

# 9

Estudo exploratório  
da mortalidade  
feminina por  
doenças crônicas não  
transmissíveis com  
notificação anterior  
de violência

# Sumário

Resumo	195
Introdução	195
Método	197
Resultados	201
Discussão	206
Considerações finais	209
Referências	209

## Resumo

**Introdução:** Nos últimos anos, pesquisas apontam o impacto das violências no quadro epidemiológico, bem como o crescimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Este estudo teve como objetivo comparar a mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis em mulheres de todos os grupos etários, com e sem notificação de violência.

**Método:** Estudo transversal a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Realizou-se *linkage* dos dados desses dois sistemas para identificar as mulheres em todo o curso da vida que tiveram notificação de violências e foram a óbito por DCNT.

**Resultados:** No Brasil, entre 2011 a 2016, 4.457 mulheres com notificação de violência morreram por DCNT. As taxas médias anuais de mortalidade por DCNT foram maiores em mulheres com notificações de violências em todo o curso da vida em comparação com mulheres para as quais não houve notificação. Em todas as faixas etárias, as razões mais elevadas se encontram no grupo de “desordens mentais e uso de substâncias”.

**Discussão:** Os resultados demonstram maior risco de mulheres com notificação prévia de violência morrerem por DCNT, em comparação com a população feminina geral. Tornando-se importante articular de forma integrada ações de prevenção de violência e de promoção da saúde, fortalecendo a vigilância de DANT e a atenção; a sensibilização dos profissionais de saúde para a escuta qualificada, a identificação da ocorrência de violência contra estas mulheres ao longo da vida, especialmente aquelas que procuram os serviços de saúde com mais frequência.

**Palavras-chave:** Doenças não transmissíveis. Violência. Violência contra a mulher. Mortalidade. Notificação de violências.

## Introdução

As mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas a nível global. As DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes) são responsáveis por aproximadamente 71% de todas as mortes no mundo, estimando-se 57 milhões anualmente. Desses óbitos, 13 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e a maioria em países de baixa e média renda.<sup>1</sup>

A principal causa de mortalidade por DCNT está relacionada às doenças cardiovasculares (17,9 milhões de óbitos; 44% de todas as mortes por DCNT); cânceres (9,0 milhões de mortes; 22%); doenças respiratórias crônica (3,8 milhões de mortes; 9%); e diabetes (1,6 milhão de mortes; 4%). Os adultos que vivem em países de baixa e média rendas têm quase o dobro do risco de morrer por DCNT do que os que vivem em países de alta renda.<sup>1</sup>

No Brasil as DCNT são também as principais causas de morbimortalidade e no ano de 2015 foram responsáveis por 75% dos óbitos.<sup>2</sup> Essas mortes resultaram, em sua maioria, dos quatro grupos de doenças citados anteriormente, das quais se destacam as doenças do aparelho circulatório (30%) e as neoplasias (15,6%), que também acometem principalmente os estratos mais pobres da população e os idosos.<sup>3</sup>

De acordo com o *Global Burden of Disease* (GBD), entre os anos de 1990 a 2010, observou o aumento das doenças isquêmicas do coração (34%) e cerebrovasculares (10%) entre as mulheres, sendo as duas primeiras causas de morte em 2010. A análise dos *Years of Life Lost* (YLL) mostrou aumento superior a 60% de mortes prematuras de mulheres resultantes de câncer de cólon-reto, doença renal crônica, câncer de mama e diabetes.<sup>4</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que para atender à meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de diminuir a mortalidade prematura por DCNT em 30% até 2030, os países devem reduzir fatores de risco como o uso do tabaco, dieta não saudável, falta de atividade física e uso prejudicial do álcool, bem como detecção e tratamento de doenças.<sup>1</sup>

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, cuja finalidade é desenvolver políticas públicas baseadas em evidências para o controle e a prevenção das DCNT e seus fatores de risco.<sup>3</sup>

Estudo que descreve a taxa de mortalidade por DCNT no período de 2000-2011 e as projeções do Plano de Enfrentamento das DCNT apontou que houve declínio médio de 2,5% no conjunto das quatro principais DCNT no Brasil e em todas as suas regiões, na faixa etária de 30 a 69 anos para ambos os sexos (3,3% para doenças cardiovasculares; 4,4% para doenças respiratórias crônicas; 0,9% para câncer e 1,7% para diabetes). Para os autores esta redução já no primeiro ano de monitoramento é positiva para que o Plano alcance a meta proposta de redução de 2% ao ano na mortalidade em decorrência dessas quatro DCNT.<sup>5</sup>

O impacto da violência no desenvolvimento de doenças crônicas tem sido demonstrado em estudos.<sup>6,7</sup> Contudo, essa relação ainda apresenta uma lacuna do conhecimento, sendo necessário buscar mais evidências sobre sua existência e os mecanismos de ocorrência.

De acordo com a OMS, existe uma forte relação da violência entre parceiros íntimos (VPI) e múltiplos problemas de saúde, entre os quais se destacam a infecção por HIV, doenças sexualmente transmissíveis, aborto induzido, baixo peso ao nascer, nascimentos prematuros, restrição de crescimento intrauterino, deficiência nutricional, dor abdominal e outros problemas gastrointestinais, distúrbios neurológicos, dor crônica, doenças não transmissíveis como hipertensão, câncer e doenças cardiovasculares, deficiência, uso de álcool, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão, suicídio e mortes por homicídio.<sup>8</sup>

A violência contra mulheres tem múltiplas expressões, mas, sobretudo a perpetrada por parceiro íntimo, vem sendo associada a um maior risco direto e indireto de desenvolverem doenças crônicas, como as doenças cardiovasculares,<sup>9-11</sup> gastrointestinais,<sup>12,13</sup> câncer,<sup>13-15</sup> doenças respiratórias,<sup>6,10</sup> artrite,<sup>10</sup> doenças mentais como depressão, ansiedade e ideação

suicida,<sup>6,10</sup> comportamentos de risco à saúde para HIV, uso de bebida alcoólica, tabaco, *cannabis*, uso de sedativos não prescritos e analgésicos.<sup>6,16,17</sup>

A relação entre os eventos estressantes e traumáticos, como situações de violência, acidentes e desastres e as DCNT ainda não estão bem descritos. No entanto, acredita-se que essa relação ocorre de modo direto e indireto. Diretamente, podem gerar desregulação em diversos sistemas do organismo humano, incluindo o sistema neuroendócrino, imune, metabólico e cardiovascular, mesmo na ausência de problemas psicológicos; e de forma indireta, pelo aumento da adoção de comportamentos de risco à saúde.<sup>18</sup>

