óbitos ao longo do tempo; empregaram diferentes desenhos de estudos, como caso-controle e coorte retrospectiva, para compreender os fatores associados aos óbitos, bem como o risco de óbito; aplicaram métodos de análises inéditos, como a análise de sobrevivência por risco específico e por subdistribuição de riscos, para entender o risco de óbito para mulheres em situação de violência; trabalharam com dados recentes e de escopo nacional; analisaram as repercussões da pandemia de covid-19 nos registros das notificações; e revelaram as potencialidades do relacionamento dos dados de notificação e óbito para compreender, de forma longitudinal, as repercussões para as mulheres em situação de VPI.

Os seus resultados podem contribuir para a realização de políticas públicas nos campos das vigilância de violência e do óbito e na área dos direitos das mulheres, a fim de reforçar a necessidade de formação contínua dos profissionais e gestores de saúde para a expansão do registro das notificações de violência no país; apoiar o diagnóstico do perfil das mulheres com notificação de VPI, para trabalhar em rede com outros órgãos no enfrentamento do problema; e, a partir dos fatores associados e das variáveis ligadas ao risco de óbito por agressão, traçar estratégias específicas para a proteção e a garantia de direitos das mulheres com maior risco.

As limitações dos estudos ocorreram em duas dimensões: referentes às fontes dos dados e aos desenhos dos estudos. No âmbito do SINAN, destacaram-se subnotificação, baixa completude de algumas variáveis, bases de dados de alguns anos sem consolidação final pelo Ministério da Saúde, além do viés de seleção. No que tange aos dados do GBD 2019, destaca-se a não estratificação dos dados segundo raça/cor e o local em que ocorreu o óbito.

No que diz respeito ao desenho do estudo, ressalta-se que o relacionamento do SINAN somente com o SIM não permitiu conhecer as características das condições de saúde e de suporte social das mulheres com notificação de violência, o que poderia auxiliar na avaliação dos fatores associados ao óbito e do risco de óbito. Além disso, diferentes resultados para o risco de óbito poderiam ser encontrados se a comparação incluísse, no acompanhamento, mulheres sem registro de notificação de violência.

Sugere-se que pesquisas futuras proponham novos estudos longitudinais retrospectivos compreendendo dados referentes a procedimentos ambulatoriais, a internações hospitalares, a registros de prontuários médicos e a dados dos atendimentos em outros serviços da rede de proteção, para entender melhor os impactos da VPI na saúde e no óbito.

Em suma, o perfil epidemiológico das VPI contra mulheres, apresentado por meio das notificações e dos óbitos, se revelou um panorama preocupante, pela magnitude dos casos e pela relativa estabilidade do desfecho mais trágico. Entretanto, uma vez que o setor de saúde atende e cuida de sujeitos em situação de violência, há enorme oportunidade para a detecção precoce, o registro dos casos no âmbito da vigilância epidemiológica e, ainda, para a realização de encaminhamentos adequados à rede intrasetorial e interssetorial.

Os dados da saúde coletados sistematicamente representam, portanto, um valor inestimável para a compreensão da tendência das violências e dos óbitos por agressão no decorrer dos anos e das repercussões das violências na morbidade e na mortalidade, podendo contribuir para evitar os óbitos anunciados.

## **7 REFERÊNCIAS**

---

1. Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface - Comun Saude Educ.* 1999;3:13-26. doi:10.1590/S1414-32831999000200003
2. Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Rev Bras Ciênc Sociais.* 2008;23:165-185. doi:10.1590/S0102-69092008000100011
3. Araújo M de F, Mattioli OC, eds. *Gênero e violência.* Arte & Ciência; 2004.
4. Piscitelli A. “#queroviajarsozinhasemmedo”: new registers of the relations between tourism, gender and violence in Brazil. *Cad Pagu.* Published online July 6, 2017. doi:10.1590/18094449201700500008
5. World Health Organization, Pan American Health Organization. Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence. Published online 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77432>
6. *Brasil. Presidência Da República. Secretaria-Geral. Subchefia Para Assuntos Jurídicos.*; 2006. Accessed April 10, 2021. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
7. Teixeira AB. *Nunca Você Sem Mim: Homicidas-Suicidas Nas Relações Afetivo-Conjugais.* 1a ed. Annablume; 2009.
8. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real.* 1995;20(2). Accessed August 26, 2022. <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>
9. Rago M. *Epistemologia Feminista, Gênero e História. Pensamento Feminista Brasileiro: Formação e Contexto.* 1a reimpressão. (Hollanda HB de, Costa A de O, eds.). Bazar do Tempo; 2019.
10. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Published online 2011. Accessed August 20, 2022. <https://assets-compromissoeatitude-ippg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/08/Politica-Nacional.pdf>
11. Organisation Mondiale de la Santé, ed. *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Organisation mondiale de la santé; 2002.
12. Breiding M, Basile K, Smith S, Black M, Mahendra R. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0.* National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015.
13. World Health Organization. *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Summary Report of Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses.* World Health Organization; 2005.
14. World Health Organization. *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence*

- against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence against Women.* World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Accessed September 4, 2022. <https://odsbrasil.gov.br/>
  16. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2010;44:667-676. doi:10.1590/S0034-89102010000400010
  17. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet Lond Engl.* 2022;399(10327):803-813. doi:10.1016/S0140-6736(21)02664-7
  18. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):797-807. doi:10.1590/S0034-89102007000500014
  19. Vasconcelos NM de, Andrade FMD de, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. *Rev Bras Epidemiol.* 2021;24(suppl 2):e210020. doi:10.1590/1980-549720210020.supl.2
  20. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 2002;162(10):1157-1163. doi:10.1001/archinte.162.10.1157
  21. Cations M, Keage HAD, Laver KE, Byles J, Loxton D. Intimate Partner Violence and Risk for Mortality and Incident Dementia in Older Women. *J Interpers Violence.* 2022;37(5-6):NP2605-NP2625. doi:10.1177/0886260520943712
  22. Afifi TO, MacMillan H, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *J Interpers Violence.* 2009;24(8):1398-1417. doi:10.1177/0886260508322192
  23. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde. *Saúde Brasil 2017 : Uma Análise Da Situação de Saúde e Os Desafios Para o Alcance Dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [Recurso Eletrônico] / Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância Em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde.* Ministério da Saúde; 2018. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2017.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017.pdf)>
  24. Kafka JM, Moracco KE, Young BR, et al. Fatalities related to intimate partner violence: towards a comprehensive perspective. *Inj Prev J Int Soc Child Adolesc Inj Prev.* 2021;27(2):137-144. doi:10.1136/injuryprev-2020-043704

25. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *The Lancet*. 2013;382(9895):859-865. doi:10.1016/S0140-6736(13)61030-2
26. Sandoval GA, Marinho F, Delaney R, et al. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health*. 2020;179:45-50. doi:10.1016/j.puhe.2019.09.019
27. Messing JT, AbiNader MA, Pizarro JM, Campbell JC, Brown ML, Pelletier KR. The Arizona Intimate Partner Homicide (AzIPH) Study: a Step toward Updating and Expanding Risk Factors for Intimate Partner Homicide. *J Fam Violence*. 2021;36(5):563-572. doi:10.1007/s10896-021-00254-9
28. Brasil M da SaúdeS de V em SaúdeD de V de D e A não T e P da Saúde (último). *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. 1st ed. Ministério da Saúde; 2019. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf)
29. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016 : Uma Análise Da Situação de Saúde e Da Epidemia Pelo Vírus Zika e Por Outras Doenças Transmitidas Pelo Aedes Aegypti [Recurso Eletrônico] / Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância Em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção Da Saúde*. Ministério da Saúde; 2017. <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2015\\_2016.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2015_2016.pdf)>
30. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:2929-2938. doi:10.1590/1413-81232017229.12712017
31. Nesca M, Au W, Turnbull L, Brownell M, Brownridge DA, Urquia ML. Intentional injury and violent death after intimate partner violence. A retrospective matched-cohort study. *Prev Med*. 2021;149:106616. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106616
32. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(5):679-685. doi:10.1111/jgs.12212
33. Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:642-653. doi:10.1590/1809-4503201400030006
34. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface - Comun Saúde Educ*. 2013;17:523-533. doi:10.1590/S1414-32832013000300003
35. Meneghel SN, Portella AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22:3077-3086. doi:10.1590/1413-81232017229.11412017

36. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, et al. Risk Factors for Femicide in Abusive Relationships: Results From a Multisite Case Control Study. *Am J Public Health*. 2003;93(7):1089-1097.
37. McFarlane J, Campbell J, Wilt, Susan, Sachs C, Ulrich Y, Xu X. Stalking and Intimate Partner Femicide. 1999;3(4):300-316.
38. Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. *Prev Med*. 2019;118:216-219. doi:10.1016/j.ypmed.2018.11.007
39. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):246-269. doi:10.1177/1524838007303505
40. Azziz-Baumgartner E, McKeown L, Melvin P, Dang Q, Reed J. Rates of femicide in women of different races, ethnicities, and places of birth: Massachusetts, 1993-2007. *J Interpers Violence*. 2011;26(5):1077-1090. doi:10.1177/0886260510365856
41. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit*. 2016;30(4):272-278. doi:10.1016/j.gaceta.2016.03.004
42. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. In: *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Vol 20. Elsevier; 2013:1099-1107. doi:10.1016/j.jflm.2013.09.015
43. Abrahams N, Jewkes R, Martin Lorna J, Mathews S, Vetten L, Lombard C. Mortality of Women From Intimate Partner Violence in South Africa: A National Epidemiological Study. *Violence and Victims*. 2009;24(4). Accessed August 18, 2022.  
[https://www.researchgate.net/publication/26754902\\_Mortality\\_of\\_Women\\_From\\_Intimate\\_Partner\\_Violence\\_in\\_South\\_Africa\\_A\\_National\\_Epidemiological\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/26754902_Mortality_of_Women_From_Intimate_Partner_Violence_in_South_Africa_A_National_Epidemiological_Study)
44. Barros SC de, Pimentel D da R, Oliveira CM de, Bonfim CV do. Factors associated with the homicides of women who are victims of violence. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20200630. doi:10.1590/0034-7167-2020-0630
45. Coimbra J. *Até Que a Morte Nos Separe*. In: Del Priore M, Muller A (Org.). *História Dos Crimes e Da Violência No Brasil*. 1ª edição. (Del Priore M, Muller A, eds.). Editora UNESP; 2017.
46. Miguel LF, Biroli F. *Feminismo e Política: Uma Introdução*. 1ª ed., 1ª reimpr. Boitempo Editorial; 2015.
47. Pasinato W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad Pagu*. Published online December 2011:219-246. doi:10.1590/S0104-83332011000200008
48. ONU Mulheres, Secretaria de Políticas para Mulheres/Ministério da Mulher, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça, eds. *Diretrizes Nacionais Feminicídio*. Investigar,

- processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Published online 2016. [https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes\\_femicidio.pdf](https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf)
49. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da Violência 2020. Published online 2020. Accessed September 1, 2021. <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10214/1/AtlasViolencia2020.pdf>
  50. Brasil. *Presidência Da República. Secretaria-Geral. Subchefia Para Assuntos Jurídicos.*; 2015. Accessed April 18, 2021. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm)
  51. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Published online 2020. Accessed July 1, 2022. <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>
  52. Minayo MC de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11:1259-1267. doi:10.1590/S1413-81232006000500015
  53. Schraiber LB, d' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1019-1027. doi:10.1590/S1413-81232009000400009
  54. Brasil. *Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância Em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política Nacional de Redução Da Morbimortalidade Por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, Publicada No DOU n.º 96 Seção 1E de 18/5/01 / Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância Em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. Ed. Ministério da Saúde; 2005.*
  55. Martins APA, Cerqueira DR de C, Matos MVM. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil. <http://www.ipea.gov.br>. Published online March 2015. Accessed September 4, 2022. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5711>
  56. Brasil. *Presidência Da República. Casa Civil. Subchefia Para Assuntos Jurídicos.*; 2003. Accessed September 1, 2020. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm)
  57. Malta DC, Lemos M do SA, Silva MMA da, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Morais Neto OL de. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2007;16(1):45-55. doi:10.5123/S1679-49742007000100005
  58. Silva MA da, Malta DC, Morais Neto OL de, et al. Agenda de prioridades da vigilância e prevenção de acidentes e violências aprovada no I Seminário Nacional de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. Published online 2007:57-64.
  59. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS de, Rodrigues MTP, Pereira VO de M, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra

- mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23. doi:10.1590/1980-549720200007.supl.1
60. Kind L, Orsini M de LP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA de, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:1805-1815. doi:10.1590/0102-311X00096312
  61. Melo MA de S, Coleta MFD, Coleta JAD, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). *Rev Adm Em Saúde.* 2018;18(71). doi:10.23973/ras.71.104
  62. Souza EG de, Tavares R, Lopes JG, Magalhães MAN, Melo EM de. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. *Saúde Em Debate.* 2018;42:13-29. doi:10.1590/0103-11042018S401
  63. França E, Teixeira R, Ishitani L, et al. Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. *Rev Saúde Pública.* 2014;48:671-681. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005146
  64. Soares Filho AM, Cortez-Escalante JJ, França E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21:3803-3818. doi:10.1590/1413-812320152112.13682015
  65. Souza M de FM de, França EB, Cavalcante A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do *Global Burden of Disease* (GBD) Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20:01-03. doi:10.1590/1980-5497201700050001
  66. Malta DC, Minayo MC de S, Soares AM, et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20:142-156. doi:10.1590/1980-5497201700050012
  67. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net. Violência Interpessoal/Autoprovocada - Brasil. Accessed November 24, 2021. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
  68. University of Washington. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare. Viz Hub. GBD 2019. Accessed April 1, 2021. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
  69. Pinto IV, Bernal RTI, Souza M de FM de, Malta DC. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2021;26:975-985. doi:10.1590/1413-81232021263.00132021
  70. Martins APA. POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES E MENINAS NO BRASIL RECENTE: ANÁLISE DOS MOVIMENTOS FEMINISTAS NO PROCESSO DE AFIRMAÇÃO DE DIREITOS. *Gênero Direito.* 2018;7(3). doi:10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n3.43017

71. Medeiros L, ed. *Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher*. Letra Capital : PUC-Rio, Departamento de Serviço Social; 2018.

**ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

---

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?

**Pesquisador:** Deborah Carvalho Malta

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31334820.5.0000.5149

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.103.432

**Apresentação do Projeto:**

O estudo “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?” está sendo proposto pela docente Profa. Dra. Deborah Carvalho Malta, Professora do departamento Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da UFMG, junto com sua equipe composta dos pesquisadores Profa. Dra. Maria de Fátima Marinho de Souza, Profa. Dra. Paula Dias Bevilacqua, Isabella Vitral Pinto, Renato Teixeira, Antony Stevens e Marcela Quaresma Soares. O projeto se propõe a utilizar dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2011 a 2016 para caracterizar a morbi-mortalidade das mulheres que sofreram violência íntima do parceiro no Brasil.

A partir de 2011, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, onde a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde, públicos e privados. No entanto, a violência contra as mulheres no espaço privado, principalmente perpetrada pelos parceiros íntimos, continua sendo importante causa de morbidade e mortalidade em mulheres no Brasil. Diante desse problema, o projeto objetiva identificar os fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo e a taxa de óbito das mulheres com notificação de violência no Sinan.

Parte-se das hipóteses que a) mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo tem maior

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.103.432

chance de óbito (todos os tipos) em comparação com aquelas cuja violência foi perpetrada por autor sem vínculo íntimo, afetivo ou familiar. b) mulheres com notificação de violência têm maior chance de óbito quando a agressão é crônica, ocorre na residência, envolve violência física e sexual, e quando são utilizados meios mais letais, como arma de fogo e objetos perfuro cortantes, e ainda: c) mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo tem maior taxa de óbito em comparação com as mulheres com notificação de violência por autores sem vínculo íntimo, afetivo ou familiar.

Para atingir os objetivos da pesquisa é necessário o pareamento dos dados do SIM (mortalidade) com o SINAN (agravos de notificação), que precisará de dados de identificação da mulher, como nome, data de nascimento, local de residência e nome da mãe. A condução do relacionamento dessas duas bases de dados já foi realizada pelo Ministério da Saúde. Portanto, será necessário solicitar o acesso aos dados secundários sem as variáveis que permitam a identificação individual dos casos. Então, o objetivo deste pedido de autorização do CEP é no sentido de apresentar um TCUD onde os pesquisadores acima relacionados se comprometem em manter a confidencialidade dos dados apresentados pelo Ministério, mesmo que esses dados já estejam desidentificados.

O parecer departamental, emitido em 17 de fevereiro, ressalta a importância do estudo para compreender os principais fatores que contribuem para a mortalidade feminina e ainda aponta a possibilidade de fazer recomendações no âmbito da saúde pública de forma a diminuir essa importante causa mortis. O parecer também confirma a exequibilidade do cronograma e as fontes de financiamento (Ministério da Saúde), que não aparecem na Folha de Rosto do Projeto. O parecer departamental também relaciona as demais parcerias para a execução do projeto, a saber, Instituto Rene Rachou (Fiocruz) e o Institute for Health Metrics and Evaluation da Universidade de Washington.

### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Identificar os fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo. Identificar a taxa de óbito das mulheres com notificação de violência no Sinan no período avaliado.

**Objetivo Secundário:** Caracterizar o perfil das agressões por parceiros íntimos em mulheres notificadas no Sinan. Identificar os fatores associados ao óbito por homicídio, suicídio, outras causas externas (acidentes de transporte, quedas, afogamento, queimaduras), doenças

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.103.432

transmissíveis, causas maternas e causas crônicas não transmissíveis em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo. Estimar o efeito de variáveis na sobrevivência de mulheres com notificação de violência, como: tipo de vínculo entre vítima e autor, idade, escolaridade, violência de repetição, tipo de violência e meio de agressão.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão bem previstos no corpo do projeto. Por se tratar de análise de dados secundário, não identificáveis, os riscos são mínimos para as mulheres que tiveram notificação de violência e para as famílias daquelas que foram a óbito.

Quanto aos benefícios, o projeto diz que “a partir dos estudos desenvolvidos neste projeto será possível compreender os principais fatores relacionados à violência por parceiro íntimo em mulheres que foram a óbito. Dessa forma, poderão ser traçadas recomendações ao sistema de vigilância de violências no âmbito da saúde, assim como recomendações para atuação em rede intersetorial, com o objetivo de enfrentar o problema e prevenir a mortalidade prematura das mulheres.”

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho é de grande relevância temática. Uma grande incógnita nos estudos na área de mortalidade será explicada com os resultados dessa pesquisa.

Os autores propõe utilizar dados secundários, fornecidos pelo Ministério da Saúde, que será o órgão responsável pelo pareamento dos dados do SIM e SINAN, ou seja, os autores da pesquisa não terão contato direto com as informações pessoais das mulheres afetadas e talvez não necessitassem de autorização do CEP/UFMG. No entanto, agem com extrema cautela ao enviar a submissão para o CEP fornecendo o TCUD. Além disso, o Ministério da Saúde também demanda uma autorização do CEP para o projeto, segundo o documento Carta de Anuência assinado por Eduardo Marques Macário, em 14 de fevereiro de 2020, diretor da DASNT/SVS/MS.

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

O TCUD se encontra em anexo e assinado pela pesquisadora principal e demais membros da equipe.

A submissão ao CEP ainda traz o Projeto Final, Folha de Rosto, cronograma compatível com a etapa de submissão ao CEP e Parecer departamental.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.103.432

**Recomendações:**

Verificar a necessidade de assinatura do Ministério da Saúde na Folha de Rosto como patrocinador e também a inclusão de uma carta de compromisso do próprio Ministério da Saúde com relação ao financiamento ao projeto, como descrito na página 10 do documento intitulado “Projeto Final” (Termo de Execução Descentralizada (TED) no 66/2018).

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

Diante do exposto, sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1502133.pdf	20/04/2020 21:25:05		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	20/04/2020 20:30:33	Deborah Carvalho Malta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_CEP.pdf	26/03/2020 11:13:13	Deborah Carvalho Malta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUD_atualizado_27fev.pdf	26/03/2020 11:05:12	Deborah Carvalho Malta	Aceito
Declaração de concordância	Termo_Anuencia.pdf	02/03/2020 22:25:27	Deborah Carvalho Malta	Aceito
Outros	parecer2020.pdf	02/03/2020 22:18:35	Deborah Carvalho Malta	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 4.103.432

Não

BELO HORIZONTE, 22 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Críssia Carem Paiva Fontainha**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

**ANEXO 2 – Estudo 2 Publicado**

---

## Major Article

# Mortality and years of life lost to death or disability by interpersonal violence against women in Brazil: Global Burden of Disease Study, 1990 and 2019

Isabella Vitral Pinto<sup>[1],[2]</sup>, Nádia Machado de Vasconcelos<sup>[1]</sup>, Rafael Bello Corassa<sup>[3]</sup>,  
Mohsen Naghavi<sup>[4]</sup>, Maria de Fatima Marinho de Souza<sup>[5]</sup> and Deborah Carvalho Malta<sup>[6]</sup>

[1]. Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Belo Horizonte, MG, Brasil.

[2]. Fundação Oswaldo Cruz Minas, Instituto René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

[3]. Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

[4]. University of Washington, Institute for Health Metrics and Evaluation School of Medicine,  
Department of Health Metrics Sciences, Seattle, WA, United States of America.

[5]. Vital Strategies, São Paulo, SP, Brasil.

[6]. Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública,  
Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, MG, Brasil.

### Abstract

**Introduction:** Aggression against women is an important cause of morbidity and death. This study compares the variation of deaths and years of life lost to death or disability (DALY) caused by interpersonal violence against women in Brazil and its states. **Methods:** This descriptive study analyzed estimates from the Global Burden of Disease Study (GBD) referring to interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, examining the mortality and DALY rates for Brazil and its states, in 1990 and 2019. **Results:** In this study, 3,168 deaths of women between 15 and 49 years of age, caused by interpersonal violence, were estimated in 1990, and 4,262 in 2019, which represents an increase of 33.8%. Regardless of the Maria da Penha Law and the progress in policies for curbing violence against women, one can observe a stability in the mortality and DALY rates in most of the Brazilian states. Only Bahia had a significant increase in those rates, while Federal District, Rio de Janeiro, and São Paulo showed a significant decline. **Conclusions:** The rates of female homicide have remained stable when comparing 1990 and 2019. Although there were improvements in terms of women's rights in the early 2000's, the chauvinist and conservative society of Brazil has not been able to protect women, and the country might not reach the targets established by the UN's 2030 Agenda.

**Keywords:** Gender-based violence. Mortality. Injuries.

### INTRODUCTION


Aggression is an important cause of death and of years of life lost to death or disability (DALY). Globally, 80% of all homicides are attributed to males, compared to only 20% to females<sup>1</sup>. However evidence shows that fatal violence against women is backgrounded by gender-based discrimination, often taking place in the context of intimate and affective relationships, and represents the closure of a continuum of violence and aggression, characterizing those deaths

as “announced” or avoidable<sup>2,3,4,5</sup>. International literature indicates that there is a high risk of female homicide to be perpetrated by intimate partners and family members, between 38.6% and 48% of these events<sup>1,6,7</sup>.

In an attempt to qualify violent deaths of women, Brazil changed its Penal Code, creating the legal concept of femicide, understood as the homicide against women for reasons related to being female<sup>8</sup>. Such a definition covers cases of domestic and family violence, as well as the mistreatment of or discrimination against women<sup>8</sup>. Thus, femicide is part of the male domination and patriarchy, rooted in our society and culture, which could be considered the final step of chronic physical, emotional, or sexual aggressions<sup>4</sup>. In that sense, identifying femicides is essential to fighting impunity in those cases, breaking the notion of “normality”, which is historically

**Corresponding author:** Isabella Vitral Pinto.

**e-mail:** [isabella.pinto@fiocruz.br](mailto:isabella.pinto@fiocruz.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-3535-7208>

**Received** 26 May 2021

**Accepted** 12 August 2021

and culturally attributed to such events. Moreover, it helps to demonstrate how gender-based power inequalities work to increase women's vulnerability to these crimes, thus providing evidence to guide prevention policies<sup>9</sup>.

By using police data from states and crime reports, the Brazilian Forum of Public Security has monitored cases of femicide reported by authorities since 2016, the first year in which the law took effect. The researchers observed an increase of 43% in the reports of femicide, from 929 events in 2016 to 1,326 events in 2019<sup>10</sup>. Since identification, recording, and investigation require the training of public security professionals, as well as structural and personnel conditions, it is questionable whether this increase shows an improvement in reporting or a real increase in the number of cases<sup>10</sup>.

Considering recent femicide registration by police and the limitations in identifying those cases in the Declarations of Death (DD), because there is no record of the circumstances of the crime, the analysis of data on female homicides may contribute as a *proxy* to understand the evolution of the problem in this population. The main source of data about mortality in Brazil are the DD, which comprise the Mortality Information System (SIM, in Portuguese) and are also the standard document for data collection for epidemiological purposes and vital statistics<sup>11</sup>.

From the early 2000's on, there has been an important investment in the improvement of the quality of information about deaths in SIM, and one can note an increase in the coverage of reports in Brazil, reaching 95%, as well as a reduction in the number of ill-defined causes of death<sup>12,13</sup>. However, there are still problems in the coverage of SIM in some regions, with the presence of ill-defined causes, deaths with undetermined intention, and incomplete diagnoses, such as homicides by unspecified means, which makes it more difficult to obtain a true diagnosis of these events<sup>13</sup>. To minimize this problem, several actions have been taken to estimate mortality rates more properly and to improve the quality of the data from SIM<sup>12,13</sup>. One of these strategies was to include the Ministry of Health in the network of the Global Burden of Disease Study (GBD), together with Universidade Federal de Minas Gerais and the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) of the University of Washington in the United States of America<sup>14</sup>.

