Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde

Ana Luisa da Cruz Franciscon

Caracterização das Notificações de Violência contra a Mulher no Brasil

Uberaba
2025

Ana Luisa da Cruz Franciscon

Caracterização das Notificações de Violência contra a Mulher no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Atenção à Saúde.
Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações
Eixo Temático: Saúde da Mulher
Orientadora: Profa. Dra. Raquel Pan

Uberaba
2025

Catalogação na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

F893c

Franciscon, Ana Luisa da Cruz
Caracterização das Notificações de Violência contra a Mulher no Brasil / Ana Luisa da Cruz Franciscon. -- 2025.
75 p.: il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2025
Orientadora: Profa. Dra. Raquel Pan

1. Violência contra a mulher. 2. Violência de gênero. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Notificação. 5. Epidemiologia. I. Pan, Raquel. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 364.632-055.2

Cicera Daniele da Silva - Bibliotecária - CRB-6/3012

Ana Luisa da Cruz Franciscon

Caracterização das Notificações de Violência Contra a Mulher no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Atenção à Saúde.

Uberaba, 21 de julho de 2025.

Banca Examinadora:

gov.br
Documento assinado digitalmente
RAQUEL PAN
Data: 21/08/2025 14:21:15-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Raquel Pan

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

gov.br
Documento assinado digitalmente
BIBIANE DIAS MIRANDA PARREIRA
Data: 20/08/2025 11:28:39-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Bibiane Dias Miranda Parreira

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

gov.br
Documento assinado digitalmente
TATIANA MACHIAVELLI CARMO SOUZA
Data: 20/08/2025 09:05:04-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profa. Dra. Tatiana Machiavelli Carmo Souza

Universidade Federal de Catalão

Dedico à minha avó, Aldenira, cuja força e coragem diante das violências que enfrentou sempre foram uma fonte de inspiração em minha vida. Ela me ensinou a ver o mundo com gentileza e afeto. Sou grata por cada oração, gesto de cuidado e amor que me ampararam ao longo desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Raquel Pan, pela confiança, disponibilidade e parceria ao longo deste processo. Agradeço pela orientação e pelo exemplo profissional, que foram fundamentais para o meu crescimento e que seguem como inspirações para mim.

Ao estatístico, Me. Sergio Antônio Zullo, por todo auxílio na coleta e análise dos dados.

À banca titular do exame de qualificação, Profa. Dra. Bibiane Dias Miranda Parreira e Profa. Dra. Flávia Aparecida Dias Marmo, pela disponibilidade e valiosas considerações que contribuíram para elaboração deste trabalho.

À banca de defesa da dissertação, Profa. Dra. Bibiane Dias Miranda Parreira e Profa. Dra. Tatiana Machiavelli Carma Souza, pela disponibilidade, pela atenção e pelas excelentes ponderações que enriqueceram minha pesquisa.

Aos professores, secretários e funcionários do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde (PPGAS), pelo apoio e ensinamentos.

Aos meus pais, Fabíola e Rogério, meu amor e minha gratidão por todo o apoio, carinho e incentivo que sempre me dedicaram. Agradeço por acreditarem em mim e por estarem presentes em cada etapa da minha vida, celebrando conquistas e oferecendo força nos momentos difíceis.

À minha namorada, Nathália, que esteve ao meu lado com amor, paciência e dedicação em todos os momentos. Obrigada por dividir comigo os dias difíceis e por celebrar cada pequena conquista.

À minha grande amiga, Maria Julia, pelo apoio, pelo carinho, pela presença e por contribuir de forma tão significativa para o meu crescimento desde a graduação até aqui.

À minha amiga, Brenda, pela parceria, pelo suporte nos momentos de desabafo e por compartilhar comigo todas as experiências enriquecedoras do mestrado.

À doutoranda Isabella, pelo acolhimento, pelo apoio e pelas experiências compartilhadas desde o início do mestrado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) – Código Identificador de Financiamento 11769.

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.”

Simone de Beauvoir

RESUMO

Introdução: Mulheres de todas as idades, culturas e grupos socioeconômicos são vítimas de violência. Os casos de violência contra a mulher são prevalentes em países de baixa e média renda e ocorrem comumente no contexto familiar. Estima-se que em todo o mundo uma em cada três mulheres já sofreram violência física e/ou sexual ao longo da vida por parte de um parceiro ou violência sexual por terceiros. Objetivo: Descrever as notificações de violência autoprovocada e interpessoal contra a mulher no Brasil entre 2011 e 2022. Método: Este é um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, que utiliza dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. O *software* utilizado para análise e visualização dos dados foi o *Microsoft Office Excel*© 2016. Foram utilizados recursos de estatística descritiva, com a geração da distribuição de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central, principalmente médias e estimativas temporais, como tendência e sazonalidade. Resultados: Foram identificadas 1.657.786 notificações de violência contra a mulher no Brasil entre 2011 e 2022, sendo o ano de 2022 o que apresentou a maior incidência. A maioria das vítimas residia na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo. A região Norte apresentou os menores índices de notificação, com destaque para o Amapá, que registrou o menor número de casos. As principais vítimas tinham entre 18 e 29 anos, não estavam gestantes, eram brancas ou pardas, possuíam ensino médio completo e eram casadas ou viviam em união consensual. A maioria dos casos de violência ocorreu entre 18h e 23h59, no ambiente domiciliar, apresentando caráter recorrente. As formas de violência mais notificadas foram a física e a psicológica/moral, sendo a força corporal/espancamento e a ameaça os principais meios de agressão utilizados. Nos casos de violência sexual, o estupro foi o tipo mais frequente, seguido do assédio sexual. Quanto ao provável agressor, observou-se maior frequência de autores do sexo masculino, com idades entre 25 e 59 anos. Os principais agressores foram a própria vítima, seguidos por cônjuges e ex-cônjuges. Conclusão: Os resultados evidenciam o aumento crescente das notificações de violência contra a mulher no Brasil, sendo os agressores, em sua maioria, homens próximos ao convívio da vítima, e o domicílio como principal local das agressões. Os dados reforçam a importância da capacitação dos profissionais de saúde para

aprimorar o processo de notificação enquanto instrumento de cuidado, além de contribuírem para a implementação de políticas públicas mais eficazes.
Palavras-chave: violência contra a mulher; violência de gênero; sistemas de informação em saúde; notificação; epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Women of all ages, cultures and socioeconomic groups are victims of violence. Cases of violence against women are prevalent in low- and middle-income countries and commonly occur within the family context. It is estimated that worldwide one in three women have experienced physical and/or sexual violence at least once in their lifetime from a partner or sexual violence by third parties. Objective: To describe reports of self-inflicted and interpersonal violence against women in Brazil between 2011 and 2022. Method: This is a descriptive, retrospective and quantitative study, which uses data from the Department of Information Technology of the Unified Health System and the Information System for Notifiable Diseases. The software used for data analysis and visualization was Microsoft Office Excel© 2016. Descriptive statistics resources were used, with the generation of the distribution of absolute and relative frequencies, in addition to measures of central tendency, mainly averages and temporal estimates, such as trend and seasonality. Results: A total of 1,657,786 reports of violence against women were identified in Brazil between 2011 and 2022, with the highest incidence in 2022. Most victims lived in the Southeast region, especially in the state of São Paulo. The North region had the lowest reporting rates, with Amapá standing out, which recorded the lowest number of cases. The main victims were between 18 and 29 years old, were not pregnant, were white or brown, had completed high school, and were married or living in a consensual union. Most cases of violence occurred between 6:00 p.m. and 11:59 p.m., in the home environment, and were recurrent. The most frequently reported forms of violence were physical and psychological/moral, with physical force/beating and threats being the main means of aggression used. In cases of sexual violence, rape was the most frequent type, followed by sexual harassment. As for the likely aggressor, the highest frequency was observed among male perpetrators, aged between 25 and 59 years. The main aggressors were the victim herself, followed by spouses and ex-spouses. Conclusion: The results show a growing increase in reports of violence against women in Brazil, with the majority of perpetrators being men close to the victim's home, and the home being the main location of the attacks. The data reinforce the importance of training health professionals to improve the reporting process as a care tool, in addition to contributing to the implementation of more effective public policies.

Keywords: violence against women; gender-based violence; health information systems; notification; epidemiology.

RESUMEN

Introducción: Las mujeres de todas las edades, culturas y grupos socioeconómicos son víctimas de violencia. Los casos de violencia contra la mujer son frecuentes en los países de ingresos bajos y medios y suelen ocurrir en el contexto familiar. Se estima que a nivel mundial una de cada tres mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida por parte de su pareja o violencia sexual por parte de terceros. Objetivo: Describir relatos de violencia autoinfligida e interpersonal contra las mujeres en Brasil entre 2011 y 2022. Método: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y cuantitativo, que utiliza datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud y del Sistema de Información de Enfermedades de Notificación Obligatoria. El software utilizado para el análisis y visualización de datos fue Microsoft Office Excel© 2016. Se utilizaron recursos de estadística descriptiva, con la generación de la distribución de frecuencias absolutas y relativas, además de medidas de tendencia central, principalmente promedios y estimaciones temporales, como tendencia y estacionalidad. Resultados: Se identificaron 1.657.786 denuncias de violencia contra la mujer en Brasil entre 2011 y 2022, siendo 2022 el año con mayor incidencia. La mayoría de las víctimas vivían en la región Sudeste, especialmente en el estado de São Paulo. La región Norte presentó las menores tasas de notificación, con destaque para Amapá, que registró el menor número de casos. Las principales víctimas tenían entre 18 y 29 años, no estaban embarazadas, eran blancas o mestizas, habían terminado la secundaria y estaban casadas o vivían en unión consensual. La mayoría de los casos de violencia ocurrieron entre las 18.00 y las 23.59 horas, en el ámbito doméstico, y fueron recurrentes. Las formas de violencia más denunciadas fueron la física y la psicológica/moral, siendo la fuerza física/golpes y las amenazas los principales medios de agresión utilizados. En los casos de violencia sexual, la violación fue el tipo más frecuente, seguida del acoso sexual. En cuanto al probable agresor, se observó una mayor frecuencia de autores del sexo masculino, con edades comprendidas entre 25 y 59 años. Los principales agresores fueron las propias víctimas, seguidas por los cónyuges y ex cónyuges. Conclusión: Los resultados muestran el aumento del número de denuncias de violencia contra la mujer en Brasil, siendo la mayoría de los agresores hombres cercanos al domicilio de la víctima, siendo el domicilio el principal lugar de las agresiones. Los datos refuerzan la importancia de capacitar a los profesionales de la

salud para mejorar el proceso de notificación como herramienta de atención, además de contribuir a la implementación de políticas públicas más efectivas.
Palabras clave: violencia contra la mujer; violencia de género; sistemas de información en salud; notificación; epidemiología.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Número de notificações de VCM por ano de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 33

Gráfico 2 - Número de notificações de VCM por mês de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 34

Gráfico 3 - Média de notificações de VCM por dia de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 35

Gráfico 4 - Número de notificações de VCM por regiões de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 36

Gráfico 5 - Número de casos de VCM por 100 mil habitantes, por regiões de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 37

Gráfico 6 - Número de casos de VCM por 100 mil habitantes, por faixa etária de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 42