Destaca-se que em 2006 foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Esse sistema apresenta dois componentes: a) vigilância contínua de violência interpessoal e autoprovocada e b) vigilância sentinela por meio de inquéritos sobre atendimentos por violências e acidentes em emergências hospitalares. A Vigilância Contínua (Componente I) tem como objetivo descrever o perfil dos atendimentos por violências (doméstica, sexual e/ou outras violências) nos serviços de saúde, caracterizando o perfil das vítimas, o tipo e o local das violências, o perfil do provável autor(a) de agressão, entre outros; além de articular e integrar com a “Rede de Atenção e de Proteção Social às Vítimas de Violências”, garantindo-se assim a atenção integral e humanizada, a proteção e garantia de direitos humanos. Para a obtenção dessas informações é utilizada a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, cujos dados são digitados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) com objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, das três esferas de governo, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

As notificações de violências registradas pelo Sinan, em 2015, foi de 67,1% entre o sexo feminino.<sup>19</sup> A exposição a diferentes formas de violência apresenta-se como risco significativo para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, podendo também gerar transtornos mentais e outros problemas crônicos de saúde, contribuindo de modo relevante para a sua morbidade e mortalidade.<sup>8</sup>

O objetivo deste estudo é comparar a mortalidade proporcional por DCNT em mulheres de todos os grupos etários, com e sem notificação de violência. Além disso, também se busca caracterizar o perfil de mulheres com notificação de violência e que morreram por DCNT, bem como o perfil das ocorrências.

## Método

Trata-se de estudo transversal realizado a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Foram consideradas as pessoas do sexo feminino nas seguintes etapas do ciclo de vida: criança e adolescente (0 a 14), adolescente e jovem (15 a 29), adulta (30 a 59), e idosa de 60 a 79 anos e de 80 ou mais.

Os dados das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas foram obtidos do Sinan, a partir das Fichas de Notificação Individual, no período de 2011 a 2016. Esse recorte temporal ocorreu em virtude do início da obrigatoriedade da notificação de violência em todos os serviços de saúde públicos e privados do País a partir de 2011. Nesse período, foram registradas 812.157 notificações de violências (todos os tipos) contra mulheres de todas as idades. Destaca-se que as bases de dados dos anos de 2015 e 2016 utilizadas nesse estudo não passaram pelo processo de exclusão de duplicidades.

Os dados de mortalidade foram obtidos pelo SIM, que tem como fonte a Declaração de Óbito (DO), entre 2011 e 2016. Nesse período, ocorreram 3.196.446 óbitos por todas as causas em mulheres de todas as idades.

Para identificar as mulheres com notificação de violências que foram a óbito por todos os tipos de causa básica foi realizada a técnica de *linkage* ou relacionamento de dados entre o SIM e o Sinan.

O relacionamento das bases de dados foi realizado por meio da técnica dos Filtros de Bloom,<sup>20</sup> mediante o pareamento das variáveis: nome da paciente, data de nascimento e município de residência. Foram selecionados os pares com escore entre 10.000 e 9.000 pontos, resultando em 24.601 pares. Eles foram avaliados conforme processo descrito a seguir e fluxograma apresentado na Figura 1. Os 11.637 pares com escore máximo de 10.000 pontos foram considerados verdadeiros.

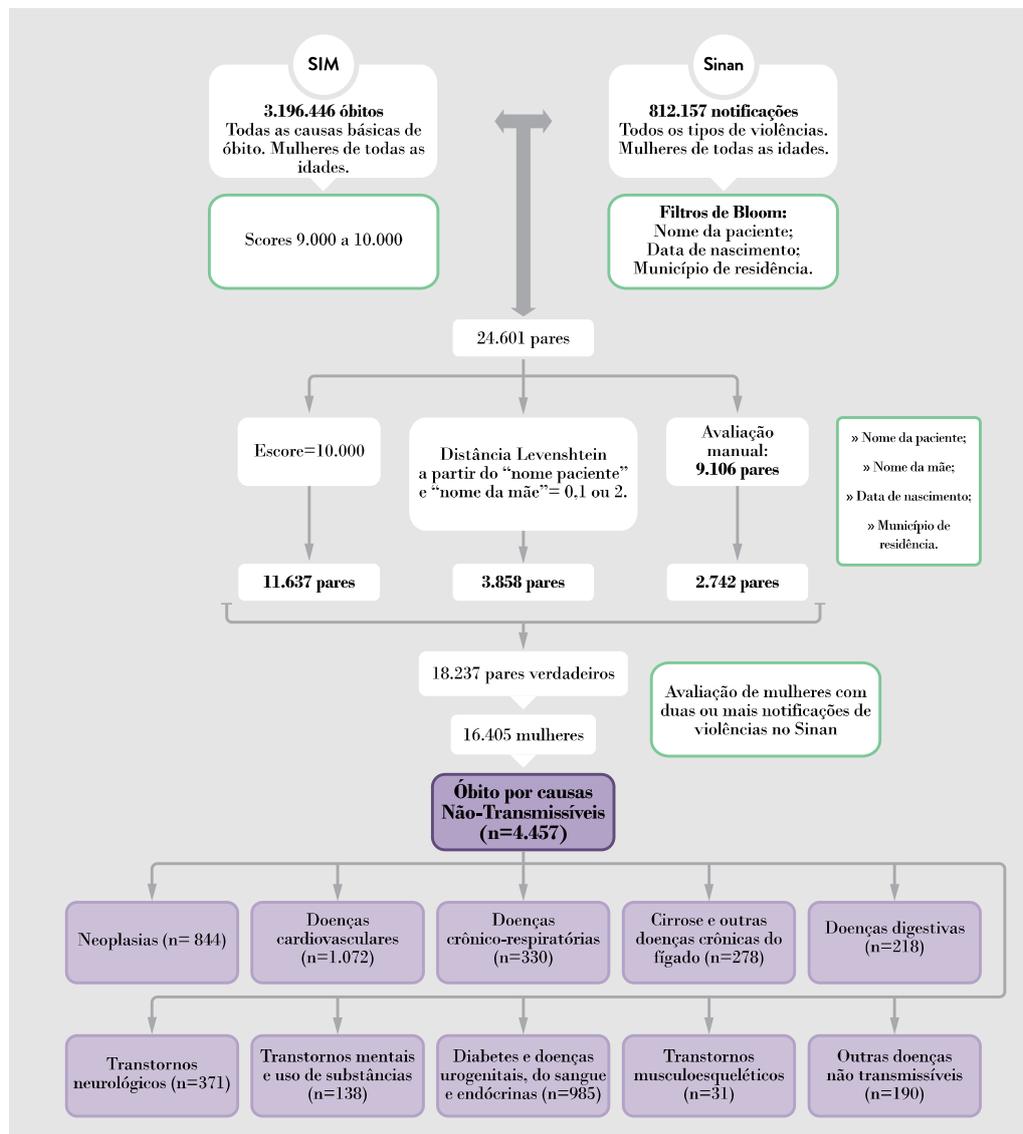
Os 12.964 pares, com escore entre 9.999 e 9.000, passaram por um processo de validação em duas etapas. Na primeira foram utilizadas as variáveis “nome da paciente” e “nome da mãe”, a partir da distância Levenshtein.<sup>i</sup> Foram considerados verdadeiros 3.858 pares com distância de 0 a 2 em ambas variáveis. Na segunda etapa foram avaliados manualmente os 9.106 pares restantes por meio das seguintes variáveis: nome da paciente, nome da mãe, data de nascimento e município de residência.