Since the 1990s, the GBD has advanced in terms of innovative methodologies to evaluate the loss of health caused by diseases, lesions, and risk factors, generating comparable estimates for several countries around the world<sup>14,15</sup>. In Brazil, the main source for GBD data on mortality is the SIM, which is corrected and adjusted with the use of other national and international sources<sup>15</sup>. In addition to estimating the absolute values and death rates, the GBD proposed the calculation of years of life lost to premature death or disability (DALY), a measurement which quantifies and classifies the burden of diseases due to specific causes, contributing to the understanding of its evolution over time<sup>16</sup>.

According to GBD data, in 2019, Brazil had the 25th highest death rate and 26th highest DALY rate by interpersonal violence against women when compared to all countries.<sup>17</sup> In that year, the number of deaths by interpersonal violence against girls and women

in Brazil was 5.7 (95% uncertainty intervals (UI): 5.4; 6.1)/100,000, which reached a death rate of 5.2 (95% UI: 4.9; 5.5) /100,000, while the DALY rate was 317.4 (95% UI: 298.3; 338.8)/100,000, representing the 24th most important burden for women<sup>17</sup>. However, the problem seems to be more serious in the age group of 15 to 49 years, in which the number of deaths for interpersonal violence in 2019 was 4,240 (95% UI: 4.3; 4.5)/100,000, the death rate was 7.3 (95% UI: 6.8; 7.7)/100,000, and the DALY rate was of 472.1 (95% UI: 442.2; 503.8)/100,000, representing the ninth most important burden<sup>17</sup>.

The study of homicides and the loss of health caused by these events, as well as the use of comparable estimates corrected over the years by the GBD, may help to generate evidence on the evolution of female homicides and may aid in rethinking the policies adopted to tackle violence against women in Brazil. Therefore, this study aimed to compare the variation of deaths and DALYs caused by interpersonal violence against women in Brazil and its states, considering the years of 1990 and 2019.

## METHODS

This is a descriptive study based on the GBD 2019<sup>18</sup> estimates of mortality and DALYs caused by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years. The data presented in this study, such as numbers, rates, variations and uncertainty intervals were generated by GBD 2019<sup>18</sup> and available for public access in the GBD Compare<sup>17</sup> site.

The GBD organizes causes of death, disease, and lesions in four hierarchical levels. In the first, the causes are organized by: communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases; chronic non-communicable diseases; and lesions. Within the lesions, there are three causes in the second level: transportation accidents, unintentional lesions, self-inflicted lesions, and interpersonal lesions. In the third level of this last cause, there are self-inflicted lesions, interpersonal lesions, conflict and terrorism, as well as conflicts and homicides by police. The present study selected, out of this third level, only the "interpersonal violence" cause, corresponding to codes X85 to Y08.9 and Y87.1 of the International Disease Code - 10th Edition (ICD-10). The 4th level includes physical violence by firearms (X93 to X95.9), physical violence by sharp or pointed object (X99 to X99.9), physical violence by other means (X85-X92.9; X96-X98.9; Y00-Y04.9; Y06-Y08.9; and Y87.1), and sexual violence (Y05). Sexual violence is considered only as a cause of morbidity, as it is part of the DALY, but it is not included in the calculation of mortality by interpersonal violence<sup>19</sup>.

This article evaluated the death rate by interpersonal violence against women according to age groups and the death rate by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years, for each year from 1990 to 2019. In addition, we analyzed the GBD estimates of mortality and DALY rates caused by interpersonal violence and its level four in Brazil, for 1990 and 2019. For the analysis of the 27 states, the death rate and the interpersonal violence DALY rate were considered. To evaluate if there was a statistically significant difference at the 5% level, the UI<sup>20</sup> of the estimates were compared.

The GBD estimate process is based on the identification of multiple data sources, including census data, surveys, public

records and vital statistics, administrative data from healthcare services, disease notification, among other sources<sup>18</sup>. This data is identified through a systematic review of published studies; surveys by the government and by international organizations; primary sources, such as Research in Health and Demographics; as well as data banks provided by a network of collaborators<sup>18</sup>. It is worth mentioning that the GBD formulates the correction of death data by redistributing ill-defined or non-specific causes of death, such as events of undetermined intent<sup>18</sup>. The calculation of the DALY considers the years of life lost to premature death (Years of Life Lost – YLL) and the years of life lost to disability caused by disease, after-effects, or deficiency (Years Lived with Disability – YLD)<sup>15</sup>.

For this study, we selected female individuals, aged 15 to 49 years. Since there are differences in the age structure of the 27 states of Brazil, the standardized rates of interpersonal violence against women were calculated to verify if there were differences in comparison to the death rates in the GBD Compare. As a standard, we took the age structure used by the GBD and the population estimated by the GBD for each state in the evaluated years. The standardized mortality rates for the population of women, aged 15 to 49 years, for the states in 1990 and 2019, were similar to those in the GBD Compare. Therefore, the results shown considered the non-standardized rates of women, aged 15 to 49 years (**Supplementary Material**).

The Global Burden of Disease Study in Brazil (GBD Brazil) was approved by the Committee of Ethics in Research at the Federal University of Minas Gerais (Project CAAE – 62803316.7.00005149).

## RESULTS

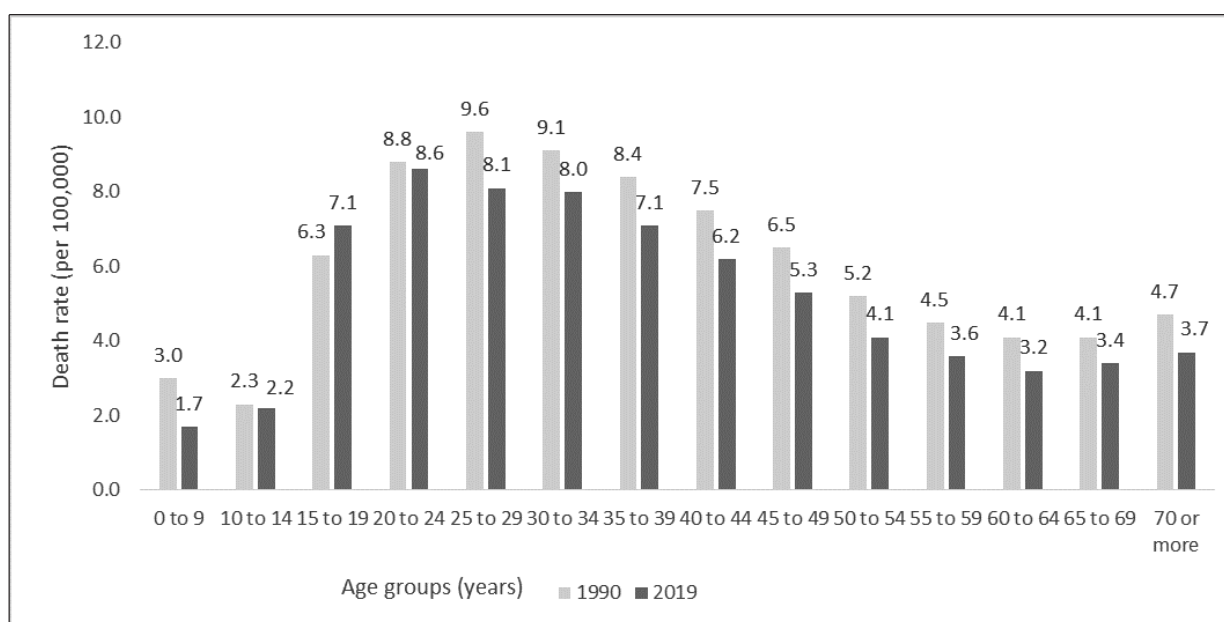
The death rate by interpersonal violence against girls and women of all ages in Brazil has changed from 5.8 (95% UI: 5.6; 6.0)/100,000 in 1990 (ranking 20th place among all causes of death) to 5.2 (95%

UI: 4.9; 5.5)/100,000 in 2019 (ranking 25th place among all causes of death), but there was no statistically significant difference between the two years (data not shown in the tables and figures). Analyses by age group indicated that young and adult women, aged 15 to 49 years, were at a higher risk of dying from interpersonal violence, compared to other age groups (**Figure 1**). The highest death rate by interpersonal violence in 1990 was found for women of 25 to 29 years of age (9.64/100,000), while in 2019, the highest death rate was for even younger women, 20 to 24 years of age (8.58/100,000) (**Figure 1**).

The evaluation of the death rate by interpersonal violence for women 15 to 49 years of age, for each year, shows that it remained relatively stable. Considering the year by year evaluation, a significant increase was only found between 1992 and 1993, and between 1994 and 1995. Using 2006 as a reference (the year when Maria da Penha Law was passed), a significant difference can only be observed in 2019 (**Table 1**).

In 1990, 3,168 deaths were estimated for women of 15 to 49 years of age by interpersonal violence, while in 2019, 4,262 deaths, which reveals a significant increase of 33.8%. An important proportion of these events was caused by firearms, reaching 55.6% in 2019. The number of deaths by physical violence by firearms and the number by sharp, pointed objects showed significant increases between the evaluated years, 69.6% and 50.1%, respectively. Regarding the number of deaths by physical violence by other means, there was a significant decline of 14.8% (**Table 2**).

The death rate by interpersonal violence against women of 15 to 49 years of age in 1990 was 8.1 (95% UI: 7.9; 8.4)/100,000, which is the 5th most important cause of death. Meanwhile, in 2019, the rate was 7.3 (95% UI: 6.8; 7.7)/100,000, reaching 3rd place. In other words, there was a statistically significant decline of 9.9%. By contrast, the death rate by firearms went from 3.8 (95% UI: 3.7;



**FIGURE 1:** Death rate for interpersonal violence against females, according to age groups. Brazil, 1990 and 2019. **Source:** Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

**TABLE 1:** Death rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, according to the year of death. Brazil, 1990 to 2019.

Year	Death rate (per 100,000)	Uncertainty Interval (95%)	Year	Death rate (per 100,000)	Uncertainty Interval (95%)
1990	8.1	(7.9;8.4)	2006*	8.0	(7.8;8.2)
1991	8.2	(7.9;8.5)	2007	7.7	(7.5;7.9)
1992	7.8	(7.6;8.1)	2008	7.7	(7.5;8.0)
1993	8.5	(8.2;8.7)	2009	7.9	(7.7;8.1)
1994	8.8	(8.5;9.0)	2010	8.0	(7.8;8.3)
1995	9.6	(9.3;9.9)	2011	7.9	(7.7;8.2)
1996	9.4	(9.2;9.7)	2012	8.0	(7.8;8.3)
1997	9.2	(9.0;9.4)	2013	7.9	(7.7;8.2)
1998	9.1	(8.9;9.3)	2014	8.0	(7.7;8.2)
1999	8.7	(8.5;8.9)	2015**	7.7	(7.5;8.0)
2000	8.8	(8.6;9.1)	2016	7.7	(7.4;7.9)
2001	8.8	(8.6;9.0)	2017	7.8	(7.5;8.0)
2002	8.7	(8.5;9.0)	2018	7.5	(7.1;7.8)
2003	8.5	(8.3;8.7)	2019	7.3	(6.8;7.7)
2004	8.3	(8.1;8.6)			
2005	8.1	(7.9;8.4)			

**Observations:** \*Year of publication of Law 11,340/2006, better known as the Maria da Penha Law;<sup>21</sup> \*\*Year of publication of Law 13,104/2015.<sup>8</sup>

**Source:** Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

**TABLE 2:** Number of deaths, death rate, and DALY rate for interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, and percentage variation of the measurements with 95% UI. Brazil, 1990 and 2019.

Measurement	Cause	1990	2019	Variation
		(95%UI)	(95%UI)	1990-2019 (95% UI)
Number of Deaths	Interpersonal violence	3.168 (3.057;3.277)	4.240 (4.003;4.515)	33.9 (25.8;45.5)
	Physical violence by firearm	1.495 (1.436;1.556)	2.356 (2.214;2.510)	57.6 (46.7;71.7)
	Physical violence by sharp object	708 (680;739)	1.063 (999;1.136)	50.1 (39.7;62.8)
	Physical violence by other means	965 (926;1.006)	822 (767;892)	-14.8(-21.1;-6.4)
Death Rate (per 100,000)	Interpersonal violence	8.1 (7.9;8.4)	7.3 (6.8;7.7)	-10.9 (-16.3;-3.1)
	Physical violence by firearm	3.8 (3.7;4.0)	4.0 (3.8;4.3)	4.9 (-2.4;14.3)
	Physical violence by sharp object	1.8 (1.7;1.9)	1.8 (1.7;1.9)	-0.1 (-7.0;8.4)
	Physical violence by other means	2.5 (2.4;2.6)	1.4 (1.3;1.5)	-43.3 (-47.5;-37.7)
DALY Rate (per 100,000)	Interpersonal violence	542.8 (518.1;568.0)	472.1 (442.1;503.8)	-13.0 (-17.8;-6.4)
	Physical violence by firearm	232.3 (223.2;242.2)	239.9 (225.6;255.4)	3.3 (-3.9;12.4)
	Physical violence by sharp object	110.6 (106.1;115.4)	105.0 (98.9;112.2)	-5.0 (-11.4;2.7)
	Physical violence by other means	159.2 (151.7;167.3)	86.4 (80.8;93.5)	-45.7 (-49.4;-40.9)
	Sexual violence	40.7 (26.1;58.4)	40.7 (26.1;58.3)	0.1 (-4.0;4.4)

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

4.0)/100,000 to 4.0 (95% UI: 3.8; 4.3)/100,000 in 2019, showing no difference in the period. The death rate by sharp, pointed objects also remained stable when the two years were compared, while the death rate caused by physical violence by other means showed a significant decrease of 44.0% (Table 2).