Gráfico 7 - Número de notificações por motivação da violência de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 47

Mapa 1 - Mapa do Brasil com o número de notificações de VCM por Unidades Federativas de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 39

Mapa 2 - Mapa do Brasil com o número de notificações de VCM por 100 mil habitantes, por Unidades Federativas, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de notificações de VCM por Unidades Federativas de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 37

Tabela 2 - Número de notificações de VCM por 100 mil habitantes, segundo Unidades Federativas, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 39

Tabela 3 - Número de notificações de VCM, segundo faixa etária, gestação, raça/cor, escolaridade e situação conjugal, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 43

Tabela 4 - Número de notificações de VCM, segundo hora da ocorrência, local de ocorrência, recorrência, lesão autoprovocada, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 45

Tabela 5 - Número de notificações de VCM, segundo tipo de violência, meio de agressão, violência sexual e violência relacionada ao trabalho, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 48

Tabela 6 - Número de notificações de VCM, segundo número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida do provável autor da violência, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025..... 50

LISTA DE ABREVIATURAS

Dra.	Doutora
Me.	Mestre
Profa.	Professora

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONDH	Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos
ONU	Organização das Nações Unidas
PPGAS	Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	*Statistical Package for the Social Science*
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UF	Unidade Federativa
VCM	Violência Contra a Mulher
VPI	Violência por Parceiro Íntimo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 17
1.1 PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER AO REDOR DO MUNDO..... 17
1.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL..... 18
1.3 LEIS NACIONAIS E MARCOS LEGAIS DE PROTEÇÃO À MULHER..... 21
2 JUSTIFICATIVA..... 26
3 OBJETIVOS..... 27
3.1 OBJETIVO GERAL..... 27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 27
4 MÉTODO..... 28
4.1 TIPO E DELINEAMENTO DO ESTUDO..... 28
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 28
4.3 LOCAL DE ESTUDO..... 30
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 31
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 31
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA..... 32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS..... 32
5 RESULTADOS..... 33
5.1 DADOS GERAIS..... 33
5.2 NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL E DADOS DA PESSOA ATENDIDA..... 41
5.3 DADOS DA OCORRÊNCIA..... 44
5.4 VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL..... 46
5.5 DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA..... 49
6 DISCUSSÃO..... 53
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO..... 64
8 CONCLUSÃO..... 65
REFERÊNCIAS..... 66
ANEXO A - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada..... 75

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER AO REDOR DO MUNDO

Mulheres de todas as idades, culturas e grupos socioeconômicos são vítimas de violência, o que configura um grave problema de saúde pública global e ressalta a desigualdade de gênero, o machismo e o patriarcado consolidados na sociedade (WHO, 2024). A Organização das Nações Unidas (ONU) define a violência contra a mulher (VCM) como qualquer ato de violência de gênero que possa resultar em dano físico, sexual, mental ou patrimonial (WHO, 2024).

Estima-se que, em todo o mundo, uma em cada três mulheres já tenha sofrido violência física e/ou sexual ao longo da vida por parte de um parceiro, ou violência sexual por terceiros (ONU, 2021). Os atos de violência são comumente cometidos no contexto familiar, por pessoas próximas que deveriam prover proteção e cuidado, sendo, na maioria das vezes, praticados por companheiros, ex-companheiros, pais e irmãos, a partir do sentimento de controle e posse sobre a vítima (Souza; Farias, 2022).

Casos de VCM são prevalentes e mais frequentemente cometidos em países de baixa e média-baixa renda. Estimativas indicam que, ao longo da vida, 37% das mulheres residentes nos países mais pobres tenham sido vítimas de violência física e/ou sexual cometida por parceiros íntimos, sendo que, em alguns desses países, a prevalência pode chegar a uma em cada duas mulheres (ONU, 2021).

Áreas como Oceania (51%), Sul da Ásia (35%) e África Subsaariana (33%) possuem as maiores taxas de prevalência de violência entre mulheres de 15 a 49 anos. Já com taxas mais baixas, temos Europa (23%), Sudeste Asiático (21%), Ásia Oriental (20%) e Ásia Central (18%). América Latina, Caribe e América do Norte apresentam taxa de 25% cada. O sul da Europa apresenta a menor taxa de violência (16%) (ONU, 2021).

Durante a pandemia da COVID-19, a ONU Mulheres alertou para outro perigo mortal, denominado “pandemia das sombras”: a violência contra as mulheres e meninas (ONU, 2022). Países como Alemanha, Argentina, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França e Reino Unido registraram aumento nas denúncias de violência doméstica e na demanda por abrigos de emergência. Mesmo antes da pandemia, a subnotificação já representava um grande desafio para a coleta de dados, visto que

menos de 40% das mulheres vítimas de violência buscavam ajuda ou realizavam denúncias, e menos de 10% chegavam a procurar a polícia (ONU Mulheres, 2020). Na Argentina, durante o período de quarentena, uma mulher foi assassinada pelo cônjuge a cada 26 horas. Já na Rússia, as organizações não governamentais afirmam que os casos de VCM foram de 6 mil, em março de 2020, para mais de 13 mil, em abril do mesmo ano, período que constitui apenas o início do isolamento (CNN Brasil, 2020).

Em um debate realizado pelas Nações Unidas sobre o papel dos homens na prevenção e no enfrentamento da VCM, o secretário-geral da ONU afirmou que a violência de gênero é a “pandemia mais longa e mortal do mundo”, destacando que uma mulher é assassinada a cada 11 minutos por um parceiro ou membro da família (ONU, 2022).

Em 2023, 85.000 mulheres e meninas foram mortas de forma intencional em todo o mundo. Desses homicídios, 51.000 (60%) foram cometidos por parte de seu parceiro íntimo ou por parte de um membro da família. Isso corresponde a 140 mulheres e meninas assassinadas todos os dias, ou seja, a cada 10 minutos uma mulher é morta no mundo (ONU Mulheres, 2024).

A VCM se revela ainda mais complexa em contextos de crise, como já citado acima, durante a pandemia da COVID-19, quando o isolamento social e a permanência com o agressor aumentaram os números de violência doméstica e evidenciaram a necessidade de estratégias de enfrentamento que não se limitassem apenas ao número de denúncias, considerando tratar-se de um problema estrutural. É preciso conhecer as características das vítimas, o perfil dos agressores e os tipos de agressão, a fim de direcionar políticas públicas mais eficazes (Souza; Farias, 2022).

Sendo assim, é necessário ampliar a visão quando se fala de VCM para que, a partir disso, seja possível melhorar a assistência prestada à vítima, rompendo valores e costumes enraizados em uma sociedade machista e patriarcal, que acabam por naturalizar os atos de desigualdade de gênero, afetando a autonomia e a independência dessas mulheres, gerando aceitação de todas as formas de violência, além da dependência financeira e emocional.

1.2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL

De acordo com o levantamento realizado pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) e pelo Instituto Datafolha, em 2020, uma em cada quatro brasileiras com 16 anos ou mais (24,4%) relatou ter sido vítima de algum tipo de violência. Além disso, cinco em cada dez brasileiros (51,1%) afirmaram ter testemunhado uma mulher sendo vítima de violência em seu bairro ou na sua comunidade, no mesmo período (Bueno *et al*., 2021).

Durante a quarentena, observou-se um aumento de quase 9% no número de ligações para a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180 e para o Disque Direitos Humanos – Disque 100. Segundo dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH), do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), a média diária foi de 3.045 ligações e 829 denúncias registradas, entre os dias 1º e 16 de março de 2020. Já no período de 17 a 25 de março, os serviços “Ligue 180” e “Disque 100” registraram um crescimento, com 3.303 ligações diárias e 978 denúncias (Brasil, 2022).

No Brasil, embora os registros indiquem uma queda ou baixa variação nos números em 2020, os dados apontam que a pandemia teve impacto direto sobre as vítimas de VCM. Nesse contexto, o acesso aos serviços de apoio às mulheres vítimas de violência foi prejudicado, o que contribuiu para a continuidade e o agravamento das agressões, além de favorecer a subnotificação dos casos (Bueno *et al*., 2021).

Em 2021, o Atlas da Violência registrou o assassinato de 3.858 mulheres no Brasil. No período da pandemia, entre 2020 e 2021, o país registrou que 7.691 mulheres foram vítimas de homicídio. Esse aumento não se deve apenas à intensificação dos conflitos familiares, agravados pelo confinamento das vítimas com seus agressores, mas também à redução do controle social sobre a violência perpetrada nesse período (Cerqueira; Bueno, 2023).

Em 2021, 2.601 mulheres negras foram assassinadas no Brasil, o que representou 67,4% do total de homicídios femininos e uma taxa de 4,3 mortes para cada 100 mil mulheres negras. A disparidade na letalidade entre mulheres negras e não negras no Brasil evidencia o encontro entre o racismo estrutural e o patriarcado (Cerqueira; Bueno, 2023).

Visto que a VCM se manifesta de diferentes formas e gera sequelas nas dimensões física, emocional, familiar e financeira, muitas mulheres buscam os serviços de saúde com diversas queixas decorrentes das agressões, como lesões por espancamento, dores crônicas, baixa autoestima e depressão, enfrentando, ainda,

obstáculos significativos para o reconhecimento da violência nos serviços de saúde. Muitas vezes, ao buscar atendimento, os profissionais de saúde não percebem ou não registram a violência. Além disso, a maioria das vítimas relata apenas sintomas físicos decorrentes da agressão, ocultando a violência sofrida. A dificuldade em verbalizar a situação vivida impede que os profissionais identifiquem o contexto de risco e, somada à ausência de questionamentos por parte da equipe de saúde, contribui para que a mulher retorne ao ambiente hostil, ao lado do agressor, em condição de vulnerabilidade e desproteção (Souza; Cintra, 2018).

Um fator importante a ser destacado é que, no Brasil, ocorre subnotificação dos casos de VCM, o que compromete a precisão dos dados referentes às denúncias (Souza; Farias, 2022). Essa subnotificação está relacionada ao silêncio das vítimas, motivado pelo medo do agressor, principalmente quando existe um vínculo entre eles. Além disso, gera prejuízos no enfrentamento da violência doméstica, uma vez que dificulta a visibilidade da problemática, comprometendo a elaboração de políticas públicas e a oferta de serviços de assistência às vítimas, que muitas vezes não se sentem seguras ou acolhidas (Ferreira; Moraes, 2020).

No contexto da saúde, é fundamental que os profissionais estejam capacitados e tenham conhecimento adequado, além de utilizarem técnicas de abordagem apropriadas, para garantir um atendimento eficaz às mulheres que buscam os serviços. Essa preparação contribui para a avaliação e a identificação precoce da violência, fortalecendo a rede de enfrentamento e aprimorando a qualidade do cuidado prestado (Magalhães *et al*., 2022).

Diante disso, como já mencionado, vale ressaltar que as consequências da violência se estendem à saúde física, mental, sexual e reprodutiva, tornando-se importantes fatores de risco para a morbimortalidade. A violência provocada por parceiro íntimo e a violência sexual podem provocar lesões físicas, depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), infecções sexualmente transmissíveis (IST) e, em casos mais graves, tentativas de suicídio (WHO, 2024).