Para validação manual dos pares, foi construído documento orientador e consideraram-se as seguintes variáveis no SIM e no Sinan, nesta ordem de importância: “nome da paciente”, “nome da mãe”, “data de nascimento” e “município de residência”. Como as duas primeiras variáveis são campos abertos, podem ocorrer erros de escrita ou digitação. Por isso, pequenas variações no “nome da paciente” e “nome da mãe” foram aceitas, desde que mantivessem a mesma fonética. Quando o nome da mãe não estava disponível em uma das duas bases de dados, procedeu-se à avaliação das datas de nascimento e município de residência. Os pares considerados “dúvidas” foram reavaliados por uma dupla de técnicas responsável pela condução desse processo. Após essa etapa, 2.742 pares foram considerados verdadeiros.

Ao final, 18.237 pares foram considerados verdadeiros. Observou-se que 14.943 pessoas do sexo feminino tiveram uma notificação de violência e 1.462 tiveram duas ou mais. Dessa forma, 16.405 delas foram a óbito no período considerado (Figura 1).

<sup>i</sup> Indicador que mede a diferença entre duas sequências de caracteres, que no caso do estudo refere-se à diferença entre o nome da paciente no SIM e no Sinan e o nome da mãe da paciente no SIM e no Sinan. Quanto menor a diferença, maior a probabilidade de serem as mesmas pessoas.

**Figura 1** – Fluxograma do *linkage* realizado a partir dos dados do Sinan e do SIM e distribuição dos óbitos por causas não transmissíveis – Brasil, 2011 a 2016



Fonte: Ministério da Saúde (MS).

Para realizar as análises epidemiológicas dos dados resultantes do *linkage*, as causas de óbito foram agrupadas em dois níveis hierárquicos como proposto pelo *Global Burden of Disease* (GBD).<sup>21</sup> No primeiro nível as causas são classificadas em três grupos: (i) transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais; (ii) não transmissíveis; e (iii) causas externas. Este estudo considerou as causas básicas de óbito por doenças não transmissíveis, até o segundo nível de classificação, quais sejam: neoplasias; doenças cardiovasculares;

doenças crônico-respiratórias; cirrose e outras doenças crônicas do fígado; doenças digestivas; transtornos neurológicos; transtornos neurológicos e uso de substâncias; diabetes e doenças urogenitais, do sangue e endócrinas; transtornos musculoesqueléticos; e outras doenças não transmissíveis. Portanto, foram incluídas todas as DCNT e não somente as causas consideradas nas metas dos Planos de DCNT. (Figura 1). Destaca-se que as causas básicas consideradas como Códigos *Garbage*<sup>ii</sup> não foram utilizados neste estudo.<sup>22</sup>

Este estudo incluiu somente os óbitos cujas causas básicas se enquadraram no grupo de DCNT, até o segundo nível de classificação (Figura 1). Analisaram-se os dados socioeconômicos das mulheres com notificação de violência e óbito por DCNT, nas cinco etapas do ciclo de vida, segundo as variáveis coletadas do SIM no período de 2011 a 2016: raça/cor, escolaridade, estado civil e porte do município de residência.

Descreveram-se as notificações de violência registradas no Sinan, no período de 2011 a 2016, contra mulheres de todas as idades que tiveram óbito por DCNT, nas cinco fases do ciclo de vida, segundo características dos eventos e dos prováveis autores: violência de repetição, local de ocorrência, lesão autoprovocada, tipo de violência, meio de agressão, provável autor da violência e suspeita de uso de álcool pelo agressor.

Para calcular a taxa média anual de mortalidade por causas não transmissíveis em mulheres de todas as idades sem notificação de violência, entre 2011 e 2016, foram considerados todos os óbitos por DCNT no período, menos os óbitos encontrados no *linkage*, dividido pelo total da população de mulheres no período,<sup>iii</sup> menos o total de mulheres com notificação no Sinan. Para calcular a taxa de mortalidade por DCNT nas mulheres com notificação de violências foram considerados todos os óbitos por DCNT encontrados no *linkage*, dividido pelo total de mulheres com notificações de violências no Sinan, no período de 2011 a 2016. A unidade de análise original dele refere-se ao número de notificações. No entanto, sabe-se que uma mesma mulher pode ter uma ou mais notificações no período. Neste estudo, a fim de considerar o número de pessoas do sexo feminino notificadas, aplicou-se uma redução de 10% no número de notificações em cada faixa etária. Esse mesmo percentual foi observado no resultado do *linkage*, em que o número de mulheres com notificação de violência foi 10% menor que o número de notificações.

Por fim, calculou-se a razão das taxas de mortalidades por DCNT, considerando no numerador a taxa de mortalidade por DCNT das pessoas do sexo feminino com notificação de violências e no denominador a taxa de mortalidade por DCNT na população feminina sem notificação de violências.

<sup>ii</sup> Códigos *Garbage* são as causas de óbito que não são úteis para as análises em saúde pública e sobre mortalidade porque não permitem identificar adequadamente ações para prevenção e controle de doenças e agravos de saúde (Ishitani et al., 2017).

<sup>iii</sup> As populações utilizadas para esse cálculo foram obtidas da Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e grupos de idade para 2000-2030, disponível no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

## Resultados

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas das 4.457 mulheres que tiveram notificação de violência e foram a óbito em virtude de doenças não transmissíveis no período de 2011 a 2016, segundo faixa etária. Verifica-se que 32,6% tinham entre 30 e 59 anos, 32,1% entre 60 e 79 anos e 26,5%, 80 anos ou mais. As faixas mais jovens corresponderam a menos de 4% cada. Predomina a cor da pele preta/parda na faixa mais jovem (0 a 14 anos), e a cor da pele branca ganha destaque, perfazendo 63,7% e 65,8% entre aquelas de 60 a 79 anos e 80 anos e mais, respectivamente.

Quanto à escolaridade, verifica-se que 25,7% do total de mulheres foram classificadas como “sem escolaridade”, dessas 40% são idosas. Entre adolescentes e jovens encontra-se o maior percentual (36,7%) de mulheres com escolaridade média ou superior. No que se refere ao estado civil, as solteiras predominam até os 59 anos e nos grupos de idosas as viúvas. No grupo de 30 a 59 anos encontra-se o maior percentual de casadas (34,1%). É importante ressaltar a existência de elevados percentuais de dados faltosos para as variáveis escolaridade e estado civil (26,6% e 39,9%, respectivamente), o que indica problemas no preenchimento dos dados.

A maior parte dos óbitos (66,6%) ocorreu em residentes de municípios com mais de 100 mil habitantes. Entretanto, chama atenção que 23,0% incidiram em mulheres que residiam em municípios com populações menores que 50 mil habitantes.