Finally, the DALY rate by interpersonal violence against women aged 15 to 49 years showed a decline of 13%, going from 542.8 (95% UI: 518.1; 568.0)/100,000 in 1990 (11th place in the ranking of causes of death with the highest burden), to 472.1 (95% UI: 442.1; 503.8)/100,000 in 2019, moving up to 9th place. The same pattern happened to the DALY rate of physical violence by other means, which decreased 45.7% between the evaluated years. No significant variation was found in the DALY rate of violence by firearms, or by sharp, pointed object, nor in the DALY rate of sexual violence (Table 2).

Comparisons between the years of 1990 and 2019, stratified by state, revealed non-significant changes in death rates and DALY rates in most states. Only the state of Bahia showed a significant increase in those rates, reaching a 77.2% increase in the death rate. On the other hand, three states showed a reduction in the two rates: the Federal District, Rio de Janeiro, and São Paulo. The negative variation of the death rate by interpersonal violence was 27.9%, 50.7%, and 47.6%, respectively (Table 3).

## DISCUSSION

Analysis of the GBD data between 1990 and 2019 showed an increase in the absolute number of deaths by interpersonal violence, physical violence by firearms, and physical violence by sharp, pointed objects in Brazil. However, there was a reduction in the death rates by interpersonal violence against women over the 30-year period in Brazil. Concerning the DALY rates, a decline was observed in the burden of violence in this segment of the population, although it still ranks as the 9th cause of DALY. Assessment of the rates stratified by state demonstrated non-significant changes in most states.

Between 1990 and 2019, there were periods of more investment and development of public policies to reduce violence against women, as well as periods of stagnation and resistance to progress. The fact that Brazil is a signatory of the World Conference on Women, the 1979 Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women (CEDAW), and the 1994 Inter-American Convention on the Prevention, Punishment, and Eradication of Violence Against Women (known as Convenção Belém do Pará), suggests that the country is committed to protecting and guaranteeing the rights of women, although this has been taking place at a slow pace.

**TABLE 3:** Death and DALY rates caused by interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, percent variation of rates between 1990 and 2019 and 95% uncertainty intervals according to states. Brazil, 1990 and 2019.

State	Death Rate (per 100,000)		Variation of Death Rate	DALY rate (per 100,000)		Variation of DALY rate
	1990 (95% UI)	2019 (95% UI)	1990-2019 (95% UI)	1990 (95% UI)	2019 (95% UI)	1990-2019 (95% UI)
Acre	9.0 (7.5;10.5)	7.4 (6.3;8.6)	-17.5(-33.1;1.6)	608.0 (512.3;703.8)	490.3 (424.0;560.7)	-19.3(-33.2;-1.9)
Alagoas	10.1 (8.6;11.6)	10.8 (9.0;13.1)	7.7(-16.3;40.6)	667.6 (576.4;757.1)	691.5 (581.2;824.2)	3.6(-17.5;31.5)
Amapá	6.6 (5.1;7.9)	7.6 (6.6;8.6)	14.9(-7.7;49.9)	467.7 (372.2;553.4)	507.3 (446.6;571.3)	8.5(-11.0;37.4)
Amazonas	6.6 (5.3;7.8)	6.8 (5.7;8.2)	3.5(-18.3;33.7)	458.6 (378.6;539.1)	456.7 (391.0;532.9)	-0.4(-19.2;25.8)
Bahia	5.7 (4.7;6.8)	10.1 (7.8;12.6)	76.8(31.3;139.2)	398.3 (337.8;464.5)	642.2 (509.3;798.0)	61.2(24.3;111.2)
Ceara	6.8 (5.4;8.4)	9.2 (7.1;11.9)	36.0(-1.8;89.5)	461.4 (376.9;559.7)	591.3 (463.7;747.9)	28.2(-4.3;71.8)
Distrito Federal	7.2 (6.3;8.2)	5.2 (4.4;6.2)	-27.0(-40.6;-8.2)	487.6 (433.5;551.5)	355.0 (305.2;419.2)	-27.2(-39.2;-10.9)
Espírito Santo	12.5 (11.6;13.4)	12.5 (10.3;14.8)	-0.1(-17.8;20.3)	808.9 (750.3;869.3)	775.1 (647.9;907.2)	-4.2(-19.7;14.3)
Goiás	12.1 (10.1;14.2)	10.9 (8.6;13.5)	-10.0(-31.1;18.1)	786.5 (670.3;907.7)	684.6 (555.6;841.3)	-13.0(-31.7;12.1)
Maranhão	7.3 (5.4;9.9)	6.7 (5.0;8.8)	-7.8(-38.0;35.8)	489.3 (376.3;645.2)	433.9 (330.5;548.9)	-11.3(-37.8;24.8)
Mato Grosso	7.4 (5.4;9.3)	8.5 (7.1;10.0)	13.9(-13.7;61.9)	503.8 (376.3;618.0)	539.2 (455.7;627.2)	7.0(-16.9;47.6)
Mato Grosso do Sul	9.6 (8.5;10.6)	7.6 (6.3;9.1)	-21.1(-35.5;-2.7)	630.3 (563.7;694.9)	491.2 (416.5;576.8)	-22.1(-34.6;-5.8)
Minas Gerais	5.6 (5.0;6.1)	6.6 (5.6;7.8)	19.2(-0.7;42.7)	380.2 (345.4;416.9)	430.8 (373.1;493.3)	13.3(-3.9;32.7)
Para	7.8 (6.3;9.3)	8.8 (7.4;10.5)	13.8(-10.2;48.5)	526.5 (433.4;618.9)	578.3 (491.1;676.4)	9.9(-11.5;39.1)
Parálba	8.8 (7.6;10.1)	8.8 (7.2;10.6)	-0.7(-23.9;26.0)	587.1 (512.0;669.1)	567.4 (471.1;676.6)	-3.4(-23.5;18.8)
Paraná	5.9 (5.5;6.3)	6.9 (5.8;8.2)	17.4(-2.9;41.6)	401.1 (371.7;433.4)	450.0 (384.6;521.4)	12.2(-4.8;32.8)
Pernambuco	11.1 (10.1;12.0)	10.6 (8.7;12.5)	-5.0(-23.6;16.5)	720.9 (656.8;781.4)	668.6 (559.7;783.4)	-7.3(-24.2;12.1)
Piauí	4.5 (3.8;5.2)	4.6 (3.8;5.6)	2.9(-19.4;30.8)	319.9 (273.4;367.6)	319.3 (268.4;379.5)	-0.2(-18.6;22.3)
Rio de Janeiro	15.0 (14.1;15.9)	7.4 (6.2;8.7)	-50.6(-58.8;-41.4)	959.9 (898.9;1021.5)	480.5 (411.9;558.4)	-49.9(-57.2;-41.4)
Rio Grande do Norte	5.4 (4.5;6.5)	7.8 (6.1;9.8)	43.6(6.3;88.4)	376.4 (319.1;442.6)	512.2 (411.3;633.2)	36.1(4.8;71.9)
Rio Grande do Sul	6.2 (5.8;6.6)	6.9 (5.9;8.3)	11.7(-7.4;34.8)	423.6 (393.5;456.4)	450.6 (384.0;528.0)	6.4(-9.5;25.8)
Rondônia	11.0 (7.9;13.8)	9.6 (7.8;11.6)	-12.9(-36.0;29.6)	729.4 (528.1;901.5)	611.8 (514.2;722.8)	-16.1(-37.0;21.0)
Roraima	10.9 (7.8;13.5)	10.2 (8.8;11.5)	-7.0(-27.2;28.2)	717.2 (521.3;877.4)	661.7 (580.5;743.6)	-7.7(-26.9;24.7)
Santa Catarina	4.2 (3.8;4.6)	4.2 (3.5;5.0)	0.5(-18.3;24.2)	301.7 (272.0;334.1)	290.6 (247.6;340.2)	-3.7(-18.9;14.6)
São Paulo	8.2 (7.6;8.9)	4.3 (3.6;5.1)	-47.7(-56.9;-37.4)	548.0 (506.7;594.4)	294.9 (253.4;341.1)	-46.2(-54.2;-37.3)
Sergipe	8.1 (6.9;9.4)	8.5 (6.8;10.6)	5.6(-19.7;38.7)	541.5 (469.3;627.4)	545.7 (446.4;667.0)	0.8(-21.0;28.7)
Tocantins	7.4 (6.0;8.7)	7.3 (5.8;9.0)	-0.6(-23.3;28.9)	500.2 (416.4;585.2)	479.2 (389.8;578.1)	-4.2(-23.9;20.5)

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

Some important advances towards giving more visibility to the women's rights agenda include the creation of the Special Secretariat for Women's Policies (SPM), with the status of a Ministry, the holding of Conferences on Policies for Women in the three levels of government, the elaboration of the National Plan for Policies for Women, the implementation of the National Policy to Combat Violence Against Women,<sup>21</sup> as well as the enactment of Law 11,340/2006<sup>22</sup> and Law 13,104/2015<sup>8</sup>. These documents also contributed to the development of strategies to fight against and prevent violence through intersectoral actions and articulation between different elements of the public society and the government. All this political and institutional context reinforced the need for creating specialized services to support women in a situation of violence in order to prevent femicide<sup>23</sup>.

However, since 2014, there has been an increase in conservative standings in Brazil, compromising democratic discussions and demands by the feminist movements in matters related to gender, sexual rights, and reproductive rights<sup>23,24</sup>. In 2016, after President Dilma Rousseff was ousted, the SPM lost its Ministry status, which constituted the dismantling of a structure that was more open to demands for rights and that was essential in the fight to develop public policies for women<sup>23</sup>.

To this complex scenario, we must add the adoption of neoliberal policies, including budget freezes targeting public policies and the relaxation of gun control policies, leading to increased access to firearms<sup>25</sup>, measures that go against evidence in terms of preventing violence and promoting a healthy society<sup>26</sup>. Therefore, one can assume that the repercussions of the current setbacks will have a negative impact on women's life and health conditions in the short, middle, and long terms.

A study by the Institute of Applied Economic Research (IPEA) identified that the Maria da Penha Law generated significant effects in terms of reducing the homicides of women motivated by gender issues<sup>27</sup>. Likewise, the present study demonstrated a reduction in the death and DALY rates for interpersonal violence in Brazil. However, the evaluation according to states showed that such a significant decline occurred in only three states, while one showed a significant increase and the remaining states showed stability in the measurements during the 30-year period. We believe that the public policies for fighting violence against women have contributed to preventing this scenario from worsening.

Nevertheless, the impact of public policies addressing violence against women in Brazil has not reached all social groups equally. Analyses based on data from the SIM, from 2000 to 2017, have shown that death rates by homicide among young white and black women have differed substantially. Homicide rates among black women were nearly twice that observed for white women, with an increasing trend of 2.1% per year, while homicide rates among white women decreased by 0.8% per year<sup>28</sup>.

The literature consistently demonstrates that racial inequalities in the macrosocial context of Brazil produce a social hierarchy marked by disadvantages among black individuals, especially among black women<sup>29,30</sup>.

Research has shown that there is a connection between female homicides and places with high rates of male homicides, large urban areas or more densely populated places, income inequality, involvement with organized crime, drug trafficking, and scenarios in which the patriarchal structure is more rigid<sup>23,34</sup>. This fact shows a close relation between femicide and socioeconomic inequalities, and reinforces the need for intersectoral work and more permanent public policies to solve the problem<sup>31</sup>.

The state of Bahia, which had a considerable increase in death and DALY rates from interpersonal violence, showed increases in general homicide rates in the period of 2008 to 2018<sup>25</sup>. Contrarily, the Federal District and the state of São Paulo, which showed a decline in death and DALY rates, also showed decreasing trends in general homicide rates between 2008 and 2018<sup>25</sup>. Moreover, when the time trends of homicides in the country is analyzed, one must consider the following: demographic changes in an aging population; the effect of the Disarmament Statute, which played a key role in curbing the increase in numbers of fatal violence; the state's public security policies on crime prevention and control; the wars and armistices between organized crime groups; and the changes in the data quality from SIM, which demonstrated a considerable increase in violent deaths of undetermined intent from 2018 onwards<sup>25</sup>. Therefore, we believe that all these factors impacted the dynamics of female homicides.