A saúde é resultado da integração de fatores sociais, mentais, econômicos e biológicos. Nesse sentido, é provável que o bem-estar de mulheres vítimas de violências seja inferior ao daquelas que não vivenciam essa condição, o que aumenta o risco de problemas de saúde. Os diferentes tipos de violência podem repercutir na vida pessoal das vítimas de diversas maneiras (Cruz; Irffi, 2019).

1.3 LEIS NACIONAIS E MARCOS LEGAIS DE PROTEÇÃO À MULHER

No Brasil, diversas legislações foram criadas para prevenir e combater a violência de gênero contra as mulheres. Como:

a) Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) cria mecanismos para prevenir, punir, erradicar e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher;
b) Lei Carolina Dieckmann (Lei nº 12.737/2012) trata dos crimes cibernéticos do Brasil. A legislação tipifica como crime situações como: a invasão de computadores, *tablets* ou *smartphones*, que resulte na obtenção, alteração ou destruição de dados e informações. Recebeu este nome, pois, enquanto o projeto tramitava, *hackers* invadiram o computador da atriz em questão e divulgaram suas fotos sem sua autorização;
c) Lei Joana Maranhão (Lei nº 12.650/2012) alterou os prazos de prescrição para crimes de abuso sexual contra crianças e adolescentes, estabelecendo que a contagem da prescrição só começa a valer após a vítima completar 18 anos, além de aumentar o prazo para denúncia para até 20 anos. A lei recebeu este nome em homenagem à nadadora brasileira que sofreu abuso sexual pelo seu treinador aos nove anos. Ela oferece às vítimas mais tempo para denunciar os agressores e garantir sua punição;
d) Lei do Minuto Seguinte (Lei nº 12.845/2013) estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) ofereça atendimento imediato às vítimas, incluindo suporte médico, psicológico e social, além de exames preventivos e orientações sobre seus direitos legais. É importante ressaltar que não é necessário apresentar boletim de ocorrência ou qualquer prova do abuso para receber o atendimento, pois o relato da vítima é suficiente para que o hospital realize o atendimento;
e) Lei do Feminicídio (Lei nº 13.104/2015) qualifica o feminicídio como crime hediondo, com pena que pode chegar a 30 anos de prisão. Esse crime ocorre quando uma mulher é assassinada em decorrência da violência doméstica e familiar, ou motivada por menosprezo ou discriminação em razão de gênero;
f) Lei de Importunação Sexual (Lei nº 13.718/2018) tipifica os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, além de tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos praticados contra vulneráveis. A lei também prevê o aumento de pena nos casos de estupro coletivo e estupro corretivo;

g) Lei Rose Leonel (Lei nº 13.772/2018) alterou a Lei Maria da Penha e o Código Penal para incluir a violação da intimidade como uma forma de violência doméstica e familiar. Além disso, passou a considerar crime o registro, sem consentimento, de imagens ou vídeos com nudez ou conteúdo sexual de caráter íntimo;
h) Lei do *Stalking* (Lei nº 14.132/2021) tipifica como crime a prática de perseguir alguém de forma reiterada, por qualquer meio, causando ameaça à integridade física ou psicológica, restringindo sua liberdade de locomoção ou invadindo sua privacidade;
i) Lei Mariana Ferrer (Lei nº 14.245/2021) altera o Código Penal, o Código de Processo Penal e a Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais para coibir condutas que atentem contra a dignidade de vítimas e testemunhas durante o processo judicial. Além disso, estabelece um aumento de pena para o crime de coação no curso do processo;
j) Lei da Violência Política Contra a Mulher (Lei nº 14.192/2021) estabelece normas para prevenir, reprimir e coibir a violência política contra as mulheres, tanto durante o processo eleitoral quanto no exercício de seus direitos políticos e funções públicas. Considera-se violência política de gênero qualquer ação, omissão ou conduta que tenha como objetivo impedir, dificultar ou restringir os direitos políticos das mulheres. A lei também altera o Código Eleitoral, proibindo a veiculação de propaganda partidária que deprecie a condição feminina ou incentive a discriminação com base em gênero, cor, raça ou etnia.

Antes da promulgação da Lei Maria da Penha, a violência doméstica e familiar contra a mulher era classificada como crime de menor potencial ofensivo, enquadrado pela Lei nº 9.099/1995. Na prática, isso resultava na banalização da violência de gênero, com penas legais reduzidas ao pagamento de cestas básicas ou prestação de serviços à comunidade. Em suma, não existia um mecanismo legal que punisse de forma mais severa o agressor (Instituto Maria da Penha, 2025). Conforme o artigo 5º da Lei Maria da Penha, considera-se violência doméstica e familiar “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006).

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) estabelece cinco formas de violência doméstica e familiar contra a mulher:

a) a violência física, que envolve agressões como tapas, chutes, empurrões, puxões de cabelo, queimaduras e ferimentos causados por objetos cortantes ou outros meios;
b) a violência psicológica, que se refere a comportamentos como manipulação, humilhações, ameaças, isolamento (como impedir a mulher de sair, estudar ou manter contato com familiares e amigos), além de insultos e distorções ou omissões de informações com o objetivo de levá-la a duvidar da própria memória ou sanidade (*gaslighting*);
c) a violência sexual, que inclui estupro, coerção para engravidar, casar ou se prostituir, impedir o uso de métodos contraceptivos ou forçar a realização de um aborto, por meio de ameaça, coação ou manipulação;
d) a violência patrimonial, que abrange ações como furto, extorsão, destruição de documentos pessoais, controle do dinheiro e danos intencionais a objetos da mulher;
e) a violência moral, que caracteriza-se por acusações de traição, exposição da vida íntima, desvalorização da mulher por meio de insultos que incidem sobre seu caráter ou por fazer críticas falsas.

Apesar de a violência doméstica ter diversas formas e especificidades, a psicóloga norte-americana Lenore Walker identificou que as agressões em contextos conjugais seguem um ciclo repetitivo, composto por três fases distintas (Walker, 1979):

a) aumento da tensão: ocorrem discussões insignificantes, nas quais o agressor se mostra tenso, irritado, humilha a vítima e pode destruir objetos. A vítima, aflita, tenta acalmar o agressor, o que gera sensações de medo, insegurança e tristeza;
b) ato de violência: marcada pela explosão e perda de controle do agressor, é quando a tensão acumulada da fase anterior resulta em violência verbal, física, psicológica, moral, patrimonial ou sexual;
c) arrependimento e comportamento carinhoso: também conhecida como “fase da lua de mel”, é marcada pelo arrependimento do agressor, que busca reconciliação. A vítima, confusa e pressionada a manter o relacionamento, acaba abrindo mão de seus próprios direitos, enquanto o agressor faz promessas de mudança e tenta demonstrar arrependimento.

Em 2015, foi promulgada a Lei nº 13.104/2015, que incorporou o conceito de feminicídio ao Código Penal brasileiro. O Brasil foi um dos últimos países da América Latina a adotar essa legislação sobre o tema, reconhecendo o problema das mortes de mulheres por razões de gênero. Feminicídio é definido como o homicídio contra a mulher por razões da condição do sexo feminino, ou seja, pelo simples fato de ser mulher. O crime envolve a misoginia, violência doméstica e familiar, discriminação de gênero ou menosprezo à condição de mulher (Rabelo; Azambuja; Arruda, 2022). Como a Lei foi sancionada em março de 2015, os dados referentes aos anos completos (janeiro a dezembro) só estão disponíveis a partir de 2016. Apesar disso, mesmo considerando a possibilidade de subnotificação de casos nos primeiros anos de vigência da legislação, ao menos 10.655 mulheres foram vítimas de feminicídio no Brasil entre 2015 e 2023. Em 2023, o Brasil registrou que 1.463 mulheres foram vítimas de feminicídio, o que corresponde a uma taxa de 1,4 mulheres mortas para cada 100 mil. Esses dados revelam um aumento de 1,6% em comparação ao ano anterior, sendo o maior número já registrado desde a implementação da lei que caracteriza o feminicídio (Bueno *et al*., 2024).

A pesquisa *Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil*, divulgada pelo FBSP, destaca que, em comparação com as pesquisas anteriores, todas as formas de VCM apresentaram crescimento acentuado em 2022. O relatório aponta alguns fatores que teriam contribuído para esse crescimento significativo. Em primeiro lugar, destaca-se o desfinanciamento das políticas públicas de enfrentamento à VCM por parte do Governo Federal entre os anos de 2019 e 2022, bem como por governadores e prefeitos alinhados com esse governo. Outro fator foi a pandemia da COVID-19, que comprometeu o funcionamento dos serviços de acolhimento às mulheres, ao mesmo tempo em que as manteve isoladas com seus agressores devido às medidas de isolamento social. Por fim, contribuiu também a ação política de movimentos ultraconservadores, que se intensificaram na última década e elegeram, dentre outros temas, a igualdade de gênero como uma questão a ser combatida (Bueno *et al*., 2023).

Desse modo, compreender as mudanças ocorridas na condição feminina e nas relações entre os sexos implica a análise das transformações dos mecanismos e das instituições que produzem e perpetuam as desigualdades de gêneros. As principais instituições responsáveis por essa reprodução ainda são a família, a igreja, a escola

e a mídia, todas com o traço comum de atuarem sobre o inconsciente do indivíduo (Fonseca; Oliveira; Gessner, 2017).

Vale ressaltar que, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Lei nº 10.778/2003, que estabelece a notificação compulsória, em todo território nacional, às autoridades competentes, dos casos de VCM atendidos nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. A notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública às autoridades sanitárias, sendo realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde (Brasil, 2003; Brasil, 2016).

Devido à sua relevância, desde 2011, a Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, incluiu a notificação de violência na Lista Nacional de Notificação Compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tornando-a obrigatória para todos os serviços de saúde. A notificação é uma responsabilidade institucional e deve ser realizada por profissionais de saúde, gestores e serviços, em conformidade com a legislação vigente (Brasil, 2011; Brasil, 2016).

A Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada tem como objetivo caracterizar o perfil das vítimas de violência interpessoal ou autoprovocada. As lesões autoprovocadas têm como autor a própria pessoa, compreendendo comportamentos como autoagressões, automutilações, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio. A violência interpessoal, por sua vez, pode ser doméstica ou comunitária, sendo caracterizada por relações entre parceiros íntimos ou membros da família, podendo ocorrer dentro ou fora de casa (Brasil, 2016).

Apesar disso, um estudo que estimou a subnotificação de casos de VCM no Brasil evidenciou um elevado percentual de subnotificações no setor da saúde, demonstrando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para identificar situações de violência, bem como de conscientização sobre a importância da notificação. Considerando que as políticas públicas são formuladas com base em dados provenientes dos sistemas de informações disponíveis, é urgente aprimorar os índices de notificação, a fim de assegurar os direitos das mulheres e garantir que esses temas estejam presentes nas discussões dos poderes públicos (Vasconcelos *et al.*, 2024).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar do aumento das discussões sobre a VCM nos últimos anos, ainda se observa uma produção científica limitada sobre a temática. Embora existam estudos importantes sobre as notificações de VCM, a maioria apresenta recortes regionais e não contempla uma abordagem nacional com séries temporais mais amplas. Portanto, torna-se necessário ampliar a visibilidade do tema, promovendo o acesso a informações qualificadas e aumentando a produção científica. Isso contribui para a formulação e o aprimoramento de políticas públicas e ações voltadas à prevenção da violência e à redução dos índices de mortalidade, gerando maior impacto social.