**Tabela 1** – Características das mulheres que tiveram notificação de violências e óbito por DCNT, segundo faixa etária – Brasil, 2011 a 2016

Características	Crianças e Adolescentes (0 a 14 anos)		Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)		Adultas (30 a 59 anos)		Idosas I (60 a 79 anos)		Idosas II (80 anos ou mais)		Total	
	n=184		n=209		n=1.450		n=1.432		n=1.182		n=4.457	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Raça/Cor</b>												
Branca	76	43,4	103	50,5	696	49,6	874	63,7	758	65,8	2.507	58,2
Negra (parda+preta)	94	53,7	98	48,0	696	49,6	492	35,9	387	33,6	1.767	41,0
Amarela	0	-	1	0,5	5	0,4	3	0,2	5	0,4	14	0,3
Indígena	5	2,9	2	1,0	7	0,5	3	0,2	2	0,2	19	0,4
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>	<b>204</b>	<b>100,0</b>	<b>1.404</b>	<b>100,0</b>	<b>1.372</b>	<b>100,0</b>	<b>1.152</b>	<b>100,0</b>	<b>4.307</b>	<b>100,0</b>
<b>Escolaridade</b>												
Sem escolaridade	18	39,1	7	4,4	141	12,8	318	29,6	357	40,0	841	25,7
Fundamental I	15	32,6	26	16,5	422	38,3	500	46,6	375	42,0	1.338	40,9
Fundamental II	13	28,3	67	42,4	331	30,0	147	13,7	96	10,8	654	20,0
Médio	0	-	46	29,1	163	14,8	67	6,2	42	4,7	318	9,7
Superior Incompleto	0	-	7	4,4	12	1,1	4	0,4	4	0,4	27	0,8
Superior Completo	0	-	5	3,2	34	3,1	37	3,4	18	2,0	94	2,9
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>	<b>1.103</b>	<b>100,0</b>	<b>1.073</b>	<b>100,0</b>	<b>892</b>	<b>100,0</b>	<b>3.272</b>	<b>100,0</b>

continua

conclusão

Características	Crianças e Adolescentes (0 a 14 anos)		Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)		Adultas (30 a 59 anos)		Idosas I (60 a 79 anos)		Idosas II (80 anos ou mais)		Total	
	n=184		n=209		n=1.450		n=1.432		n=1.182		n=4.457	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Estado civil</b>												
Solteira	39	97,5	114	85,7	427	48,2	224	25,5	149	20,1	953	35,6
Casada ou união estável	1	2,5	13	9,8	302	34,1	220	25,1	78	10,5	614	22,9
Viúva	0	-	2	1,5	55	6,2	355	40,5	464	62,5	876	32,7
Separada	0	-	4	3,0	101	11,4	78	8,9	51	6,9	234	8,7
<b>Total<sup>(a)</sup></b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	<b>885</b>	<b>100,0</b>	<b>877</b>	<b>100,0</b>	<b>742</b>	<b>100,0</b>	<b>2.677</b>	<b>100,0</b>
<b>Porte do município de residência (habitantes)</b>												
até 10.000	6	3,3	11	5,3	102	7,0	84	5,9	61	5,2	264	5,9
10.001 a 50.000	32	17,4	40	19,1	286	19,7	240	16,8	164	13,9	762	17,1
50.001 a 100.000	26	14,1	24	11,5	198	13,7	123	8,6	90	7,6	461	10,4
100.001 a 500.000	53	28,8	59	28,2	475	32,8	446	31,2	338	28,6	1.371	30,8
Mais de 500.001	67	36,4	75	35,9	388	26,8	537	37,6	529	44,8	1.596	35,8
<b>Total<sup>(a)</sup></b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>	<b>1.449</b>	<b>100,0</b>	<b>1.430</b>	<b>100,0</b>	<b>1.182</b>	<b>100,0</b>	<b>4.454</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SIM/MS.

<sup>(a)</sup> O total exclui valores ignorados ou em branco.

Na Tabela 2 são apresentadas as características das notificações de violências contra as mulheres que foram a óbito por DCNT no período de 2011 a 2016, segundo faixa etária. O percentual das notificações de violência de repetição variou de 50,0% entre crianças e adolescentes a 71,0% entre as idosas. Verifica-se para esta variável um crescimento linear com o incremento da idade. Destaca-se, contudo, que esta variável apresenta problemas em seu preenchimento, com 35,5% de dados faltosos. A residência é o principal local de ocorrência das violências, perfazendo aproximadamente 85,1% das notificações. A categoria via pública ganha visibilidade na faixa de 15 a 29 anos (18,8%).

Das notificações realizadas no período de análise, 12,5% referiam-se à lesão autoprovocada. Contudo, a análise segundo faixa etária mostra que este percentual quase dobra quando se trata do grupo entre 15 a 59 anos, demonstrando maior vulnerabilidade desse grupo.

A análise quanto ao tipo de violência demonstra que a negligência é mais comum entre crianças/adolescentes (56,6%) e idosas de ambas as faixas etárias (34,4% e 46,2%, respectivamente). A violência física predomina entre adolescentes/jovens (52,0%) e adultas (53,4%). Destaca-se a violência sexual (15,9%) em crianças/adolescentes. O uso da força corporal/espancamento e as ameaças constituem os principais meios de violências sofridas por elas. Chama a atenção o fato de que para as crianças e para as idosas a categoria “outros meios” são mais prevalentes.

**Tabela 2** – Características das violências notificadas contra mulheres que foram a óbito por DCNT, segundo faixa etária – Brasil, 2011 a 2016