The importance of monitoring female homicides and femicides was established by the definition of specific indicators in the United Nations (UN) 2030 Agenda<sup>32</sup>, in which the 193 UN members made a commitment to eliminate gender-based violence in public and private spheres<sup>31</sup>. In Brazil, the proposed goal for Objective 16 consisted of "a significant reduction in all forms of violence and the mortality rates related to it, in all places, including a reduction of 1/3 in the rates of femicides, homicides of children, adolescents, young adults, blacks, women, indigenous people, and LGBT populations"<sup>33</sup>. However, considering the profile of the homicides of women aged 15 to 49 years in Brazil, from 1990 to 2019, that 2030 goal may not be achieved.

One limitation of the GBD data that must be considered is that it does not stratify data according to race/color and to the location where the homicide occurred. The Violence Atlas of 2020<sup>25</sup> showed that 68% of the women murdered in Brazil in 2018 were black. More alarmingly, this document demonstrates that, in 2017 and 2018, the rate of homicides for black women increased by 12.4%, while the rate for non-black women witnessed a decline of 11.7%<sup>25</sup>. Furthermore, researchers have used homicide in the home as a proxy to calculate the occurrence of femicide<sup>25</sup>. In 2018, deaths at home corresponded to 30.4% of all homicides, an increase of 6.6% in comparison to 2017<sup>25</sup>. Additionally, the Year Book published by the Brazilian Public Security Forum in 2020 showed that most femicides (58.9%) occurred at home<sup>10</sup>.

Death rates from interpersonal violence against women aged 15 to 49 years remained stable in most of the Brazilian states, when comparing the years of 1990 and 2019, regardless of the Maria da Penha Law and the improvements in the women's rights policies and of the fight against violence developed in the early 2000's. Only three states managed to significantly reduce the death and DALY rates for interpersonal violence.

Illustrating this scenario with reliable and comparable data is important to provide evidence to policymakers that can guide the design of more effective and equitable public policies. There is a strong concern that loosening gun control regulations, combined with the spread of a conservative, chauvinistic, and misogynist mentality will worsen the current scenario. Considering that, there is a risk that the country will not reach the goals for the 2030 Agenda for Sustainable Development. Tackling violence and femicide requires coordinated, intersectoral actions, involving governmental and non-governmental institutions and society as a whole in order to ensure that women's rights are protected.

### ACKNOWLEDGEMENTS

There are none.

### FINANCIAL SUPPORT

Secretaria de Vigilância em Saúde (TED 148/2018), Fundo Nacional de Saúde.

### AUTHORS' CONTRIBUTION

IVP worked on the design, methodology, results, writing and final review. NMV worked on the methodology, results, writing and final review. RBC, MN and MFM worked on final review. DCM worked on the design, methodology, results and final review.

### CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflict of interests.

### ORCID

Isabella Vitral Pinto: 0000-0002-3535-7208

Nádia Machado de Vasconcelos: 0000-0002-2323-3064

Rafael Bello Corassa: 0000-0001-9413-7400

Mohsen Naghavi: 0000-0002-6209-1513

Maria de Fatima Marinho de Souza: 0000-0003-3287-9163

Deborah Carvalho Malta: 0000-0002-8214-5734

### REFERENCES

- United Nations Office on Drugs and Crime. Global Study on Homicide 2018. Vienna, 2018.
- Leites GT, Meneghel SN, Hirakata VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):642-53.
- Meneghel SN, Cecon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2013;17(46): 523-33.
- Meneghel SN, Portella AP. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(9):3077-86.
- Pasinato, W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad Pagu*. 2011; (37):219-46.
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65.
- Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. *Prev Med*. 2019;118:216-9.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13104, de 09/03/2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 01 de novembro de 2020.
- ONU Mulheres. Diretrizes Nacionais Feminicídio. Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres. Brasília, 2016.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. [online] Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em 20/11/2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.[online] Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em 10/03/2021.
- França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, Morais Neto OL, Szwarcwald CL. Causas mal definidas de óbito no Brasil: método de redistribuição baseado na investigação do óbito. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4): 671-81.
- Soares Filho AM, Cortez-Escalante JJ, França E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(12):3803-18.
- Souza MFM, França EB, Cavalcante A. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Rev bras epidemiol*. 2017;20(Suppl 01):1-3.
- Malta DC, Minayo MCDS, Soares Filho AM, Silva MMAD, Montenegro MDMS, Ladeira RM, Neto OLM, Melo AP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev bras epidemiol*. 2017;20(Suppl 01):142-56.
- GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859-922.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare/Viz Hub. [online] Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 10/03/2021.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
- GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Supplementary Appendix 1. Supplement to: GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
- Gelman A, Greenland S. Are confidence intervals better termed "uncertainty intervals"? *BMJ*. 2019;366:l5381.

21. Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, Distrito Federal, 2011.
22. Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006b. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.[online] Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 01 de novembro de 2020.
23. Medeiros L (org.) Políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher. Rio de Janeiro: Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018.
24. Martins APA. Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência contra Mulheres e Meninas no Brasil Recente: análise dos movimentos feministas no processo de afirmação de direitos. [online] Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/43017>
25. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas da violência 2020. [online] Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/200826\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf). Acesso em: 01 de outubro de 2020.
26. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The Accessibility of Firearms and Risk for Suicide and Homicide Victimization Among Household Members. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10.
27. Cerqueira D, Matos M, Martins APA, Junior JP. Avaliando a Efetividade da Lei Maria da Penha. Texto para Discussão nº 2048. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: IPEA, 2015.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Violência contra jovens no Brasil segundo raça/cor: tendências dos homicídios e perfil dos atendimentos de urgência e emergência. In: Saúde Brasil 2019 Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. p. 179–94. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>
29. Leite MP, Salas C. Trabalho e desigualdades sob um novo modelo de desenvolvimento. *Tempo Soc.* 2014;26(1):87–100.
30. Madeira Z, Gomes DD de O. Persistent racial inequalities and black resistance in contemporary Brazil. *Serv Soc Soc.* 2018;(133):463–79.
31. Wanzinack C, Signorelli MC, Reis C. Homicides and socio-environmental determinants of health in Brazil: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(12):e00012818.
32. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [online]. Disponível em: <https://ods.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30/09/2020.
33. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Agenda 2030. ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [online] Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801\\_](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_). Acesso em: 10/03/2021.

**Supplementary Table:** Death rate and death rate standardized caused by interpersonal violence against women, aged 15 to 49 years, according to states. Brazil, 1990 and 2019.

<b>Location</b>	<b>Year</b>	<b>Death rate (per 100,000)</b>	<b>Death rate standardized* (per 100,000)</b>
Acre	1990	9,0	8,8
Alagoas	1990	10,1	10,1
Amapá	1990	6,6	6,4
Amazonas	1990	6,6	6,5
Bahia	1990	5,7	5,8
Ceará	1990	6,8	6,8
Distrito Federal	1990	7,2	7,1
Espírito Santo	1990	12,5	12,4
Goiás	1990	12,1	11,9
Maranhão	1990	7,3	7,6
Mato Grosso	1990	7,4	7,5
Mato Grosso do Sul	1990	9,6	9,5
Minas Gerais	1990	5,6	5,6
Pará	1990	7,8	7,8
Paraíba	1990	8,8	8,9
Paraná	1990	5,9	5,9
Pernambuco	1990	11,1	11,3
Piauí	1990	4,5	4,6
Rio de Janeiro	1990	15,0	14,8
Rio Grande do Norte	1990	5,4	5,5
Rio Grande do Sul	1990	6,2	6,2
Rondônia	1990	11,0	11,0
Roraima	1990	10,9	10,8
Santa Catarina	1990	4,2	4,2
São Paulo	1990	8,2	8,1
Sergipe	1990	8,1	8,3
Tocantins	1990	7,4	7,4
Acre	2019	7,4	7,4
Alagoas	2019	10,8	10,9
Amapá	2019	7,6	7,5
Amazonas	2019	6,8	6,8
Bahia	2019	10,1	10,1
Ceará	2019	9,2	9,2
Distrito Federal	2019	5,2	5,3
Espírito Santo	2019	12,5	12,6
Goiás	2019	10,9	10,9
Maranhão	2019	6,7	6,7
Mato Grosso	2019	8,5	8,5
Mato Grosso do Sul	2019	7,6	7,6
Minas Gerais	2019	6,6	6,6
Pará	2019	8,8	8,8

---

Paraíba	2019	8,8	8,9
Paraná	2019	6,9	7,0
Pernambuco	2019	10,6	10,7
Piauí	2019	4,6	4,6
Rio de Janeiro	2019	7,4	7,6
Rio Grande do Norte	2019	7,8	7,9
Rio Grande do Sul	2019	6,9	7,0
Rondônia	2019	9,6	9,6
Roraima	2019	10,2	10,1
Santa Catarina	2019	4,2	4,2
São Paulo	2019	4,3	4,3
Sergipe	2019	8,5	8,5
Tocantins	2019	7,3	7,3

---

Observations: \*According to Global Burden of Diseases world population age standard.

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

**ANEXO 3 – Estudio 3 Publicado**

---

## Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil

Factors associated with death in women with intimate partner violence notification in Brazil

Isabella Vitral Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-3535-7208>)<sup>1,2</sup>

Regina Tomie Ivata Bernal (<https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>)<sup>3</sup>

Maria de Fátima Marinho de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-3287-9163>)<sup>4</sup>

Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)<sup>5</sup>

**Abstract** *Intimate partner violence (IPV) is a social and public health concern. This article aims to identify factors associated with death in women with IPV notification. This is a case-control study based on the record-linkage of the Mortality Information System (SIM), from 2011 to September/2017, and the Notifiable Diseases Information System (SINAN), 2011 to 2016. The “case” group consisted of women aged 15 to 59 years old with notification of violence on SINAN, whose author was current or former intimate partner and died by any cause registered on SIM. The “control” group consisted of women 15-59 years old, living in the same municipality of the cases and victim of IPV registered on SINAN, but without a death record on SIM. Multiple logistic regression was used to estimate the odds ratio of death. 151,826 Brazilian women were victim of IPV and were notified by SINAN, and 2,538 died. The main cause of death was homicide. The following characteristics conferred a greater chance of death: having race/skin-color black or yellow; having disabilities; living in rural area; physical violence, torture and multiple types combined; violence perpetrated by a firearm, a sharp object and multiple means combined.*

**Key words** *Intimate partner violence, Gender-based violence, Public health surveillance, Epidemiological monitoring*

**Resumo** *A violência por parceiro íntimo (VPI) é um problema social e de saúde pública. O objetivo deste artigo é identificar fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de VPI. Estudo do tipo caso-controle a partir do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2011 a setembro/2017, e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2011 a 2016. O grupo “caso” foi composto por mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN, cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo e óbito por qualquer causa básica registrado no SIM. O grupo “controle” consistiu em mulheres da mesma faixa etária, com VPI registrada no SINAN e município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM. Foi utilizada a regressão logística a fim de estimar a razão de chance de óbito. 151.826 brasileiras tiveram seus casos de VPI notificados, sendo que 2.538 morreram. A principal causa de óbito foi o homicídio. As seguintes características conferiram maior chance de óbito: raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; violência perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.*

**Palavras-chave** *Violência por parceiro íntimo, Violência de gênero, Vigilância em saúde pública, Monitoramento epidemiológico*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Prof. Alfredo Balena 190, Centro. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.

isabella.pinto@fiocruz.br

<sup>2</sup> Instituto René Rachou, Fiocruz Minas. Belo Horizonte MG Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

<sup>4</sup> Vital Strategies Brasil. São Paulo SP Brasil.

<sup>5</sup> Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

## Introdução

Rosa, Maria, Angélica, elas, nós. A violência por parceiro íntimo (VPI) é uma experiência que atravessa a história das mulheres, seja porque já a vivenciamos ou porque temos alguma situação na família, entre amigas ou conhecidas. A partir das lutas dos movimentos feministas em defesa dos direitos das mulheres, o assunto tem ganhado espaço nas leis, agendas políticas, noticiários e no nosso dia a dia.

Esse problema tem escala global e a importância do seu enfrentamento foi concretizado com indicadores específicos na Agenda 2030<sup>1</sup>, onde os 193 Estados Membros da Organização das Nações Unidas se comprometeram a alcançar as metas relacionadas à equidade de gênero. Estudo de revisão sistemática com artigos do período de 1990 a 2011, de diversos países e continentes, demonstrou que 38,6% de todos os homicídios contra mulheres foram perpetrados por parceiros íntimos<sup>2</sup>. Considerando que esses feminicídios não são um fato isolado na vida das mulheres, mas representam o ponto final em uma sequência de violências e abusos, pode-se inferir que entre os óbitos e as vivências da VPI, há um grande iceberg a ser descortinado. No Brasil, estudo com amostra representativa da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco identificou prevalência, pelo menos uma vez na vida, de mais de 41% de violência psicológica e de mais de 27% de violência física por parceiro íntimo entre mulheres<sup>3</sup>.