Os avanços legais e institucionais no Brasil apresentados anteriormente, bem como a existência de redes e serviços especializados no atendimento e proteção das mulheres, como Casa da Mulher Brasileira, Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Defensorias Públicas, entre outros, representam marcos importantes no enfrentamento da violência de gênero. No entanto, apesar desses esforços, os índices de VCM continuam alarmantes. Esse cenário revela a necessidade de aprofundar a compreensão sobre as características dessa violência, visando a criação de políticas públicas mais eficazes e ações de intervenção.

Dada à relevância da temática e dos desafios associados, torna-se fundamental analisar as notificações de VCM registradas nos serviços de saúde. Essas informações são essenciais para a formulação de políticas públicas, a capacitação de profissionais da saúde, o aprimoramento da segurança pública e a promoção de um atendimento mais acolhedor às vítimas. As notificações permitem identificar os tipos de violências mais comuns, sua distribuição geográfica e o perfil sociodemográfico das vítimas e dos agressores. A análise desses dados pode contribuir para a formação de equipes mais preparadas para identificar e intervir em casos de violência, garantindo que as mulheres em situação de violência recebam a assistência necessária, promovendo seu fortalecimento e incentivando mudanças de atitude que favoreçam o rompimento do ciclo da violência.

3 OBJETIVOS

O presente estudo possui como objetivo geral e específicos os tópicos a seguir:

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as notificações de violência contra a mulher, interpessoal e autoprovocada, no Brasil entre 2011 e 2022.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

a) descrever o perfil sociodemográfico das vítimas de violência no Brasil, entre 2011 e 2022;
b) identificar os tipos de violência e os meios de agressão mais frequentes nas notificações de violência contra a mulher;
c) descrever as características do (a) provável autor (a) das violências, incluindo vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo e ciclo de vida;
d) analisar os dados da ocorrência das violências notificadas, como Unidade Federativa, horário e local da ocorrência, recorrência do episódio e se a lesão foi autoprovocada.

4 MÉTODO

Este estudo possui os seguintes tópicos como integrantes do método:

4.1 TIPO E DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, que utiliza dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do SINAN. O SINAN é alimentado por meio da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na Lista Nacional de Notificação Compulsória, realizada por serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, do MS (Brasil, 2014). Os dados são de acesso público e estão disponíveis on-line no site: https://datasus.saude.gov.br/.

Os estudos descritivos têm como principal objetivo apresentar, de forma precisa, as características de pessoas, situações ou fenômenos, bem como a frequência com que ocorrem. Já os estudos retrospectivos envolvem a coleta de dados sobre um resultado no presente e, em seguida, o retorno ao passado para identificar as possíveis causas (Polit; Beck, 2019).

Nos estudos quantitativos, os pesquisadores determinam e definem suas variáveis, coletando dados relevantes dos indivíduos. Os valores reais dessas variáveis constituem os dados. Os pesquisadores coletam principalmente dados quantitativos, ou seja, informações em forma numérica (Polit; Beck, 2019).

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizada a busca de notificações dos casos de violência interpessoal e autoprovocada em todo território brasileiro. As informações foram obtidas primariamente a partir da ficha de notificação individual, disponibilizada pelo SINAN aos serviços de saúde, de responsabilidade do MS, disponível no site http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf (Anexo A), (Brasil, 2015).

A ficha de notificação individual é estruturada em dez blocos, respectivamente: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa

Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais; além de campos destinados para informações complementares e observações (Brasil, 2015).

Para o levantamento dos dados, foram consideradas as variáveis presentes na ficha de notificação, conforme descrito a seguir (Brasil, 2016):

a) data da notificação: registrada no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa);
b) UF: sigla da Unidade Federativa (UF) onde a notificação foi realizada;
c) idade: código referente à idade da pessoa atendida/vítima no momento da ocorrência;
d) sexo: código correspondente ao sexo da pessoa atendida/vítima;
e) gestante: código correspondente à idade gestacional, caso a pessoa atendida/vítima estivesse gestante;
f) raça/cor: código correspondente à autodeclaração da pessoa atendida/vítima quanto à cor da pele, raça ou etnia;
g) escolaridade: código correspondente ao nível de escolaridade declarado, considerando a série ou grau que a pessoa está frequentando ou o último concluído;
h) situação conjugal/estado civil: código que representa a situação conjugal ou estado civil da pessoa atendida/vítima no momento da violência;
i) hora da ocorrência: horário aproximado da ocorrência, abrangendo o período de 00h00 (meia-noite) até 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos);
j) local de ocorrência: código que indica o local onde o evento ocorreu;
k) ocorreu outras vezes?: código que indica se a violência já havia ocorrido anteriormente;
l) a lesão foi autoprovocada?: código utilizado nos casos em que a pessoa atendida/vítima tenha tentado suicídio ou causado a agressão contra si mesma;
m) essa violência foi motivada por: código referente à motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência;
n) tipo de violência: código que registra apenas o principal tipo de violência;
o) meio de agressão: código que indica o meio utilizado para a agressão, relacionado ao tipo de violência identificado;

p) se ocorreu violência sexual, qual o tipo?: código correspondente ao tipo específico de violência sexual, caso presente;
q) número de envolvidos: código que indica o número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência;
r) vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: código que identifica a relação entre o(s) provável(is) autor(es) da violência e a pessoa atendida/vítima;
s) sexo do provável autor da violência: código referente ao sexo do(a) provável autor(a) da violência;
t) suspeita de uso de álcool: código utilizado quando houver suspeita de consumo de bebida alcoólica pelo(a) provável autor(a) no momento da ocorrência;
u) ciclo de vida do provável autor da violência: código que indica a faixa etária aproximada do(a) provável autor(a), conforme o ciclo de vida;
v) violência relacionada ao trabalho: código que indica se a violência ocorreu no ambiente de trabalho ou durante o trajeto até ele.

Vale destacar que outras variáveis foram geradas a partir das informações disponíveis no banco de dados, com o objetivo de contribuir para uma melhor compreensão do problema.

Na ficha de notificação, os campos de preenchimento incluem, entre as opções de resposta, o código "*9 - Ignorado*", que deve ser assinalado quando o profissional de saúde não dispõe da informação solicitada ou quando a vítima não souber informá-la. Já os campos deixados em branco indicam ausência total de preenchimento, ou seja, nenhuma opção foi registrada (Brasil, 2016).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

Todas as etapas deste estudo foram realizadas de forma on-line. Os dados foram obtidos a partir do DATASUS, especificamente por meio do *TabWin*, uma ferramenta que permite a geração de arquivos a partir da base de dados do SUS. No *TabWin* foi acessada a área temática correspondente ao SINAN, na subcategoria "VIOL - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências". Os dados populacionais também foram gerados no *TabWin* a partir da área temática "Base Populacional - IBGE", subcategoria "POPS - Estimativas por sexo e idade - 2000 até 2024". Os

arquivos de dados anuais gerados no formato dBase IV foram convertidos para o formato *Excel* e consolidados em um único arquivo. A partir dos dados disponíveis no arquivo resultante, foram realizadas as análises estatísticas e a elaboração de gráficos e mapas.

Para a conversão do formato dos arquivos de dados, foi utilizado o aplicativo *TabWin* versão 4.1.5, e, para a geração das análises, foram utilizados o *Microsoft Office Excel© 2016* e o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 29.0.

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo compreendeu todas as notificações de VCM registradas no Brasil, considerando a violência interpessoal e autoprovocada, no período entre 2011 e 2022. Foram incluídas as notificações referentes a vítimas com idade igual ou superior a 18 anos, conforme os critérios de inclusão estabelecidos.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os dados das notificações de VCM em âmbito nacional, referentes ao período de 2011 a 2022. A escolha do ano de 2011 como marco inicial justifica-se pela publicação da Portaria nº 104/2011 do MS, que tornou obrigatória e padronizada a notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada no país. No caso específico da violência sexual, a normativa determina que a notificação seja realizada de forma imediata, no prazo máximo de 24 horas (Brasil, 2011; Brasil, 2014).

É importante destacar que a última base de dados qualificada do SINAN disponível se refere ao ano de 2023, tendo sido atualizada em 07 de março de 2025. Os anos de 2023 e 2024 não foram incluídos na coleta, uma vez que os dados de 2023 foram recentemente disponibilizados, o que inviabilizou uma nova extração e análise dentro do tempo disponível. Já os dados de 2024 ainda são preliminares, sujeitos a revisões e, portanto, não considerados fidedignos até o momento. O banco de dados referente a 2024 se encontra em processo de inclusão no *TabWin*, enquanto os dados de 2023 foram atualizados apenas em março.

Para a delimitação da faixa etária do estudo, foram incluídas apenas as notificações de vítimas com idade igual ou superior a 18 anos. No Brasil, a maioridade

é reconhecida a partir dos 18 anos completos, o que justificou a exclusão das notificações referentes a crianças e adolescentes (Brasil, 2002). Durante todo o processo de coleta de dados, foi mantido um cuidado específico em relação ao critério etário estabelecido, de modo a garantir a inclusão adequada dos casos pertinentes. Além disso, foram consideradas apenas as notificações de indivíduos do sexo feminino.

Assim, foram excluídas do estudo as notificações de vítimas com idade igual ou inferior a 17 anos, bem como aquelas que não se enquadravam no período previamente estabelecido, além das notificações referentes a indivíduos do sexo masculino.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a extração, os dados foram convertidos do formato DBF para *Excel*, facilitando o acesso e a visualização. Em seguida, foram organizados em planilhas no *Microsoft Office Excel© 2016*. Não houve dupla digitação, uma vez que os dados foram obtidos diretamente do site do DATASUS. Os arquivos foram posteriormente importados e analisados no SPSS 29.0. Para a análise estatística, foram utilizados os recursos de estatística descritiva, com a geração da distribuição de frequências absolutas e relativas estratificadas pelas variáveis sociodemográficas disponíveis. Também foram utilizadas medidas de tendência central, principalmente médias, além de estimativas temporais como tendência e sazonalidade.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Visto que esta pesquisa utiliza dados secundários, de livre acesso, sem qualquer informação capaz de identificar as vítimas, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP).