Características	Crianças e Adolescentes (0 a 14 anos)		Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)		Adultas (30 a 59 anos)		Idosas I (60 a 79 anos)		Idosas II (80 anos ou mais)		Total	
	n=184		n=209		n=1.450		n=1.432		n=1.182		n=4.457	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Violência de repetição</b>												
Sim	40	50,0	78	52,0	630	60,9	642	69,0	485	71,0	1.875	65,2
Não	40	50,0	72	48,0	404	39,1	288	31,0	198	29,0	1.002	34,8
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>	<b>1.034</b>	<b>100,0</b>	<b>930</b>	<b>100,0</b>	<b>683</b>	<b>100,0</b>	<b>2.877</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de ocorrência da violência</b>												
Residência	93	62,4	114	64,8	1.057	83,5	1.177	89,3	959	88,5	3.400	85,1
Via pública	1	0,7	33	18,8	130	10,3	38	2,9	15	1,4	217	5,4
Outros locais <sup>(ii)</sup>	55	36,9	29	16,5	79	6,2	103	7,8	110	10,1	376	9,4
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>149</b>	<b>100,0</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>1.266</b>	<b>100,0</b>	<b>1.318</b>	<b>100,0</b>	<b>1.084</b>	<b>100,0</b>	<b>3.993</b>	<b>100,0</b>
<b>Lesão Autoprovocada</b>												
Sim	1	0,6	40	22,0	281	22,4	109	9,3	36	3,8	467	12,5
Não	171	99,4	142	78,0	976	77,6	1.059	90,7	909	96,2	3.257	87,5
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>172</b>	<b>100,0</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>	<b>1.257</b>	<b>100,0</b>	<b>1.168</b>	<b>100,0</b>	<b>945</b>	<b>100,0</b>	<b>3.724</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de violência<sup>(iii)</sup></b>												
Física	34	15,0	141	52,0	1.078	53,4	609	29,0	375	22,0	2.237	35,4
Negligência	128	56,6	24	8,9	124	6,1	724	34,4	788	46,2	1.788	28,3
Psicológica	20	8,8	46	17,0	466	23,1	431	20,5	292	17,1	1.255	19,8
Sexual	36	15,9	25	9,2	104	5,1	40	1,9	24	1,4	229	3,6
Outros tipos <sup>(iv)</sup>	8	3,5	35	12,9	248	12,3	299	14,2	228	13,4	818	12,9
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>226</b>	<b>100,0</b>	<b>271</b>	<b>100,0</b>	<b>2.020</b>	<b>100,0</b>	<b>2.103</b>	<b>100,0</b>	<b>1.707</b>	<b>100,0</b>	<b>6.327</b>	<b>100,0</b>
<b>Meio de agressão<sup>(iii)</sup></b>												
Força corporal/ espancamento	22	25,0	104	43,3	815	48,8	467	39,6	236	29,6	1.644	41,4
Ameaça	6	6,8	34	14,2	268	16,0	213	18,1	118	14,8	639	16,1
Objeto perfurocortante	-	-	16	6,7	116	6,9	38	3,2	14	1,8	184	4,6
Envenenamento	2	2,3	23	9,6	141	8,4	45	3,8	3	0,4	214	5,4
Objeto contundente	1	1,1	8	3,3	85	5,1	43	3,6	15	1,9	152	3,8
Enforcamento	-	-	8	3,3	51	3,1	25	2,1	15	1,9	99	2,5
Arma de fogo	-	-	7	2,9	20	1,2	5	0,4	1	0,1	33	0,8
Objeto/substância quente	-	-	3	1,3	12	0,7	8	0,7	5	0,6	28	0,7
Outros meios	57	64,8	37	15,4	163	9,8	336	28,5	389	48,9	982	24,7
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>240</b>	<b>100,0</b>	<b>1.671</b>	<b>100,0</b>	<b>1.180</b>	<b>100,0</b>	<b>796</b>	<b>100,0</b>	<b>3.975</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sinan/MS.

<sup>(i)</sup> O total exclui valores ignorados ou em branco.

<sup>(ii)</sup> Outros locais incluem: habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústria/construção e outros locais não especificados.

<sup>(iii)</sup> Variável que permite múltipla escolha.

<sup>(iv)</sup> Outros tipos incluem: tortura, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, trabalho infantil, intervenção legal e outros tipos não especificados.

Na Tabela 3, verifica-se o percentual elevado de violências praticadas por familiares, principalmente entre as crianças/adolescentes (81,9%) e idosas de ambas as faixas etárias (49,0% e 53,4%, respectivamente). Nas faixas etárias intermediárias (entre 15 a 59 anos) o parceiro íntimo aparece como o autor mais frequente da violência. No grupo de idosas acima de 80 anos, também chama a atenção o fato de 22,1% das violências terem sido cometidas por pessoas com outros vínculos. A violência praticada pela própria pessoa foi elevada em todas as faixas etárias, com exceção das crianças (1,0%), com destaque especial para adolescentes/jovens (18,1%). Os percentuais de preenchimento dos campos relativos à lesão autoprovocada e violência praticada pela própria pessoa não foram semelhantes, principalmente no grupo das adultas que apresentaram a maior diferença percentual (variação de 4,7%, o que evidencia fragilidades no adequado preenchimento da ficha.

A suspeita de uso de álcool pelo agressor apresenta alta frequência com 38,4% no total, sendo mais importante nas faixas intermediárias.

**Tabela 3** – Características do provável autor das violências notificadas contra mulheres que foram a óbito por doenças não transmissíveis, segundo faixa etária – Brasil, 2011 a 2016

Características	Crianças e Adolescentes (0 a 14 anos)		Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)		Adultas (30 a 59 anos)		Idosas I (60 a 79 anos)		Idosas II (80 anos ou mais)		Total	
	n=184		n=209		n=1.450		n=1.432		n=1.182		n=4.457	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Vínculo do provável autor(a) da violência<sup>(i)</sup></b>												
Familiares <sup>(iii)</sup>	172	81,9	46	23,1	237	17,8	712	49,0	638	53,4	1.805	41,1
Parceiros íntimos <sup>(iv)</sup>	2	1,0	64	32,2	549	41,2	173	11,9	49	4,1	837	19,1
Amigos/conhecidos <sup>(v)</sup>	12	5,7	20	10,1	110	8,2	166	11,4	162	13,6	470	10,7
Própria pessoa	2	1,0	36	18,1	236	17,7	110	7,6	54	4,5	438	10,0
Desconhecidos	5	2,4	23	11,6	110	8,2	54	3,7	27	2,3	219	5,0
Outros vínculos <sup>(vi)</sup>	17	8,1	10	5,0	92	6,9	237	16,3	264	22,1	620	14,1
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>210</b>	<b>100,0</b>	<b>199</b>	<b>100,0</b>	<b>1.334</b>	<b>100,0</b>	<b>1.452</b>	<b>100,0</b>	<b>1.194</b>	<b>100,0</b>	<b>4.389</b>	<b>100,0</b>
<b>Suspeita de uso de álcool pelo agressor</b>												
Sim	19	24,1	57	45,6	540	55,6	292	33,6	141	20,6	1.049	38,4
Não	60	75,9	68	54,4	431	44,4	576	66,4	545	79,4	1.680	61,6
<b>Total<sup>(i)</sup></b>	<b>79</b>	<b>100,0</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>	<b>971</b>	<b>100,0</b>	<b>868</b>	<b>100,0</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>2.729</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Sinan/MS.

<sup>(i)</sup> O total exclui valores ignorados ou em branco.

<sup>(ii)</sup> Variável que permite múltipla escolha.

<sup>(iii)</sup> Categoria "Familiares" incluiu pai, mãe, padrasto, madrasta, irmão(ã) e filho(a).

<sup>(iv)</sup> Categoria "Parceiros íntimos" incluiu cônjuge, ex-cônjuge, namorado(a) e ex-namorado(a).

<sup>(v)</sup> Categoria "Amigos/conhecidos" incluiu amigos/conhecidos, cuidadores, patrão/chefe.

<sup>(vi)</sup> Categoria "Outros vínculos" incluiu: pessoa com relação institucional, policial/agente da lei e outros vínculos não especificados.