A VPI é também um problema de saúde pública, pois os abusos físicos, psicológicos, sexuais e negligências decorrentes dessas agressões aparecem como demandas principais e em queixas difusas nos atendimentos do setor. Além disso, a saúde é um componente fundamental para a integralidade do cuidado, seja por meio da recuperação do estado físico e psicológico, ou pelos encaminhamentos que se fazem necessários a outros órgãos responsáveis pela garantia dos direitos das mulheres.

Com intuito de ampliar as possibilidades de diagnóstico e monitoramento desses eventos, o Ministério da Saúde criou em 2006, o Sistema Nacional de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA), cujo componente contínuo prevê a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços públicos e privados de todo o país a partir de 2011<sup>4,5</sup>. Essa notificação tem o intuito de dar visibilidade ao problema, atuar como um instrumento de cuidado e promover atuação integrada entre os órgãos da

rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Portanto, faz-se necessário compreender: O que acontece às mulheres após a notificação? Elas permanecem vivas ou morrem? Quais são as principais causas básicas de óbito? Quais são os fatores associados ao óbito?

A declaração de óbito é o instrumento de coleta padronizada dos dados sobre mortalidade e não contém informação sobre o sexo do autor da agressão e tipo de vínculo com a vítima. No entanto, é possível recontar parte da história das mulheres a partir do cruzamento dos registros de notificação de violência e do óbito.

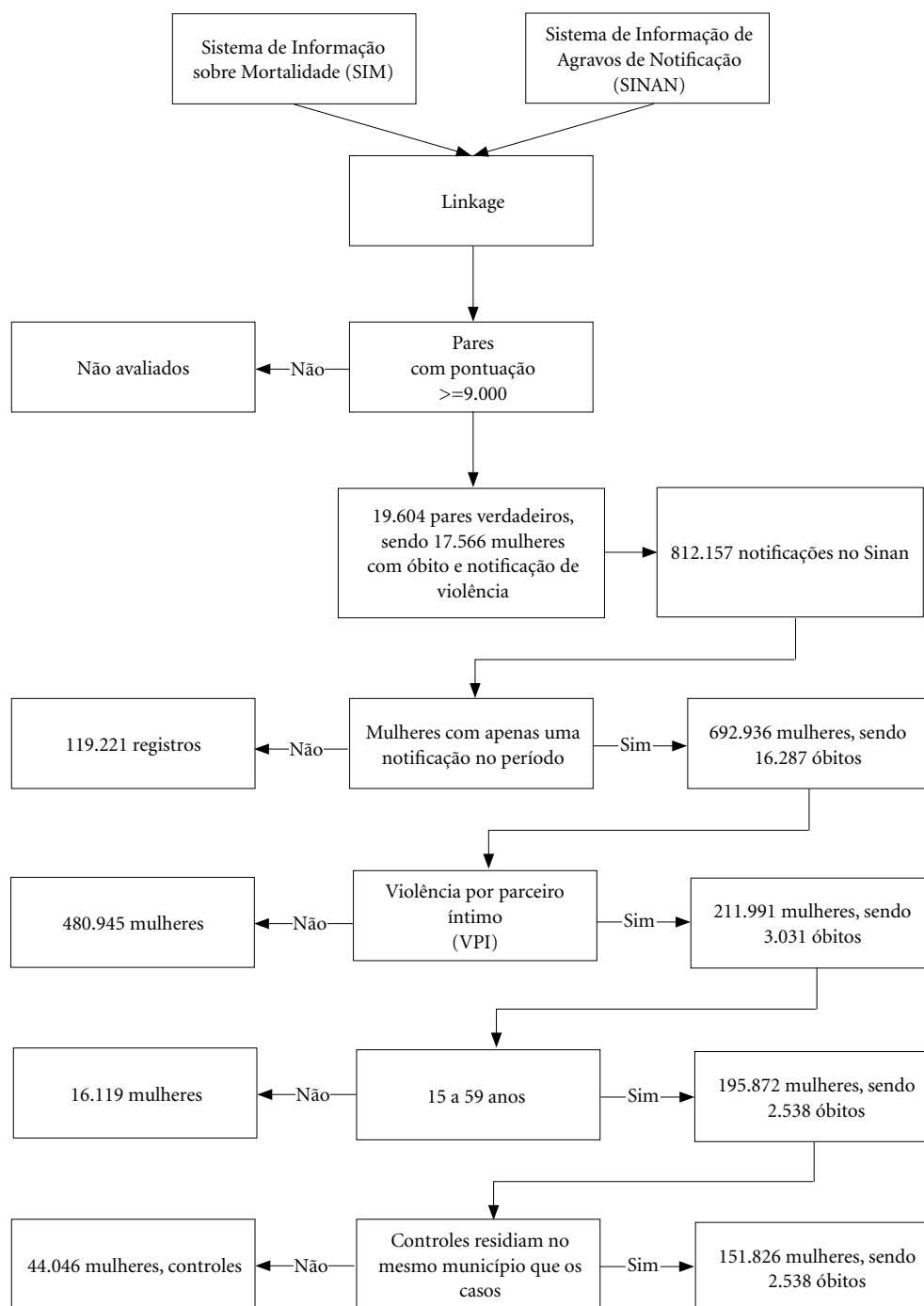
Diante desse quadro, propõe-se explorar os fatores associados ao óbito em mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo. Com isso pretende-se identificar variáveis que possam sinalizar cenários de maior risco e gerar alerta para prevenir óbitos prematuros e evitáveis.

## Métodos

Estudo do tipo caso-controle realizado a partir do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com 3.492.636 registros de óbitos de pessoas do sexo feminino, de todas as idades, no período de 2011 a setembro/2017; e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com 812.157 notificações de violências interpessoais e autoprovocadas em pessoas do sexo feminino, de todas as idades, no período de 2011 a 2016.

O relacionamento das bases do SIM e SINAN foi conduzido pelo Ministério da Saúde<sup>6</sup>, sendo utilizada a técnica dos Filtros de Bloom e as seguintes variáveis de pareamento: “nome da paciente”, “data de nascimento” e “município de residência”. Os pares com pontuação igual a 10.000 (valor máximo) foram considerados verdadeiros e aqueles com pontuação entre 9.000 e 9.999 passaram por avaliação manual, na qual também foi utilizada a variável “nome da mãe” para análise<sup>6</sup>. Como resultado, foram identificados 19.604 pares considerados como verdadeiros, os quais representaram 17.566 mulheres com notificação de violência que foram a óbito no período avaliado (Figura 1).

Também foi necessário avaliar na base do SINAN a presença de mulheres com uma ou mais notificações no período. Para isso, foi realizada uma análise, também conduzida pelo Ministério da Saúde, utilizando a técnica dos Filtros de Bloom. Nesta nova etapa os registros do SINAN



**Figura 1.** Fluxograma do relacionamento das bases de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2011 a setembro/2017, e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no de 2011 a 2016, Brasil.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

foram agrupados a partir das variáveis “nome da paciente”, “data de nascimento”, “município de residência” e “nome da mãe”, buscando identificar pares ou grupos de mulheres similares. Os grupos com pontuação menor que 9.000 representaram 692.936 registros (85,3% das notificações) e foram considerados únicos, ou seja, representaram mulheres com uma notificação no período. Os outros 119.221 registros com pontuação maior ou igual a 9.000 foram relacionados em pares ou grupos que poderiam representar a mesma mulher. No entanto, esses registros não foram avaliados (Figura 1).

Portanto, este estudo considerou como ponto de partida as 692.936 mulheres com uma notificação de violência no período avaliado. Destaca-se que as variáveis analisadas foram provenientes do SINAN, exceto a causa básica do óbito, originária do SIM. Selecionaram-se os registros com os seguintes vínculos/grau de parentesco entre o agressor e a pessoa atendida: “cônjuge”, “ex-cônjuge”, “namorado” e “ex-namorado”; também foram incluídos os casos com vínculos similares a essas quatro categorias no campo aberto “outros” dessa variável. Foram excluídas as notificações com violência autoprovocada ou com informações sobre tentativa de suicídio ou autoagressão no campo aberto “Tipo de Violência - Outros”. Por fim, para promover maior similaridade entre casos e controles, foram selecionadas somente as mulheres jovens e adultas com idade de 15 a 59 anos, e aquelas residentes nos 1.104 municípios em que os casos residiam quando foi registrada a notificação (Figura 1).

O grupo dos casos foi composto por mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN, cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo, e que veio a óbito por qualquer causa básica registrada no SIM. O grupo controle consistiu em mulheres com a mesma faixa etária, notificação de VPI no SINAN e mesmo município de residência dos casos, mas sem registro de óbito no SIM no período avaliado (Figura 1).

Descreveu-se as causas básicas de óbito segundo a Classificação Internacional de Doenças -10ª Edição (CID-10), organizadas em grupos de causas, os quais estão disponíveis para acesso no tabulador eletrônico do Departamento de Informática do SUS<sup>7,8</sup>.

Na ficha de notificação de violências no SINAN, nas variáveis “Tipo de Violência” e “Meio de Agressão” é possível assinalar mais de uma opção, resultando em diversas possibilidades de combinações. Portanto, foi necessário propor nova organização das variáveis, a fim de garantir

que cada mulher fosse identificada com uma única categoria. Como critério para a criação dessas novas variáveis foram consideradas a frequência das categorias e hierarquias de importância com base nas repercussões na saúde, conforme apresentado abaixo.

As combinações encontradas de tipos de violência foram dispostas em: psicológica (somente esse tipo); física (somente esse tipo); psicológica e física (somente esses dois tipos); sexual (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente); tortura (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações da categoria anterior); financeira (somente esse tipo ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das duas categorias anteriores); outras (somente esse tipo ou todas as outras categorias possíveis ou seus cruzamentos, exceto as combinações das três categorias anteriores); ignorado (quando não foi assinalada qualquer categoria de tipo de violência).

Para a variável “meios de agressão” as novas categorias resultaram em: “ameaça” (somente esse meio); “força física” (somente esse meio); “ameaça e força física” (somente esses dois meios); “arma de fogo” (somente esse meio e todas as combinações em que ele esteja presente); “objeto perfurocortante” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações da categoria anterior); “enforcamento” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das duas categorias anteriores); “objeto contundente” (somente esse meio ou todas as combinações em que ele esteja presente, exceto as combinações das três categorias anteriores); “outros” (somente esse meio ou todas as outras categorias possíveis ou seus cruzamentos, exceto as combinações das quatro categorias anteriores); ignorado (quando não foi assinalada qualquer categoria de meio de agressão).

Procedeu-se a análise descritiva de 12 variáveis categóricas da ficha de notificação, segundo o desfecho (não óbito; e óbito): faixa etária; gestante; raça/cor; escolaridade; situação conjugal; deficiência; zona de residência; porte do município de residência, de acordo com o número de habitantes; local da ocorrência; violência crônica (se ocorreu mais de uma vez); tipo de violência; e meio de agressão. A categoria “missing” foi incluída na categoria “ignorado” de cada variável. Também se realizou o Teste Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) para comparar as proporções entre os dois grupos avaliados.

Como neste universo o grupo de casos (2.538 mulheres) tem número proporcionalmente pequeno em relação ao grupo de controles (149.288 mulheres), utilizou-se a técnica de validação cruzada<sup>9</sup> mediante geração de amostras de treino e teste para construção do modelo, na proporção de dois controles para cada caso, a fim de encontrar o modelo robusto e com capacidade de generalização para evitar o super ajuste (*overfitting*) do modelo. Foram geradas de forma aleatória 10 amostras de treino e as respectivas 10 amostras de teste, representativas do universo.

Para cada amostra de treino foi realizada a análise de regressão logística, com as 12 variáveis independentes relacionadas à notificação de violência no SINAN, a fim de estimar a razão de chance de óbito. Utilizou-se o método *stepwise* para seleção das variáveis do modelo final. Foram avaliadas a multicolinearidade, por meio do teste de fator de inflação da variância (VIF), e o ajuste do modelo, por meio do teste de Hosmer e Lemeshow. O modelo final de cada amostra de treino foi aplicado à respectiva amostra de teste.

A amostra de treino que apresentou maior equilíbrio entre especificidade, sensibilidade e acurácia, na comparação com a amostra de teste, foi utilizada para estimar as razões de chance entre os grupos expostos e não expostos, segundo os desfechos de óbito e não óbito. Todas as análises foram conduzidas no software R Studio<sup>10</sup>.