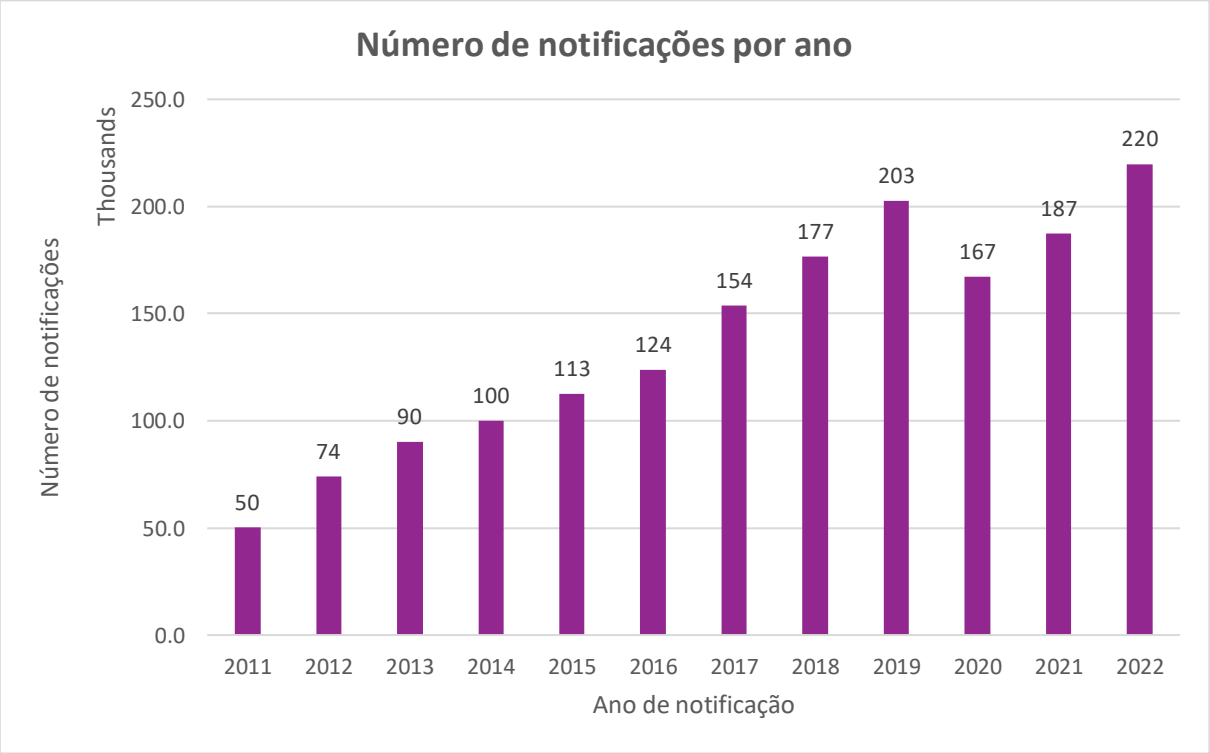
5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados segue a organização dos blocos e campos da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.

5.1 DADOS GERAIS

Foram identificadas 1.657.786 notificações de VCM de 2011 a 2022 no Brasil, com idade igual ou superior a 18 anos. Observou-se um aumento gradativo a cada ano, sendo 2022 o de maior incidência, com 219.756 (13,2%) casos (Gráfico 1).

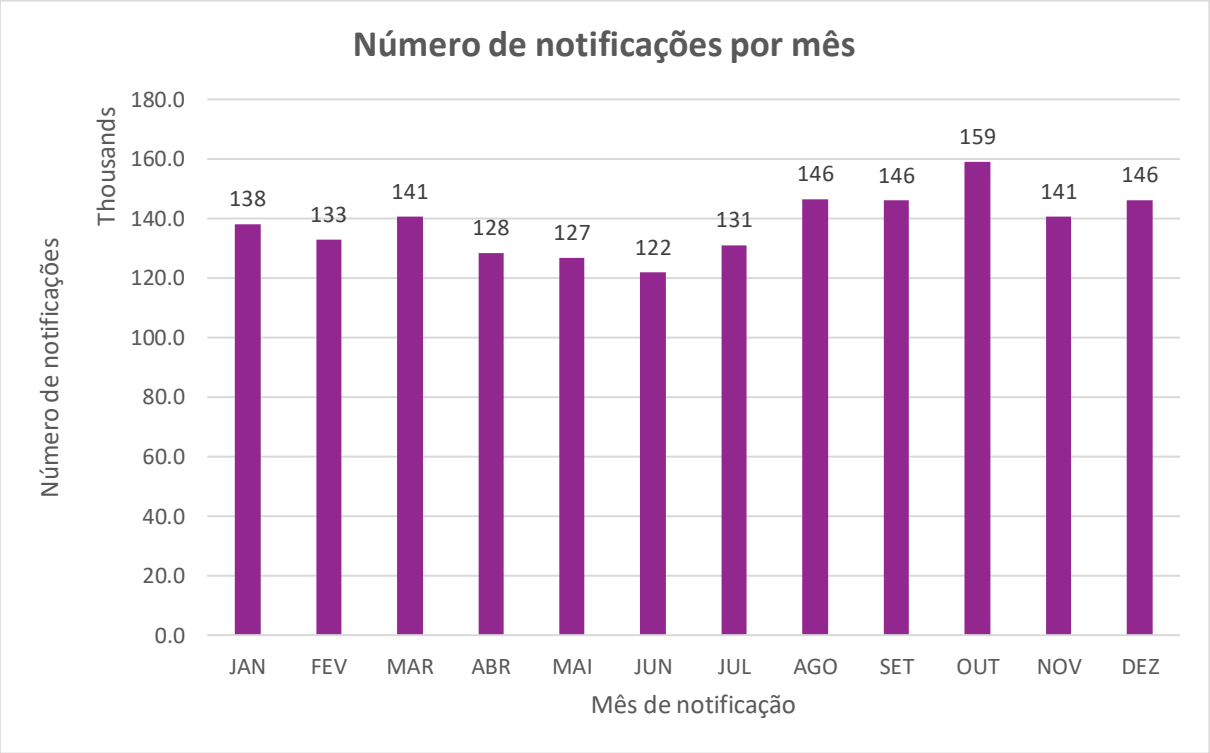
Gráfico 1 - Número de notificações de VCM por ano de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.

A análise mensal dos dados, ao longo dos últimos 12 anos, mostrou que os meses com maior número de notificações foram: outubro, com 159.045 (9,6%) casos; agosto, com 146.438 (8,8%) casos; e dezembro, com 146.265 (8,8%) casos (Gráfico 2).

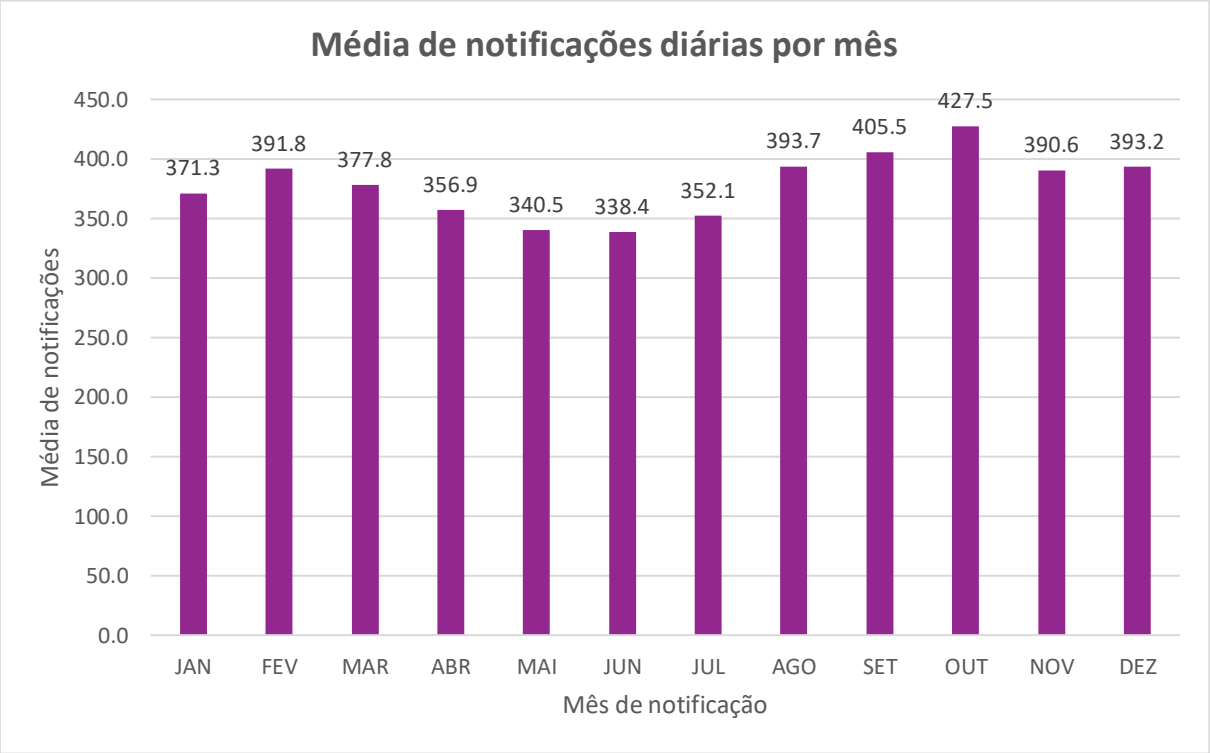
Gráfico 2 - Número de notificações de VCM por mês de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.
Nota: Abreviações: JAN (Janeiro); FEV (Fevereiro); MAR (Março); ABR (Abril); MAI (Maio); JUN (Junho); JUL (Julho); AGO (Agosto); SET (Setembro); OUT (Outubro); NOV (Novembro); DEZ (Dezembro).

Os meses com as maiores médias diárias de notificações nos últimos 12 anos foram: outubro, com 427,5; setembro, com 405,5; e agosto, com 393,7 registros por dia (Gráfico 3).

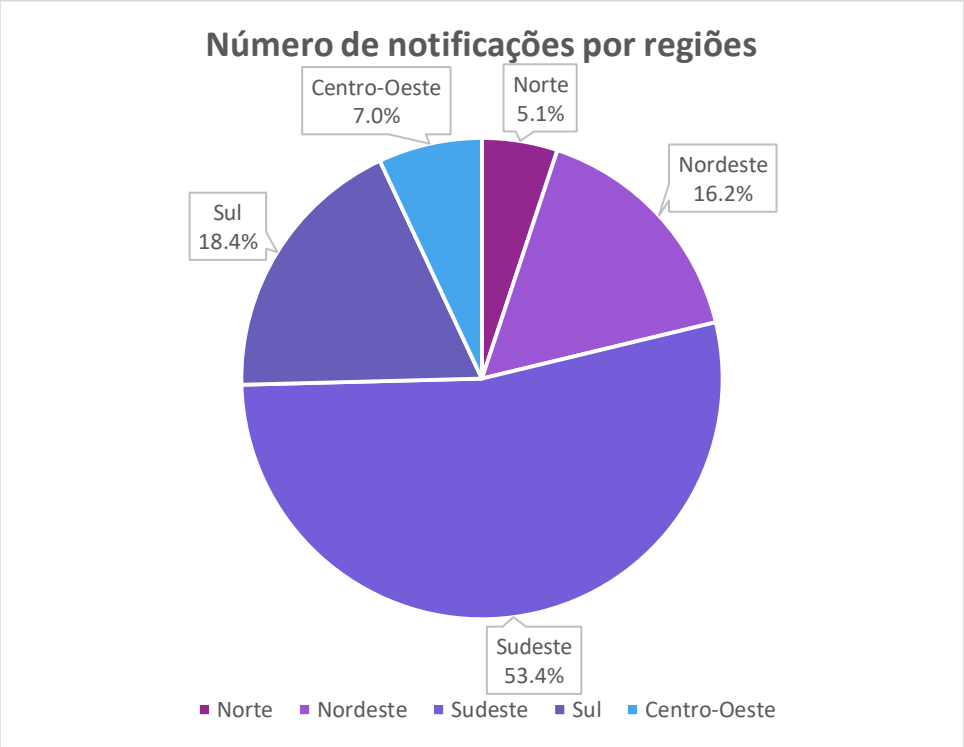
Gráfico 3 - Média de notificações de VCM por dia de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.
Nota: Abreviações: JAN (Janeiro); FEV (Fevereiro); MAR (Março); ABR (Abril); MAI (Maio); JUN (Junho); JUL (Julho); AGO (Agosto); SET (Setembro); OUT (Outubro); NOV (Novembro); DEZ (Dezembro).