A razão de mortalidade por DCNT entre as pessoas do sexo feminino que tiveram notificação de violência em relação àquelas que não tiveram notificações é apresentada na Tabela 4. Verifica-se que em todas as faixas etárias, as razões mais elevadas encontram-se no grupo de “desordens mentais e uso de substâncias,” especialmente naquelas com idade até 59 anos. Quando se analisa este dado segundo as fases do ciclo de vida, algumas diferenças são observadas. Nas crianças e adolescentes (0 a 14 anos) também ganham destaque as “doenças digestivas,” as “doenças crônicas do fígado” e as “desordens musculoesqueléticas,” com razões ligeiramente acima de 10. Entre adolescentes e jovens (15 a 29 anos) sobressaem “cirrose e outras doenças crônicas do fígado” e “doenças respiratórias.” A “cirrose e outras doenças crônicas do fígado” também exibem razões elevadas na faixa das adultas (30 a 59 anos). Outro grupo que ganha destaque nessa faixa é o das “desordens neurológicas.” Entre as idosas com 60 a 79 anos observam-se razões mais elevadas para os seguintes grupos de doenças: “outras doenças não transmissíveis” e “desordens neurológicas,” além, das “desordens mentais e uso de substâncias” que exibiram as maiores razões em todos os cursos de vida. Por fim, nas idosas com 80 anos ou mais verificam-se para quase todos os grupos de doenças razões mais baixas ao comparadas com as demais faixas. Assim como para as idosas com 60 a 79 anos, razões mais elevadas para as outras doenças não transmissíveis e para as desordens neurológicas foram observadas.

**Tabela 4** – Razão de mortalidade por DCNT e IC 95% nas mulheres com notificação de violências e na população de mulheres sem notificação, segundo faixa etária – Brasil, 2011 a 2016

Causa do óbito	Crianças (0 a 14 anos)	Adolescentes e Jovens (15 a 29 anos)	Adultas (30 a 59 anos)	Idosas I (60 a 79 anos)	Idosas II (80 anos ou mais)
Óbito por causas não transmissíveis	4,28 (3,74-4,91)	4,67 (3,93-5,54)	3,58 (3,38-3,78)	4,81 (4,71-4,9)	3,22 (3,18-3,25)
Neoplasias	6,56 (4,56-9,51)	2,74 (2,04-3,78)	2,02 (1,83-2,21)	2,88 (2,77-2,99)	2,26 (2,2-2,32)
Doenças cardiovasculares	8,01 (4,1-18,69)	5,71 (3,81-9,17)	3,31 (2,95-3,7)	4,17 (4,01-4,32)	2,56 (2,51-2,61)
Doenças crônicas respiratórias	9,54 (3,41-27,82)	7,93 (2,93-32,05)	4,30 (3,2-5,77)	6,22 (5,79-6,68)	2,82 (2,72-2,91)
Cirrose e outras doenças crônicas do fígado	10,99 (3,22-52,82)	11,92 (5,1-32,87)	11,92 (9,14-15,56)	6,16 (5,42-7,04)	3,95 (3,56-4,37)
Doenças digestivas	11,31 (4,88-27,2)	3,84 (1,8-8,34)	5,49 (4,15-7,34)	3,77 (3,41-4,17)	3,07 (2,93-3,21)
Desordens neurológicas	7,45 (3,15-18,31)	5,60 (2,56-13,52)	6,38 (4,15-10,53)	11,87 (10,62-13,26)	4,75 (4,61-4,89)
Desordens mentais e uso de substâncias	26,12 (2,84-749,9)	32,53 (9,33-294,69)	30,19 (17,38-54,43)	14,80 (8,82-27,01)	12,96 (3,25-113,01)
Diabetes e doenças urogenitais, do sangue e endócrinas	9,78 (6,06-16,55)	4,21 (2,77-6,43)	4,01 (3,45-4,67)	6,71 (6,41-7,02)	3,77 (3,69-3,85)
Desordens musculoesqueléticas	10,01 (2,15-79,98)	2,76 (1,27-5,84)	1,38 (0,76-2,7)	5,00 (3,7-6,87)	4,14 (3,53-4,89)
Outras doenças não transmissíveis	2,28 (1,91-2,74)	5,37 (2,56-13,52)	3,16 (1,81-5,84)	12,16 (10,06-14,83)	9,13 (8,5-9,8)

Fonte: Sinan/MS e SIM/MS.

## Discussão

Este estudo exploratório aborda um tema instigante ainda muito pouco investigado no Brasil: a provável relação das experiências de violência e o desenvolvimento de DCNT.

A análise descritiva identificou que as principais vítimas de violência são as mulheres adultas (30 a 59 anos), com cor da pele preta/parda e com baixa escolaridade, como apontado por vários estudos.<sup>19,23-25</sup> Observou-se, ainda, que as mulheres mais idosas (80 anos ou mais) também são alvos frequentes das violências e, nesse grupo, as mulheres brancas, viúvas e com pouca escolaridade se destacam.

Quanto aos eventos violentos notificados, observaram-se que sobressaem as violências física, psicológica e sexual, praticados na sua maioria, por familiares/conhecidos/amigos e especialmente pelo companheiro nas próprias residências, tal como verificado por Souto e colaboradores.<sup>23</sup> A análise também mostra a importância das negligências na vida de crianças e de idosos.

Outro ponto que chama atenção é o elevado percentual de casos classificados como violência de repetição, revelando a cronicidade da violência e a necessidade de medidas de intervenção e de proteção para esse grupo. Esses percentuais superaram os 50% em todas as faixas, mesmo que 35% das notificações não tenham informações para esta variável, o que indica a necessidade de melhoria da qualidade dos registros. A violência intrafamiliar afeta mais as jovens/adolescentes e as idosas, enquanto as mulheres adultas sofrem mais violência de seus parceiros íntimos, conforme vem sendo evidenciado por outros estudos.<sup>19,23,26,27</sup>

A literatura tem chamado atenção para os impactos da violência na saúde física e mental das pessoas que a vivenciam. A violência intrafamiliar repercute na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida, e está associada a transtornos e problemas mentais, como depressão, transtorno do estresse pós-traumático, tentativa e ideação suicida, automutilação, exposição a situações de risco, consumo de substâncias psicoativas, queixas vagas como cefaleia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. Consideram-se que os efeitos da violência são de curto, médio e longo prazos.<sup>6,10,16,17,27-30</sup> Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis, como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada.<sup>31-34</sup>

De forma semelhante, Plichta<sup>35</sup> mostra associações da violência com efeitos imediatos como lesões e traumas que levam aos serviços de emergência, tanto quanto efeitos indiretos e de longo prazo, como as dores crônicas, problemas gastrointestinais, fibromialgias, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias de repetição, problemas com menstruação e disfunções sexuais, entre outras. No mesmo estudo, ainda chama a atenção o comprometimento da saúde mental destas usuárias.<sup>35</sup> As mulheres que sofreram violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a desenvolver distúrbios relacionados ao álcool e 2,6 vezes mais propensas a sofrer de depressão ou ansiedade.<sup>8</sup> Portanto, a violência

gera consequências graves, como adoecimento, sequelas e mortes para os indivíduos, comunidades e sociedade.<sup>23,36</sup>

Estudo sobre carga de doença no Brasil mostrou que entre as mulheres as nove principais causas de anos de vida vividos com incapacidades/limitações (YLD) em 2010 foram: depressão maior, dor lombar, ansiedade, outras doenças osteomusculares, dor no pescoço, enxaqueca, asma, osteoartrite, diabetes e doenças pulmonares obstrutivas crônicas. A carga de doenças representada pela perda da saúde pelos anos vividos com incapacidades e limitações mostra a relevância dos transtornos mentais e das dores lombares.<sup>4</sup>

Ainda segundo o referido estudo, para as mulheres, as cinco principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALYs*) foram depressão maior, doença isquêmica do coração, dor lombar, doença cerebrovascular e diabetes. Os principais fatores de risco foram: dieta inadequada, pressão arterial elevada, alto índice de massa corporal (IMC), seguidos por glicemia em jejum alterada, tabagismo e atividade física insuficiente e em nono lugar, a violência doméstica.