Este estudo faz parte do projeto “Como morrem as mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil?”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

## Resultados

Entre as 692.936 mulheres com uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, 16.287 (2,4%) foram a óbito, por diversas causas, entre janeiro de 2011 a setembro de 2017. Esse fato representou a morte de mais de seis mulheres com uma notificação de violência a cada dia no Brasil, no período avaliado. A partir desse universo, foram selecionadas as notificações de VPI (211.991); as mulheres entre 15 e 59 anos (195.872); e os municípios de residência das mulheres que foram a óbito. Portanto, este estudo trabalhou com 151.826 mulheres, sendo 149.288 do grupo controle e 2.538 do grupo caso (Figura 1).

Os dez principais grupos de causas básicas de óbito das mulheres foram: “Agressões”, tota-

lizando 1.030 óbitos (40,6%); “Neoplasias malignas” com 196 óbitos (7,7%); “Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)” com 125 óbitos (4,9%); “Acidentes de transporte” com 110 óbitos (4,3%); “Doenças cerebrovasculares” com 96 óbitos (3,8%); “Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade” com 89 óbitos (3,5%); “Doença isquêmica do coração” com 84 óbitos (3,3%); “Doenças do fígado” com 78 óbitos (3,1%); “Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada” com 76 óbitos (3,0%); e “Outras causas externas de traumatismos acidentais” com 64 óbitos (2,5%).

A comparação da distribuição das características relativas às mulheres e aos eventos na ficha de notificação mostram características particulares do grupo que foi a óbito no período máximo de 6,9 anos após a notificação: 25,97% de jovens entre 15 a 29 anos; 46,70% eram mulheres negras, considerando pretas e pardas; e 8,67% eram mulheres com deficiência (Tabela 1). No grupo com desfecho “óbito” foi maior o percentual de mulheres com menor escolaridade (Tabela 1).

A avaliação dos municípios e zonas de residência no momento da notificação evidenciou a maior vulnerabilidade das mulheres que moravam em áreas rurais e periurbanas e em municípios de pequeno porte (<50.000 habitantes), totalizando 11,58% e 36,96% dos óbitos, respectivamente (Tabela 1).

Na análise das variáveis relativas à violência notificada, destacam-se as seguintes características no grupo cujo desfecho foi o óbito: o principal local da ocorrência da violência foi a residência (74,78%); a violência física preponderou em 57,21% dos casos; e os percentuais expressivos de agressões perpetradas com objetos perfurocortantes (23,84%) e armas de fogo (10,68%). A violência crônica foi observada em 45,43% das mulheres com óbito, no entanto, essa variável apresentou mais de 25% de casos ignorados (Tabela 1).

A amostra de treino selecionada para representar o universo apresentou 72% de sensibilidade, 71% de especificidade e 72% de acurácia. Nessa amostra de treino, o modelo da regressão logística apresentou as seguintes variáveis significativas, ao nível de significância de 0,05: faixa etária (30 a 44; 45 a 59); gestante (sim); raça/cor (preta e amarela); escolaridade (ensino médio e ensino superior - completos ou incompletos); deficiência (sim); zona de residência (rural); porte do município de residência (todas as categorias); local de ocorrência da violência (residência e ignorado); violência crônica (ignorado);

**Tabela 1.** Distribuição percentual das características das mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo e das violências registradas, segundo óbito e não óbito, Brasil, 2011 a 2016.

Características	Não óbito	Óbito	Teste X <sup>2</sup>	Características	Não óbito	Óbito	Teste X <sup>2</sup>
	N=149.288	N=2.538	p-valor		N=149.288	N=2.538	p-valor
Faixa etária (anos)				Porte do município de residência			
15 a 29	12,44	25,97	<0,01	<10.000	1,60	9,26	<0,01
30 a 44	41,94	42,91		≥10.00 e <50.000	14,14	27,70	
45 a 59	45,62	31,13		≥50.00 e <100.000	13,93	14,34	
Gestante				≥100.00 e <500.000	38,57	29,47	
Não	64,62	68,60	<0,01	≥500.000	31,76	19,23	
Sim	6,50	4,49		Local da Ocorrência			
Ignorado	28,88	26,91		Via pública, bar ou comércio/serviços	12,91	15,56	0,01
Raça/Cor				Residência	77,89	74,78	
Branca	43,46	41,57	<0,01	Outros <sup>2</sup>	3,45	4,49	
Preta	9,72	11,82		Ignorado	5,76	5,16	
Amarela	0,66	1,10		Violência crônica			
Parda	33,73	34,87		Não	25,17	29,20	<0,01
Indígena	0,57	0,59		Sim	57,38	45,43	
Ignorado	11,86	10,05		Ignorado	17,45	25,37	
Escolaridade				Tipos de violência			
Analfabeto	0,83	2,88	<0,01	Psicológica	12,40	4,89	<0,01
Ensino Fundamental <sup>1</sup>	33,29	40,50		Física	44,15	57,21	
Ensino Médio <sup>1</sup>	28,32	17,02		Física+psicológica	31,52	21,75	
Ensino Superior <sup>1</sup>	6,02	2,40		Sexual <sup>3</sup>	4,25	3,86	
Ignorado	31,53	37,19		Tortura <sup>3</sup>	3,63	7,09	
Estado civil				Financeira <sup>3</sup>	2,68	1,34	
Solteira	30,34	26,32	<0,01	Outras <sup>3</sup>	0,88	2,76	
Casada	51,09	53,19		Ignorado	0,48	1,10	
Separada	9,82	10,91		Meios de Agressão			
Viúva	0,62	1,58		Ameaça	11,27	4,85	<0,01
Ignorado	8,13	8,00		Força	44,33	31,05	
Deficiência				Força+ameaça	13,83	7,88	
Não	82,74	75,37	<0,01	Arma de fogo <sup>3</sup>	1,16	10,68	
Sim	3,13	8,67		Objeto perfuro-cortante <sup>3</sup>	7,66	23,84	
Ignorado	14,13	15,96		Enforcamento <sup>3</sup>	6,40	5,20	
Zona de residência				Objeto contundente <sup>3</sup>	3,97	5,28	
Urbana	91,72	85,70	<0,01	Outros meios <sup>3</sup>	6,52	7,09	
Rural ou periurbana	5,40	11,58		Ignorado	4,87	4,14	
Ignorado	2,89	2,72					

Observações: <sup>1</sup>Ensino completo ou incompleto; <sup>2</sup>Inclui as categorias: habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, indústria/construção e outro; <sup>3</sup>Inclui todas as possibilidades de combinação com outras categorias dessa variável, exceto com as categorias que a antecede.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

tipo de violência (física, sexual, tortura e outras) e meio de agressão (arma de fogo, objeto perfuro-cortante, objeto contundente e outros meios) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Modelo final de regressão logística múltipla, a partir da amostra de treino selecionada. Brasil, 2011 a 2016.

Características	$\beta$	Erro Padrão	p-valor	Odds Ratio	Limite inferior (IC95%)	Limite superior (IC95%)
Faixa etária (anos)						
15 a 29				1,00		
30 a 44	-0,85	0,09	<0,01	0,43	0,25	0,61
45 a 59	-1,28	0,10	<0,01	0,28	0,09	0,47
Gestante						
Não				1,00		
Sim	-0,45	0,16	<0,01	0,64	0,33	0,95
Raça/Cor						
Branca				1,00		
Preta	0,25	0,12	0,03	1,29	1,06	1,52
Amarela	1,32	0,36	<0,01	3,76	3,06	4,46
Escolaridade						
Analfabeto				1,00		
Ensino Médio <sup>1</sup>	-0,82	0,26	<0,01	0,44	-0,08	0,96
Ensino Superior <sup>1</sup>	-1,53	0,32	<0,01	0,22	-0,4	0,84
Deficiência						
Não				1,00		
Sim	0,78	0,14	<0,01	2,19	1,91	2,47
Local da Ocorrência						
Via pública, bar ou comércio/serviços				1,00		
Residência	-0,35	0,10	<0,01	0,71	0,51	0,9
Ignorado	-0,58	0,18	<0,01	0,56	0,21	0,91
Violência crônica						
Não				1,00		
Ignorado	0,36	0,11	<0,01	1,43	1,22	1,64
Tipos de violência						
Psicológica				1,00		
Física	0,90	0,19	<0,01	2,45	2,09	2,82
Física+psicológica	0,37	0,19	0,05	1,44	1,07	1,81
Sexual <sup>2</sup>	0,77	0,23	<0,01	2,16	1,71	2,61
Tortura <sup>2</sup>	1,20	0,23	<0,01	3,33	2,87	3,78
Outras <sup>2</sup>	1,64	0,30	<0,01	5,19	4,56	5,75
Meios de Agressão						
Ameaça				1,00		
Arma de fogo <sup>2</sup>	2,53	0,26	<0,01	12,52	12,02	13,03
Objeto perfuro-cortante <sup>2</sup>	1,14	0,20	<0,01	3,14	2,74	3,53
Objeto contundente <sup>2</sup>	0,54	0,23	0,02	1,71	1,25	2,16
Outros meios <sup>2</sup>	0,75	0,19	<0,01	2,12	1,74	2,5
Zona de residência						
Urbana				1,00		
Rural ou periurbana	0,35	0,13	0,01	1,42	1,17	1,67
Porte do município de residência						
<10.000				1,00		
≥10.00 e <50.000	-1,06	0,19	<0,01	0,35	-0,02	0,72
≥50.00 e <100.000	-1,61	0,20	<0,01	0,20	-0,18	0,58
≥100.00 e <500.000	-1,73	0,19	<0,01	0,18	-0,19	0,54
≥500.000	-1,92	0,19	<0,01	0,15	-0,23	0,52

Observações: <sup>1</sup>Ensino completo ou incompleto; <sup>2</sup>Inclui todas as possibilidades de combinação com outras categorias dessa variável, exceto com as categorias que a antecede.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Ministério da Saúde.

De acordo com esse modelo, observa-se que as mulheres em faixas etárias mais velhas (30 a 44; e 45 a 59 anos) têm chance menor de óbito em comparação com as jovens (15 a 29 anos). As mulheres grávidas no momento da notificação de violência tiveram menor chance de óbito em comparação às não grávidas. Esse resultado não esperado pode ter relação com a alta proporção de casos ignorados nesta variável. As mulheres pretas e amarelas tiveram chance 1,29 vezes e 3,76 vezes maior de óbito, respectivamente, em comparação às brancas. A presença de ensino médio ou superior, completos ou incompletos, representou uma proteção para as mulheres em situação de VPI. A presença da deficiência foi considerada um fator de risco para as mulheres, já que elas tiveram 2,19 vezes mais chance de óbito em comparação com aquelas sem deficiência. As mulheres que habitavam em áreas rurais ou periurbanas no momento da notificação da violência no SINAN tiveram chance 1,42 vezes mais elevada de óbito em comparação com aquelas residentes em áreas urbanas. Em consonância com o resultado anterior, quanto maior o porte do município de residência, maior a proteção das mulheres com relação ao óbito, em comparação com aquelas que moravam em municípios de até 10.000 habitantes. A ocorrência da violência na residência e em locais ignorados pelos profissionais que preencheram a ficha de notificação, aparecem como fatores protetores para o óbito em comparação às violências ocorridas em locais públicos como via pública, bar ou comércio/serviços. Nos casos em que o caráter crônico da VPI foi ignorado, a chance de óbito das mulheres foi 1,43 vezes maior. Com relação aos tipos de violência, a presença da violência física “somente” e todas as combinações identificadas foram consideradas fator de risco para o óbito, em comparação com a psicológica “somente”. O fator associado com maior risco de óbito para as mulheres foi a utilização de arma de fogo, com 12,52 vezes maior chance de óbito em relação às mulheres cuja violência foi perpetrada por meio de ameaças. Outros fatores de risco para o óbito foram os objetos perfurocortantes, contundentes e a combinação de outros meios (Tabela 2).

## Discussão

Rosa, Maria e Angélica são mulheres do século XVIII, viviam no estado de São Paulo, e tiveram suas histórias reveladas por Mary del Priore<sup>11</sup>. As situações de ameaça, violência física, psicológica

e negligência perpetradas por seus companheiros, contra elas e seus filhos, evidenciam como a violência baseada no gênero possui raízes profundas na constituição da nossa sociedade.

No presente há outros meios de revelar essas histórias: as mídias, os registros dos serviços da rede de atendimento, como os boletins de ocorrência e as notificações de violência na saúde, e as declarações de óbito. Os dados do setor saúde são essenciais para identificar as mulheres em situação de risco de feminicídio íntimo<sup>12</sup>. Além disso, há instrumentos legais, como a Lei Maria da Penha, para combater, punir e oferecer proteção às mulheres em situação de violência. No entanto, a ocorrência do feminicídio íntimo, crime cometido contra mulheres cujo agressor teve ou tem uma relação íntima, de afeto ou sexual<sup>13</sup>, é sinal de falha das instituições públicas, privadas e da sociedade nos campos da prevenção de violências, proteção às mulheres e na garantia de seus direitos.