As regiões com maiores índices de VCM, nos últimos 12 anos, foram: Sudeste, com 884.568 (53,4%) casos, e Sul, com 305.531 (18,4%). Já o menor índice ocorreu na região Norte do país, com 84.194 (5,1%) casos (Gráfico 4).

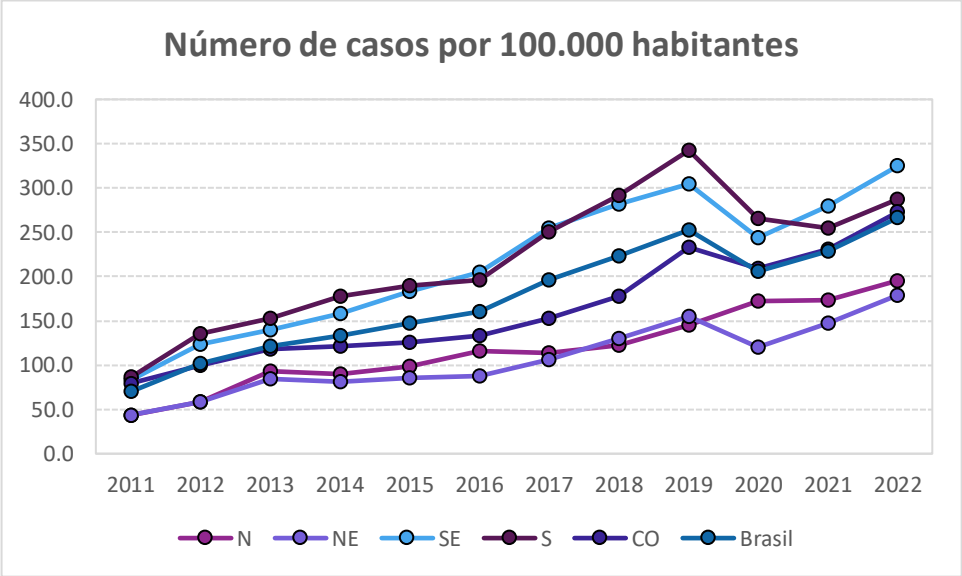
Gráfico 4 - Número de notificações de VCM por regiões de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.

O número de notificações por 100 mil habitantes variou entre as regiões do país ao longo do período analisado. A região Sul apresentou a maior média no período, com 219,3 casos. Já em 2022, a região Sudeste registrou a maior taxa, com 324,6 casos por 100 mil habitantes (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Número de casos de VCM por 100 mil habitantes, por regiões de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.
Notas: Abreviações: N (Norte); NE (Nordeste); SE (Sudeste); S (Sul); CO (Centro-Oeste).

Os estados com maior número de notificações foram: São Paulo (SP), com 427.026 (25,8%) registros, e Minas Gerais (MG), com 253.861 (15,3%). O estado com menor número de notificações foi o Amapá (AP), com 2.634 (0,2%) casos (Tabela 1/ Mapa 1).

Tabela 1 - Número de notificações de VCM por Unidades Federativas de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Ranking	**Unidades Federativas (UF)**	**Frequência Absoluta (n) e Relativa (%)**
1º	São Paulo (SP)	427.026 (25,8%)
2º	Minas Gerais (MG)	253.861 (15,3%)
3º	Rio de Janeiro (RJ)	161.118 (9,7%)
4º	Paraná (PR)	124.456 (7,5%)
5º	Rio Grande do Sul (RS)	117.607 (7,1%)
6º	Pernambuco (PE)	83.250 (5,0%)
7º	Santa Catarina (SC)	63.468 (3,8%)
8º	Bahia (BA)	54.439 (3,3%)
9º	Espírito Santo (ES)	42.563 (2,6%)
10º	Mato Grosso do Sul (MS)	41.276 (2,5%)
11º	Goiás (GO)	37.668 (2,3%)

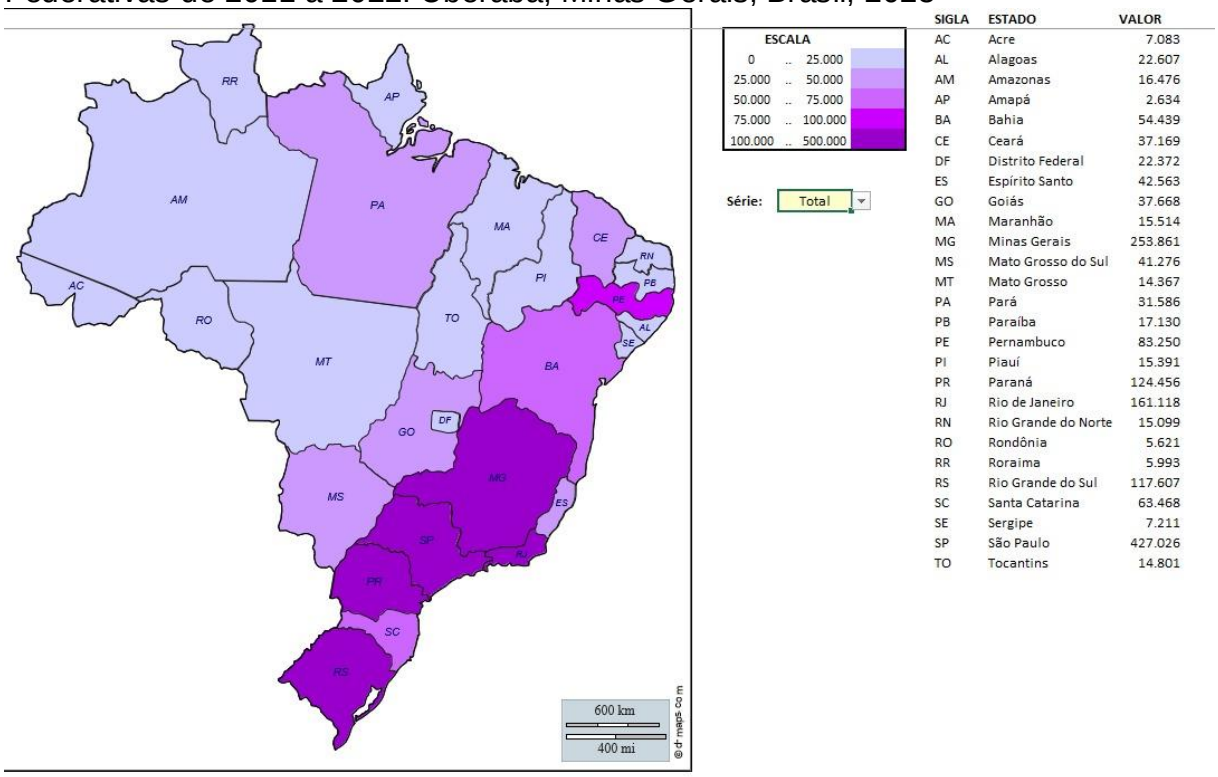
Tabela 1 - Número de notificações de VCM por Unidades Federativas de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

Ranking	**Unidades Federativas (UF)**	**Frequência Absoluta (n) e Relativa (%)**
12º	Ceará (CE)	37.169 (2,2%)
13º	Pará (PA)	31.586 (1,9%)
14º	Alagoas (AL)	22.607 (1,4%)
15º	Distrito Federal (DF)	22.372 (1,3%)
16º	Paraíba (PB)	17.130 (1,0%)
17º	Amazonas (AM)	16.476 (1,0%)
18º	Maranhão (MA)	15.514 (0,9%)
19º	Piauí (PI)	15.391 (0,9%)
20º	Rio Grande do Norte (RN)	15.099 (0,9%)
21º	Tocantins (TO)	14.801 (0,9%)
22º	Mato Grosso (MT)	14.367 (0,9%)
23º	Sergipe (SE)	7.211 (0,4%)
24º	Acre (AC)	7.083 (0,4%)
25º	Roraima (RR)	5.993 (0,4%)
26º	Rondônia (RO)	5.621 (0,3%)
27º	Amapá (AP)	2.634 (0,2%)

Fonte: elaboração própria, 2025.

Mapa 1 - Mapa do Brasil com o número de notificações de VCM por Unidades Federativas de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.

Considerando a taxa de notificações por 100 mil habitantes ao longo do período, Mato Grosso do Sul (MS) apresentou o maior valor, com 349,1 casos, seguido por Roraima (RR), com 268,6. Já em 2022, Roraima foi o estado com a maior taxa, com 439,7 casos por 100 mil habitantes (Tabela 2/ Mapa 2).

Tabela 2 - Número de notificações de VCM por 100 mil habitantes, segundo Unidades Federativas, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Ranking	**Unidades Federativas (UF)**	**Nº de casos por 100 mil habitantes**
1º	Mato Grosso do Sul (MS)	349,1
2º	Roraima (RR)	268,6
3º	Minas Gerais (MG)	262,7
4º	Tocantins (TO)	238,7
5º	Paraná (PR)	237,1
6º	Espírito Santo (ES)	234,8
7º	Rio Grande do Sul (RS)	220,1
8º	Acre (AC)	217,2