O presente estudo mostrou que o grupo com notificação de violência apresentou razão de mortalidade maior do que o grupo sem notificação, em relação a todas as DCNT, mas com especial destaque para os “transtornos mentais e uso de substâncias.” Isso demonstra que a relação aventada entre violência e problemas mentais, assim como violência e uso de substâncias nos estudos de morbidade, parece ser consistente também na relação da violência com a mortalidade por esse grupo de causas. Dependendo da faixa etária analisada, outros grupos de doenças também chamam a atenção. Assim, nas crianças destacam-se as doenças musculoesqueléticas, nas mulheres adultas a cirrose e as doenças do fígado. Já para as idosas, as desordens neurológicas também ganham importância.

Experiências de violência ao longo da vida, sobretudo, quando de caráter crônico desempenham importante papel no desenvolvimento de doenças físicas e mentais na população. Os impactos da violência não se restringem às consequências diretas e imediatas, deixam também marcas profundas que se fazem reconhecer ao longo da vida, podendo, inclusive, contribuir para processos de adoecimento e para uma morte prematura.

A violência que atinge a população feminina durante a infância, nas relações entre parceiros íntimos, e a violência sexual não conjugal representam um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Dados da OMS indicam que quase um quarto dos adultos (23%) sofreu abuso físico quando crianças. A violência durante a infância é uma preocupação relevante, pois gera impactos na saúde ao longo da vida, no bem-estar das crianças, famílias, comunidades e nações.<sup>1</sup> As experiências adversas na fase inicial da vida estão sendo associadas a uma série de doenças crônicas como doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, problemas cardíacos, câncer e diabetes.<sup>37,38</sup>

Estimativas globais indicam que 35% das mulheres sofreram violência física ou sexual do parceiro íntimo ou violência sexual por pessoa distinta do parceiro. Quase 30% de todas as mulheres que mantiveram uma relação íntima foram vítimas de violência física e/ou sexual por parte do companheiro e 38% do número total de homicídios femininos estiveram relacionados à violência conjugal.<sup>8</sup> As mulheres estão mais propensas a reportarem situações

de violência no âmbito das relações íntimas e também de serem vítimas de formas mais severas de violência.<sup>9</sup> Ainda, de acordo com Santaularia et al,<sup>6</sup> a violência sexual, que atinge principalmente as mulheres mais jovens, pode vir a desencadear problemas crônicos de saúde no futuro.

Destaca-se ainda a violência comunitária, expressa nos conflitos armados, tráfico de drogas, assaltos, sequestros e homicídios, afeta as condições de vida de crianças e mulheres, sobretudo as que vivem em áreas mais empobrecidas das cidades.<sup>9</sup>

De acordo com estudo multicêntrico conduzido por Guedes e colaboradores,<sup>39</sup> a exposição a situações de violência ao longo da vida pode levar a problemas de mobilidade em mulheres mais velhas. A adoção de comportamentos de risco à saúde, condições de adoecimento crônico e depressão são fatores relacionados à experiência de violência e associados a problemas de locomoção.

Uma das limitações deste estudo diz respeito à ausência de análise dos grupos específicos de causas, o que permitiria identificar, por exemplo, o tipo de transtorno mental ou o uso de qual substância levou a óbito as meninas de 0 a 14 anos com notificação de violência, cuja mortalidade é muito maior do que a daquelas que não tiveram notificação. Associada à expansão da análise para os níveis 3 e 4 do GDB, seria importante relacionar tais causas aos tipos de violências de forma a compreender melhor as vulnerabilidades desse grupo específico. No entanto, é preciso destacar que algumas das razões de mortalidade observadas precisam ser relativizadas devido ao amplo intervalo de confiança, o que aponta para a pouca precisão desse indicador. Um dos motivos para isso pode ser o efeito do cálculo das taxas dos dados do Sinan, no qual são pequenos os números de óbitos usados nos numeradores, como o número de pessoas usado nos denominadores das taxas.

Como destaca o documento *“Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã,”*<sup>40</sup> o modo como as mulheres são tratadas e o lugar que elas ocupam na sociedade afetam a sua saúde. A discriminação e a exposição às situações de violência são agravos que repercutem na saúde física e mental das mulheres. Entretanto, estudos sobre violência intrafamiliar mostram que as relações violentas, que ocorrem nesse âmbito, costumam incidir e afetar todos os membros dessas famílias que se comunicam por meio da violência.<sup>29</sup>

O estudo de Marinho, Passos e França<sup>4</sup> evidenciou que as principais causas de mortes no Brasil estão estreitamente ligadas ao aumento da população e seu envelhecimento. Contudo, as autoras refletem que o aumento da expectativa de vida deve vir acompanhado de medidas de prevenção dessas doenças e por investimentos em qualidade de vida que evitem as mortes prematuras. Ressaltam ainda a maior importância dos YLD para as mulheres em relação aos homens, para todas as principais causas, indicando maior tempo vivido com incapacidade. As autoras apontam a proeminência dos transtornos mentais como importante problema de saúde, em que um em cada dez anos de vida perdidos por morte ou incapacidade – DALY está relacionado a essas causas.<sup>4</sup>

Os resultados apontam para a necessidade de melhoria da completude do preenchimento da ficha do Sinan, principalmente, no que se refere aos campos “escolaridade”, “estado civil” e “violência de repetição.” Também vale destacar a importância

de treinamento dos profissionais que notificam a violência, quanto ao adequado preenchimento dos campos “lesão autoprovocada” e violência praticada pela “própria pessoa”, para que esses dados sejam idênticos ou no mínimo semelhantes.

Pensar medidas preventivas para a mortalidade por DCNT requer investir na cobertura e na qualidade da vigilância, e da atenção em relação a esses problemas de saúde, buscando identificá-los precocemente. Além disso, torna-se urgente investigar entre essas portadoras de DCNT a ocorrência de violência ao longo da vida.

## Considerações finais

A principal mensagem que este estudo traz é que a violência afeta a curto, médio e longo prazos todo o ciclo de vida da mulher, desde a mais tenra idade até a velhice. A violência não só constitui um fator de risco para doenças e problemas mentais, mas também está levando a mortes prematuras de mulheres por DCNT.