Este artigo apresentou um retrato de mais de 151 mil brasileiras que tiveram seus casos de VPI registrados pelas unidades de saúde no SINAN. Apesar do poder público ter ciência da situação de vulnerabilidade a que estavam submetidas, 2.538 mulheres morreram no período de 6,9 anos após a notificação. A principal causa de óbito foi o homicídio, o que sugere possível ocorrência de feminicídio íntimo, especialmente pelo fato de a literatura apontar o parceiro íntimo como principal autor dos homicídios de mulheres<sup>2,14</sup>. Nesse campo de estudo, trabalha-se com esse tipo de estimativa pois a informação sobre o vínculo/grau de parentesco dos autores das agressões não está presente na declaração de óbito, sendo necessárias investigações para compreender as circunstâncias e contexto do crime<sup>13</sup>.

Algumas doenças crônicas não transmissíveis e a infecção pelo vírus HIV figuraram entre as causas mais prevalentes, denotando possíveis impactos da VPI no cuidado de condições crônicas. O estudo do Ministério da Saúde que utilizou essa mesma base de dados demonstrou uma maior razão de mortalidade para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com notificação de violência registrada no SINAN<sup>6</sup>. De fato, é reconhecido o efeito negativo das violências contra as mulheres nos cuidados à saúde que demandam acompanhamento contínuo, sendo inclusive fator de risco para a inadequação ao rastreamento de câncer de colo do útero<sup>15</sup>. A literatura tem demonstrado também que, além das lesões físicas, a VPI tem sido relacionada ao maior risco de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, e a efeitos na saúde mental, como perda da

autoestima, ansiedade, depressão e síndrome do estresse pós-traumático<sup>16</sup>.

De modo geral, no momento da notificação, as seguintes características estiveram associadas ao óbito: ser da raça/cor preta e amarela; ter deficiências; residir em área rural; residir em município de pequeno porte (<10.000 habitantes); estar em situação de violência física, tortura e múltiplos tipos combinados; a violência ter sido perpetrada por arma de fogo, objeto perfurocortante e múltiplos meios combinados.

A vivência de VPI muitas vezes começa na adolescência ou na juventude e perpassa diferentes classes sociais<sup>17</sup>. Na vivência do ficar e namorar as mulheres se deparam com os padrões de gênero nas relações afetivas e sexuais, o que pode gerar conflitos e agressões de diferentes tipos. Estudo sobre as notificações de violências em mulheres no período de 2011 a 2017 identificou que 41,3% das violências registradas em adolescentes de 15 a 19 anos foram perpetradas por parceiros íntimos<sup>18</sup>, mostrando uma frequência muito alta desse problema em uma população tão jovem, em construção da sua identidade e muitas vezes sem autonomia financeira.

No caso da raça/cor, o racismo estrutural e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e garantia de direitos podem estar relacionados à maior chance de as mulheres pretas terem o desfecho de óbito em relação às brancas. Os dados apresentados neste estudo mostraram que as mulheres grávidas no momento da notificação tiveram chances menores de óbito, ou seja, a gravidez apareceu como um fator de proteção para o óbito. No entanto, esse resultado pode ter sido impactado pelos problemas de completude dessa variável. Portanto, faz-se necessário estudo específico para avaliar a relação da VPI na gravidez e o desfecho de óbito. De toda forma, sabe-se que as violências na gestação causam repercussões no acesso das mulheres aos serviços de saúde, ao acompanhamento no pré-natal e puerpério, assim como tem consequências negativas na saúde do bebê<sup>19,20</sup>.

A maior escolaridade foi fator de proteção para a ocorrência de óbito após a notificação de VPI. Esse fato revela a importância do acesso à educação para meninas e mulheres que passam a ter maiores condições de identificar as violências sofridas e buscar os serviços especializados que podem apoiá-las. Além disso, a maior escolaridade promove a autonomia financeira das mulheres e conseqüentemente, facilita o rompimento com os relacionamentos abusivos.

As mulheres com deficiências que tiveram notificação de VPI apresentaram maior chance

de óbito, o que revela situações de vulnerabilidades que se somam. Faz-se necessário, futuramente, explorar as diferentes deficiências e suas associações com este desfecho.

A residência em zona rural apareceu como fator associado ao óbito. Possivelmente as mulheres que habitam em zonas rurais têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e da rede de serviços que atendem mulheres em situação de violência. Somado a isso, a distância de vizinhos, a menor densidade demográfica, além de padrões culturais e sociais patriarcais favorecem a invisibilidade do problema na comunidade.

Nesse mesmo sentido, residir em municípios com maior população foi associado à proteção com relação ao óbito. Pode-se inferir que em municípios com maior população espera-se contar com serviços de referência no campo da saúde, assistência social e segurança pública. Essa situação pode favorecer o acesso à rede de atendimento e da sociedade civil no sentido de buscar atendimento, proteção e até abrigo nos casos de risco de morte.

Mais de 74% das violências, nos dois grupos (óbito e não óbito) ocorreram na residência, desvelando como o ambiente doméstico pode representar risco para as mulheres. Apesar desse fato, as mulheres com notificação de VPI na residência parecem estar mais protegidas do óbito do que aquelas com notificação de VPI em locais públicos. Isso pode ser devido ao fato de a exposição pública das agressões revelar um estágio mais grave e crônico de violência.

Apesar do estudo trabalhar somente com mulheres com uma notificação no período avaliado, a variável da ficha de notificação do SINAN referente à “violência crônica” apontou que esse agravo ocorreu de forma repetida em grande parte dos casos, mostrando que é necessário e urgente o desenvolvimento de ações concretas e efetivas para a prevenção desses óbitos anunciados.

A violência física e a presença de diferentes tipos de violências conjugadas em um mesmo episódio, se mostraram como fatores de risco para o óbito. De fato, outro estudo em municípios do Brasil identificou que as violências mais graves estão relacionadas à sobreposição de vários tipos de violência<sup>3</sup>.

Da mesma forma, o uso de armas de fogo, de objetos perfurocortantes e a combinação de outros meios estiveram associados a maior risco de óbito. Portanto, na abordagem policial às mulheres em situação de VPI é indispensável saber se o autor tem acesso a armas de fogo e acionar os mecanismos necessários para o cumprimento da

lei que determina a apreensão imediata de arma de fogo sob sua posse<sup>21</sup>.

Dentre as limitações do trabalho, destacaram-se aquelas relativas ao SINAN e às seleções utilizadas para o recorte deste artigo. Com relação ao SINAN, sabe-se que há subnotificação dos casos de VPI, seja pela dificuldade de identificar os casos nos atendimentos, seja pelo não registro da violência. Além disso, algumas variáveis no SINAN, como “escolaridade”, “gestante” e “violência crônica” apresentaram baixa completude, podendo interferir nos resultados e ocultar situações de vulnerabilidade. Importante destacar que as bases de dados de 2015 e 2016 do SINAN, eram preliminares, assim como a de 2017 do SIM. Portanto, no SINAN poderiam ter duplicidades que não haviam sido avaliadas pelo Ministério da Saúde na consolidação da base nacional, como feito com as bases dos anos anteriores. Esse fato influenciou a escolha por trabalhar somente com as mulheres com uma notificação no período, somado ao fato de que as pesquisadoras não tiveram acesso às bases nominais para avaliação dos pares ou grupos de mulheres. Por fim, o desempenho do modelo de regressão aplicado na amostra de treino teve sensibilidade de 72% e fu-

turas análises poderão encontrar amostras com melhor desempenho, o que também depende da melhoria da qualidade dos dados do SINAN.

### Considerações finais

Este estudo mostrou que o relacionamento das bases de dados do SIM e do SINAN é fundamental para compreender as repercussões da VPI na vida das mulheres. Sugere-se que esse tipo de relacionamento seja feito periodicamente e que inclua outras bases de dados ou mesmo outros agravos do SINAN. Outras atividades que se fazem necessárias são a melhoria da qualidade dos dados em saúde e a formação dos profissionais para atendimento humanizado e registro adequado dos casos.

A definição de melhores modelos estatísticos para a explicação do problema e até a predição podem contribuir para a atuação da vigilância em saúde em conjunto com a rede intersetorial de enfrentamento à violência contra as mulheres. Observa-se que o setor saúde tem ciência dos casos e pode desenvolver alertas para a rede de serviços no sentido da prevenção de óbitos anunciados e evitáveis.

### Colaboradores

IV Pinto trabalhou na concepção, metodologia, resultados, redação e revisão final. RTI Bernal trabalhou na metodologia, resultados e revisão final. MFM Souza trabalhou na concepção, metodologia e revisão final. DC Malta trabalhou na concepção, metodologia, resultados e revisão final.

## Referências

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* [Internet]. [acessado 20 Jan 2020]. Disponível em: <https://ods.ibge.gov.br/>
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* 2013; 382(9895):859-865.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Luderemir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5):797-807.
- Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.
- Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do inquirido de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(1):183-194.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília: MS; 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Departamento de Informática do SUS. CID-10* [Internet]. [acessado 2019 Set 3]. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Departamento de Informática do SUS* [Internet]. [acessado 2020 Jun 1]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Santos HG. *Comparação da performance de algoritmos de machine learning para análise preditiva em saúde pública e medicina* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
- R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2020.
- Del Priore M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
- Campbell J, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry MA, Gary F, Glass N, McFarlane J, Sachs C, Sharps P, Ulrich Y, Wilt AS, Manganello J, Xu X, Schollenberger J, Frye V, Laughon K. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health* 2003; 93(7):1089-1097.
- ONU Mulheres. *Diretrizes Nacionais Feminicídio. Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres*. Brasília: ONU Mulheres; 2016.
- Gollub EL, Gardner M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner homicide using National Violent Death Reporting System data. *Preventive Med* 2019; 118:216-219.
- Rafael RMR, Moura ATMS. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. *Cad Saude Pública* 2017; 33(12):e00074216.
- Johnson MP. *A typology of domestic violence*. United States of America: Northeastern University Press; 2008.
- Brancaglioni BCA, Fonseca RMGS. Intimate partner violence in adolescence: an analysis of gender and generation. *Rev Bras Enferm* 2016; 69(5):890-898.
- Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Preira VOM, Corassa FB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):E200007.
- Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4):667-676.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: MS; 2018.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.880, de 08 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para prever a apreensão de arma de fogo sob posse de agressor em casos de violência doméstica, na forma em que específica. *Diário Oficial da União*; 2019.

Artigo apresentado em 04/01/2021

Aprovado em 05/01/2021

Versão final apresentada em 07/01/2021

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

**Errata**

**p. 975**

**Onde se lê**

**ARTIGO ARTICLE**

**Leia-se**

**TEMAS LIVRES FREE THEMES**

**Revista Ciência & Saúde Coletiva 2021; 26(5):  
1991-1991.**

**ANEXO 4 – Ficha de Notificação do SINAN**

---

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 <span style="float: right;">2 - Individual</span>		2 Agravado/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>		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 2- Dia 3- Mês 4- Ano		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado			
16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica									
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 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)				
	<b>Dados Complementares</b>								
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação				
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado								
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
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 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)				
	52 Local de ocorrência		01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola		04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública		07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		
							53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
						54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

**55** Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros \_\_\_\_\_ 88-Não se aplica 99-Ignorado

**56** Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física  Tráfico de seres humanos  Intervenção legal

Psicológica/Moral  Financeira/Econômica  Outros \_\_\_\_\_

Tortura  Negligência/Abandono  Trabalho infantil \_\_\_\_\_

Sexual

**57** Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espantamento  Obj. perfuro-cortante  Arma de fogo

Enforcamento  Substância/Obj. quente  Ameaça

Obj. contundente  Envenenamento, Intoxicação  Outro \_\_\_\_\_

**58** Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual  Estupro  Pornografia infantil  Exploração sexual  Outros \_\_\_\_\_

**59** Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST  Profilaxia Hepatite B  Coleta de sêmen  Contracepção de emergência

Profilaxia HIV  Coleta de sangue  Coleta de secreção vaginal  Aborto previsto em lei

**60** Número de envolvidos 1 - Um  2 - Dois ou mais  9 - Ignorado

**61** Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai  Ex-Cônjuge  Amigos/conhecidos  Policial/agente da lei

Mãe  Namorado(a)  Desconhecido(a)

Padrasto  Ex-Namorado(a)  Cuidador(a)  Própria pessoa

Madrasta  Filho(a)  Patrão/chefe  Outros \_\_\_\_\_

Cônjuge  Irmão(ã)  Pessoa com relação institucional

**62** Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino  2 - Feminino  3 - Ambos os sexos  9 - Ignorado

**63** Suspeita de uso de álcool 1- Sim  2 - Não  9- Ignorado

**64** Ciclo de vida do provável autor da violência:

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

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)  Conselho do Idoso  Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)  Delegacia de Atendimento ao Idoso  Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras)  Centro de Referência dos Direitos Humanos  Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)  Ministério Público  Defensoria Pública

Conselho Tutelar  Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

**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** 136 **TELEFONES ÚTEIS** Central de Atendimento à Mulher 180 **Disque Direitos Humanos** 100

**Notificador** Município/Unidade de Saúde \_\_\_\_\_ Cód. da Unid. de Saúde/CNES \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_