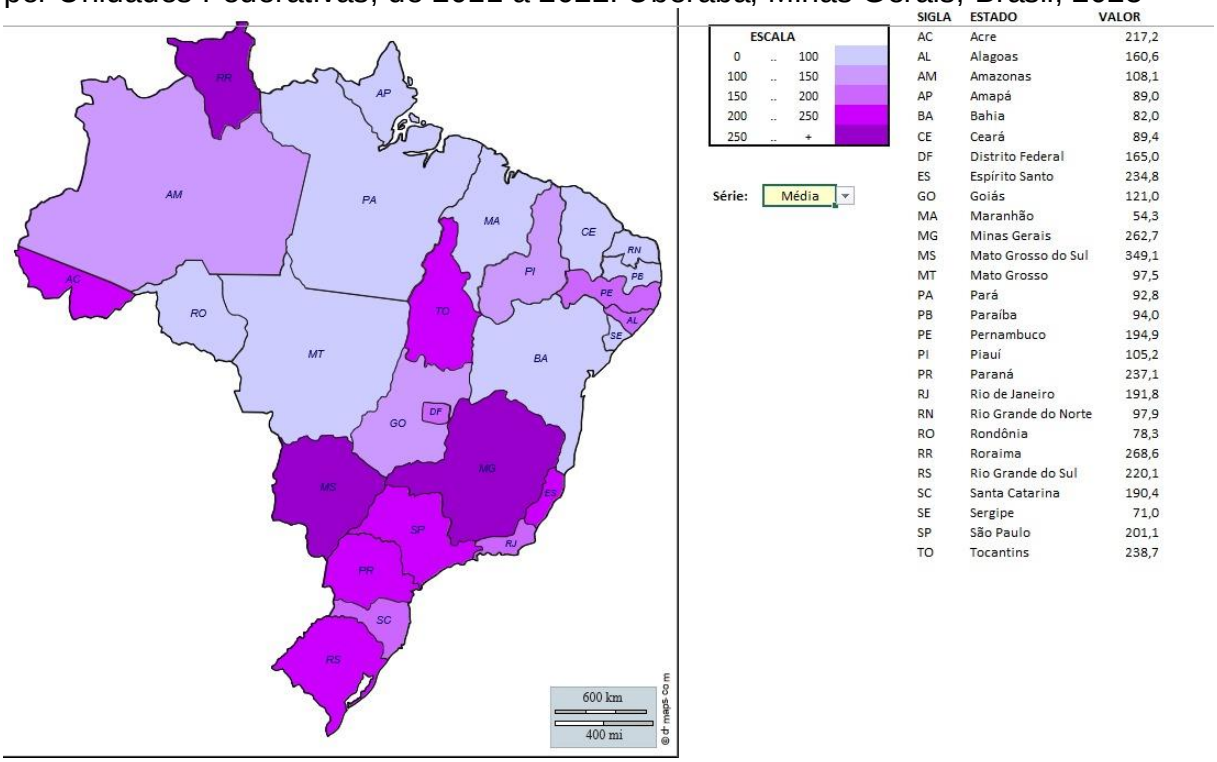
Tabela 2 - Número de notificações de VCM por 100 mil habitantes, segundo Unidades Federativas, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

Ranking	**Unidades Federativas (UF)**	**Nº de casos por 100 mil habitantes**
9º	São Paulo (SP)	201,1
10º	Pernambuco (PE)	194,9
11º	Rio de Janeiro (RJ)	191,8
12º	Santa Catarina (SC)	190,4
13º	Distrito Federal (DF)	165,0
14º	Alagoas (AL)	160,6
15º	Goiás (GO)	121,0
16º	Amazonas (AM)	108,1
17º	Piauí (PI)	105,2
18º	Rio Grande do Norte (RN)	97,9
19º	Mato Grosso (MT)	97,5
20º	Paraíba (PB)	94,0
21º	Pará (PA)	92,8
22º	Ceará (CE)	89,4
23º	Amapá (AP)	89,0
24º	Bahia (BA)	82,0
25º	Rondônia (RO)	78,3
26º	Sergipe (SE)	71,0
27º	Maranhão (MA)	54,3

Fonte: elaboração própria, 2025.
Notas: Abreviações: Nº (Número).

Mapa 2 - Mapa do Brasil com o número de notificações de VCM por 100 mil habitantes, por Unidades Federativas, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



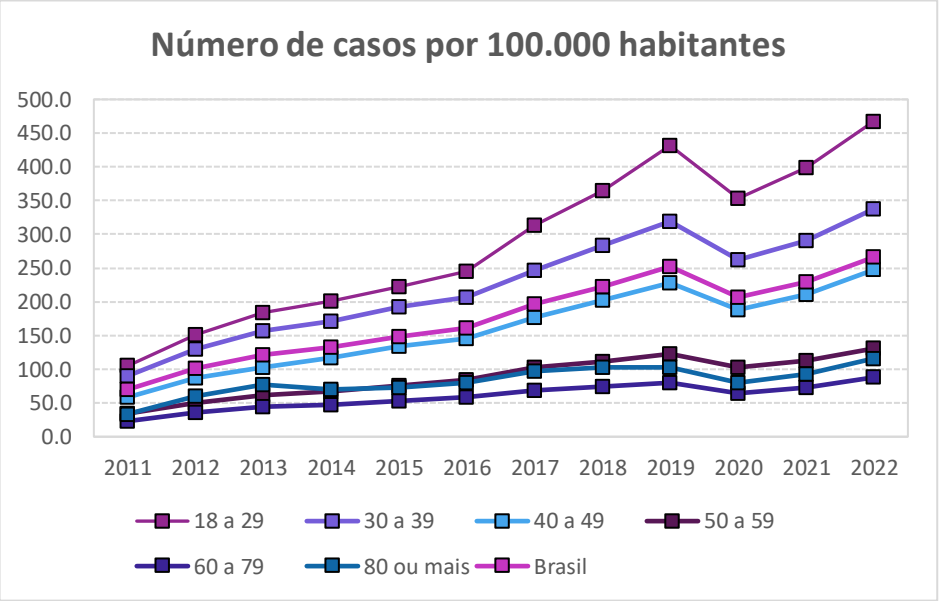
SIGLA	ESTADO	VALOR
AC	Acre	217,2
AL	Alagoas	160,6
AM	Amazonas	108,1
AP	Amapá	89,0
BA	Bahia	82,0
CE	Ceará	89,4
DF	Distrito Federal	165,0
ES	Espírito Santo	234,8
GO	Goiás	121,0
MA	Maranhão	54,3
MG	Minas Gerais	262,7
MS	Mato Grosso do Sul	349,1
MT	Mato Grosso	97,5
PA	Pará	92,8
PB	Paraíba	94,0
PE	Pernambuco	194,9
PI	Piauí	105,2
PR	Paraná	237,1
RJ	Rio de Janeiro	191,8
RN	Rio Grande do Norte	97,9
RO	Rondônia	78,3
RR	Roraima	268,6
RS	Rio Grande do Sul	220,1
SC	Santa Catarina	190,4
SE	Sergipe	71,0
SP	São Paulo	201,1
TO	Tocantins	238,7

Fonte: elaboração própria, 2025.

5.2 NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL E DADOS DA PESSOA ATENDIDA

Em relação à faixa etária mais afetada, a maioria das vítimas tinha entre 18 e 29 anos, com 689.104 casos, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos, com 452.465 notificações (Tabela 3). Considerando a população, as taxas foram de 286,6 e 223,9 notificações por 100 mil habitantes para as faixas etárias de 18 a 29 anos e 30 a 39 anos, respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Número de casos de VCM por 100 mil habitantes, por faixa etária de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.

Entre as mulheres vítimas de violência, a maioria das notificações correspondia àquelas que não estavam gestantes, com 1.098.528 (66,3%) casos (Tabela 3). Mulheres autodeclaradas brancas e pardas foram as que mais sofreram violência interpessoal/autoprovocada, com 684.781 (41,3%) casos e 631.521 (38,1%) casos, respectivamente. Em 171.802 (10,3%) notificações, essa informação foi deixada em branco ou ignorada (Tabela 3).

Em relação à escolaridade das vítimas, observou-se maior número de notificações entre mulheres com ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), com 318.211 (19,2%) casos, seguidas daquelas com 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental (antigo ginásio ou 1º grau), com 174.404 (10,5%) casos. No entanto, em 619.821 (37,4%) registros, o campo referente à escolaridade foi deixado em branco ou ignorado (Tabela 3).

A maioria das mulheres declarou estar casada ou em união consensual, totalizando 589.572 (35,6%) registros, seguidas daquelas que se declararam como solteiras, com 580.431 (35,0%) notificações (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de notificações de VCM, segundo faixa etária, gestação, raça/cor, escolaridade e situação conjugal, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Faixa etária			
18 a 29 anos	689.104	41,6%	
30 a 39 anos	452.465	27,3%	
40 a 49 anos	274.914	16,6%	
50 a 59 anos	126.181	7,6%	
60 a 79 anos	91.513	5,5%	
80 ou mais	23.609	1,4%	
Gestante			
1º Trimestre	31.446	1,9%	2,7%
2º Trimestre	27.321	1,6%	2,3%
3º Trimestre	16.911	1,0%	1,4%
Idade gestacional ignorada	6.615	0,4%	0,6%
Não	1.098.528	66,3%	93,0%
Não se aplica	175.492	10,6%	
Ignorado	301.461	18,2%	
Raça/Cor			
Branca	684.781	41,3%	46,1%
Preta	145.357	8,8%	9,8%
Amarela	13.273	0,8%	0,9%
Parda	631.521	38,1%	42,5%
Indígena	11.052	0,7%	0,7%
Ignorado	156.141	9,4%	
Em branco	15.661	0,9%	
Escolaridade			
Analfabeto	21.058	1,3%	2,0%
1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)	86.457	5,2%	8,4%

Tabela 3 - Número de notificações de VCM, segundo faixa etária, gestação, raça/cor, escolaridade e situação conjugal, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)	53.522	3,2%	5,2%
5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	174.404	10,5%	16,8%
Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	116.329	7,0%	11,2%
Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)	140.103	8,5%	13,5%
Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)	318.211	19,2%	30,7%
Educação superior incompleta	60.537	3,7%	5,8%
Educação superior completa	64.765	3,9%	6,3%
Ignorado	522.041	31,5%	
Não se aplica	2.579	0,2%	
Em branco	97.780	5,9%	
Situação conjugal			
Solteiro	580.431	35,0%	43,3%
Casado/união consensual	589.572	35,6%	44,0%
Viúvo	46.991	2,8%	3,5%
Separado	122.700	7,4%	9,2%
Não se aplica	22.111	1,3%	
Ignorado	265.991	16,0%	
Em branco	29.990	1,8%	

Fonte: elaboração própria, 2025.
Nota: Abreviações: EF (Ensino Fundamental).

5.3 DADOS DA OCORRÊNCIA

Em relação ao horário da ocorrência, observou-se maior frequência no período noturno (entre 18h e 23h59), com 391.751 (23,6%) notificações. Em seguida, destacaram-se os registros no período da tarde (das 12h00 às 17h59), totalizando 263.188 (15,9%) casos. Em 641.969 (38,7) notificações, o campo referente ao horário da ocorrência foi deixado em branco (Tabela 4).

A maioria dos casos de violência ocorreu na residência da vítima, com 1.149.662 (69,3%) notificações. Em segundo lugar, destacaram-se os casos registrados em via pública, totalizando 198.276 (12,0%) ocorrências. Em 163.787 (9,9%) notificações, essa informação foi ignorada (Tabela 4).

Quanto à recorrência da violência, 697.578 (42,1%) mulheres relataram que o episódio já havia ocorrido anteriormente. Em 582.822 (35,2%) casos, foi informado que não houve repetição. No entanto, em 359.933 (21,7%) notificações, essa informação foi registrada como ignorada, e em 17.453 (1,1%) o campo foi deixado em branco (Tabela 4).