O presente estudo inova ao explorar a possível relação da violência com as DCNT e ao abordar essa questão a partir da mortalidade. Isso foi possível por meio do *linkage* do banco de dados de pessoas do sexo feminino que notificaram violência (Sinan) com o banco de dados de óbitos (SIM) da população feminina que morreu por DCNT.

Os dados identificaram grupos mais vulneráveis para focalizar as ações de prevenção, a fim de evitar desfechos preveníveis tão adversos como a morte.

Outras análises que o espaço do presente capítulo não permitiu merecem ser indicadas para estudos futuros, como identificar as razões de taxa por cor da pele e estrato social, e ainda nas distintas regiões do País e por cobertura do sistema de saúde. Elas poderão aprofundar e detalhar algumas das questões exploradas no presente estudo. Ainda, seria importante aprofundar os estudos sobre mortalidade feminina na perspectiva das relações de gênero, para que se possa prevenir esse tipo de violência cultural que persiste na sociedade brasileira, seja nas pequenas, médias ou grandes cidades.

## Referências

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva, 2018.
- 2 MALTA, DC et al. A implantação do Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2003 a 2015: alcances e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 20(4): 661-675 2017.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do III Fórum de Monitoramento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil** [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.
- 4 MARINHO, F; PASSOS, VMA; FRANÇA, EB. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(4): 713-724, out-dez 2016

- 5 MALTA, DC et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 23 (4): 599-608 out-dez 2014.
- 6 SANTAULARIA et al. Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, 2014, 14:1286.
- 7 CAMPBELL J. A.; WALKER R. J.; EGEDE L. E. Associations between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. **Am J Prev Med**. 2016 Mar;v. 50, n.3, p. 344-352, 2015.
- 8 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence**. Geneva, 2013.
- 9 BREIDING, M. J.; BLACK, M. C.; RYAN, G. W. Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence in 18 U.S. States/Territories, 2005. **Ann Epidemiol** 2008;18:538-544.
- 10 COKER, A. L.; SMITH, P. H.; FADDEN, M. K. Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal of women's health*, v. 14, n. 9, p. 828-832, 2005.
- 11 SCOTT-STOREY, K. A. Abuse as a Gendered Risk Factor for Cardiovascular Disease: A Conceptual Model. **Journal of Cardiovascular Nursing**. Vol. 28, No. 6, pp E1YE8.
- 12 BACCINI, F. et al. Prevalence of sexual and physical abuse and its relationship with symptom manifestations in patients with chronic organic and functional gastrointestinal disorders. **Digestive and Liver Disease** 35 (2003) 256-26.
- 13 NORMAN, S. B. et al. Associations Between Psychological Trauma and Physical Illness in Primary Care. **Journal of Traumatic Stress**, Vol. 19, No. 4, August 2006, pp. 461-470.
- 14 COKER, A. L. Intimate Partner Violence and Cervical Neoplasia. **Journal of women's health & gender-based medicine**, v.9, n.9, p.1015-23, 2000.
- 15 GONZALEZ, J. M. R. et al. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. *Preventive Medicine*. 114 (2018) 168-179.
- 16 GASS, J.D. et al. Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women. September 2010. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde* 100(9):582-5.
- 17 SMITH, S. G.; BREIDING, M. J. Chronic disease and health behaviours linked to experiences of non-consensual sex among women and men. **Public Health**, 125, p. 653- 659, 2011.
- 18 KEYES, K. M. et al. Potentially traumatic events and the risk of six physical health conditions in a population-based sample. **Depression and Anxiety**, 00:1-10, 2013.
- 19 BARUFALDI, L. A. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(9):2929-2938, 2017.
- 20 SCHNELL, S.; TOBIAS, B.; JÖRG, R. Privacy-preserving record linkage using Bloom filters. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 327-345, 2009.
- 21 GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**. 14 Sept 2017: 390;1151-210.
- 22 ISHITANI, L.H. et al. Qualidade da informação das estatísticas de mortalidade: códigos garbage declarados como causas de morte em Belo Horizonte, 2011-2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Maio de 2017; 20 SUPPL 1: 34-45.
- 23 SOUTO, Rayone Moreira Costa Veloso et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, Sept. 2017
- 24 MINISTERIO DA SAUDE. BRASIL, 2014. Capítulo: Violência doméstica no Brasil: análise das notificações do sistema de Vigilância de Violências e Acidentes. Brasília: Ministério da Saúde. p. 302- 326, 2015;

- 25 MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE BRASIL 2015/2016. Capítulo: Violência contra mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção. Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília: Ministério da Saúde. p. 133- 154,2016.
- 26 MOREIRA, T. N. F. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família** [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2012.
- 27 DAY, V.P et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **R. Psiquiatr. RS**, 25(suplemento 1): 9-21, abril 2003.
- 28 Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil, *Cad Saúde Pública*. 2008;22(1)31-9
- 29 CAVALCANTE, F. G.; SCHENKER, M. Famílias que se comunicam através da violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Orgs.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2013.
- 30 D'Oliveira AFPL; SCHRAIBE, LB. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços In: Giffin K, Costa SH, organizadoras. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. P. 337-355. GASS, J. D. Intimate partner violence, health behaviours, and chronic physical illness among South African women. **South African Medical Journal** 2010; 100: 582-585.
- 31 Crowell N, Burgess AW, editors. **Understanding violence against women: panel on research on violence against women**. Washington (DC): National Academy Press; 1996.
- 32 Heise L. Violence against women-Global organizing for change. In: Edleson JL, Eisikovits ZC, editors. **Future interventions with battered women and their families**. Thousand Oaks: SAGE; 1996.
- 33 Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The “Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann Intern Med** 1995;123:737-46
- 34 Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. **Popul Rep** 1999;27(4):1-43.
- 35 Plichta SB. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *J Interperson violence* 2004; 19(11):1296-1323.
- 36 Waiselfisz JJ. Mapa da violência: os jovens do Brasil. 2014. [acessado 2016 set 20]. Disponível em: [www.ju-ventude.gov.br/juventudeviva](http://www.ju-ventude.gov.br/juventudeviva)
- 37 AVANCI, J.; ASSIS, S.; OLIVEIRA, R. A cross-sectional analysis of women's mental health problems: examining the association with different types of violence among a sample of Brazilian mothers. **BMC Women's Health** 2013, 13:20.
- 38 CUNNINGHAM, T. J. Sex-specific relationships between adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in five states **International Journal of COPD**, 2014;9 1033-43.
- 39 HOLMAN et al. The Association between Adverse Childhood Experiences and Risk of Cancer in Adulthood: A Systematic Review of the Literature. **PEDIATRICS**, v. 138, n. s1, 2016.
- 40 GUEDES, D. T. et al. Experiences of violence across life course and its effects on mobility among participants in the International Mobility in Aging Study. **BMJ Open**, 2016; 6:e012339.
- 41 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mulheres e saúde: evidências de hoje agenda de amanhã**. Geneva, 2011.