A maioria das violências notificadas não foi autoprovocada, totalizando 1.128.353 (68,1%) registros. Em 418.486 (25,2%) casos, a lesão foi classificada como autoprovocada. Além disso, 92.638 (5,6%) notificações apresentaram essa informação ignorada, e 18.309 (1,1%) estavam em branco (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de notificações de VCM, segundo hora da ocorrência, local de ocorrência, recorrência, lesão autoprovocada, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Hora da ocorrência			
00:00 a 05:59	175.382	10,6%	17,3%
06:00 a 11:59	185.496	11,2%	18,3%
12:00 a 17:59	263.188	15,9%	25,9%
18:00 a 23:59	391.751	23,6%	38,6%
Em branco	641.969	38,7%	
Local de ocorrência			
Residência	1.149.662	69,3%	77,3%
Habitação coletiva	9.232	0,6%	0,6%
Escola	7.059	0,4%	0,5%

Tabela 4 - Número de notificações de VCM, segundo hora da ocorrência, local de ocorrência, recorrência, lesão autoprovocada, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

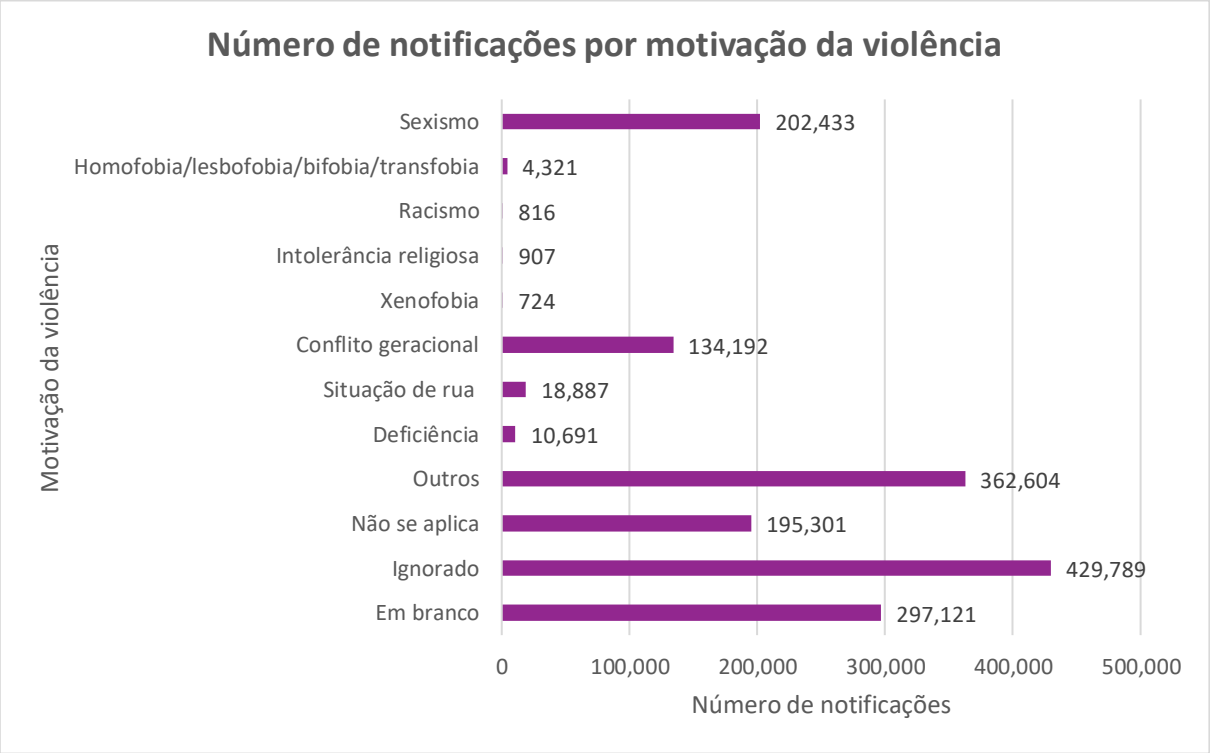
Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Local de prática esportiva	2.774	0,2%	0,2%
Bar ou similar	31.567	1,9%	2,1%
Via pública	198.276	12,0%	13,3%
Comércio/serviços	23.422	1,4%	1,6%
Indústrias/construção	1.687	0,1%	0,1%
Outro	63.847	3,9%	4,3%
Ignorado	163.787	9,9%	
Em branco	6.473	0,4%	
Ocorreu outras vezes? (Recorrência)			
Sim	697.578	42,1%	54,5%
Não	582.822	35,2%	45,5%
Ignorado	359.933	21,7%	
Em branco	17.453	1,1%	
A lesão foi autoprovocada?			
Sim	418.486	25,2%	27,1%
Não	1.128.353	68,1%	72,9%
Ignorado	92.638	5,6%	
Em branco	18.309	1,1%	

Fonte: elaboração própria, 2025.

5.4 VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA SEXUAL

No que se refere à motivação da violência, observa-se que a maioria das notificações foi registrada como ignorada, com um total de 429.789 casos (25,9%). Em seguida, destacam-se os registros assinalados como outros, que somaram 362.604 (21,9%) notificações, os campos deixados em branco, com 297.121 (17,9%) registros, e os casos motivados por sexismo, que totalizaram 202.433 (12,2%) notificações (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Número de notificações por motivação da violência de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025



Fonte: elaboração própria, 2025.

Quanto ao tipo de violência, a maioria das notificações correspondeu à violência física, com um total de 1.148.751 (69,3%) registros. Em seguida, destacou-se a violência psicológica/moral, com 509.378 (30,7%) notificações (Tabela 5).

No que se refere ao meio de agressão, o mais frequente foi o uso de força corporal/espancamento, com 892.753 (53,9%) casos. Em seguida, sobressaem os registros de ameaça, que totalizaram 320.961 (19,4%) notificações (Tabela 5).

Entre as notificações de violência sexual, o tipo mais frequente foi o estupro, com 93.419 (5,6%) registros, seguido pelo assédio sexual, com 22.138 (1,3%) notificações (Tabela 5).

Em 1.489.804 (89,9%) notificações, a ocorrência de violência não foi relacionada ao trabalho. Outras 143.685 (8,7%) apresentaram o campo em branco ou com informação ignorada, e apenas 24.297 (1,5%) registros indicaram que a violência estava relacionada ao trabalho (Tabela 5).

Tabela 5 - Número de notificações de VCM, segundo tipo de violência, meio de agressão, violência sexual e violência relacionada ao trabalho, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Tipo de violência			
Física	1.148.751	69,3%	70,2%
Psicológica/Moral	509.378	30,7%	32,0%
Tortura	47.625	2,9%	3,0%
Sexual	113.173	6,8%	7,2%
Tráfico de seres humanos	875	0,1%	0,1%
Financeira/Econômica	37.650	2,3%	2,4%
Negligência/Abandono	49.010	3,0%	3,1%
Trabalho infantil	252	0,0%	0,0%
Intervenção legal	2.510	0,2%	0,2%
Outros	276.730	16,7%	17,9%
Meio de agressão			
Força corporal/espancamento	892.753	53,9%	56,0%
Enforcamento	94.413	5,7%	6,1%
Obj. contundente	77.228	4,7%	5,0%
Obj. perfurocortante	158.481	9,6%	10,2%
Substância/obj. quente	11.717	0,7%	0,8%
Envenenamento, intoxicação	287.507	17,3%	18,4%
Arma de fogo	33.485	2,0%	2,2%
Ameaça	320.961	19,4%	20,6%
Outro	152.078	9,2%	10,0%
Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?			
Assédio sexual	22.138	1,3%	19,9%
Estupro	93.419	5,6%	80,0%

Tabela 5 - Número de notificações de VCM, segundo tipo de violência, meio de agressão, violência sexual e violência relacionada ao trabalho, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Pudor	1.927	0,1%	10,2%
Pornografia infantil	264	0,0%	0,2%
Exploração sexual	2.262	0,1%	2,0%
Outros	3.959	0,2%	3,8%
Violência relacionada ao trabalho			
Sim	24.297	1,5%	1,6%
Não	1.489.804	89,9%	98,4%
Ignorado	109.676	6,6%	
Em branco	34.009	2,1%	

Fonte: elaboração própria, 2025.
Notas: Abreviações: Obj. (Objeto).

5.5 DADOS DO(A) PROVÁVEL AUTOR(A) DA VIOLÊNCIA

Em relação ao número de envolvidos, a maior parte dos casos possui apenas um agressor, com 1.287.079 notificações (77,6%). Em 236.123 (14,2%) casos, houve a participação de dois ou mais envolvidos. Essa informação foi ignorada em 109.644 (6,6%) notificações e deixada em branco em 24.590 (1,5%) registros (Tabela 6).

Em relação ao vínculo com o agressor, os mais citados foram: a própria pessoa, com 407.788 (24,6%) casos; cônjuge, com 389.943 (23,5%) casos; ex-cônjuge, com 159.530 (9,6%) casos; e amigos/conhecidos, com 132.042 (8,0%) casos (Tabela 6).

Quanto ao sexo do provável autor da violência, a maioria dos casos envolveu o sexo masculino, com 927.058 (55,9%) registros, seguido pelo sexo feminino, com 537.113 (32,4%) (Tabela 6).

Em relação à suspeita de uso de álcool pelo provável autor, 664.051 (40,1%) relataram que não houve, 479.029 (28,9%) que sim e 514.706 (31,0%) ignoraram ou não preencheram o item (Tabela 6).

Quanto ao ciclo de vida do provável autor da violência, a maioria dos registros corresponde a pessoas adultas de 25 a 59 anos, com 817.535 (49,3%) notificações, seguidas por jovens de 20 a 24 anos, com 199.136 (12,0%) casos. Os campos ignorados e em branco somaram, respectivamente, 239.735 (14,5%) e 294.723 (17,8%) registros (Tabela 6).

Tabela 6 - Número de notificações de VCM, segundo número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida do provável autor da violência, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Número de envolvidos			
Um	1.287.079	77,6%	84,5%
Dois ou mais	236.123	14,2%	15,5%
Ignorado	109.644	6,6%	
Em branco	24.590	1,5%	
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida			
Pai	16.705	1,0%	1,1%
Mãe	14.738	0,9%	1,0%
Padrasto	7.081	0,4%	0,5%
Cônjuge	389.943	23,5%	25,8%
Ex-cônjuge	159.530	9,6%	10,6%
Namorado(a)	53.817	3,2%	3,6%
Ex-namorado(a)	40.371	2,4%	2,7%
Filho(a)	71.545	4,3%	4,8%
Irmão(a)	43.083	2,6%	2,9%
Amigos/conhecidos	132.042	8,0%	8,8%
Desconhecido(a)	130.256	7,9%	8,7%
Cuidador(a)	4.096	0,2%	0,3%

Tabela 6 - Número de notificações de VCM, segundo número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida do provável autor da violência, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(continua)

Variável	Frequência		
	Absoluta (n)	Relativa (%)	Válidos (%)
Patrão/chefe	4.052	0,2%	0,3%
Pessoa com relação institucional	7.632	0,5%	0,5%
Policial/agente da lei	5.313	0,3%	0,4%
Própria pessoa	407.788	24,6%	26,7%
Outros	98.890	6,0%	6,7%
Sexo do provável autor da violência			
Masculino	927.058	55,9%	61,5%
Feminino	537.113	32,4%	35,6%
Ambos os sexos	43.519	2,6%	2,9%
Ignorado	138.421	8,3%	
Em branco	11.675	0,7%	
Suspeita de uso de álcool			
Sim	479.029	28,9%	41,9%
Não	664.051	40,1%	58,1%
Ignorado	492.937	29,7%	
Em branco	21.769	1,3%	
Ciclo de vida do provável autor da violência			
Criança (0 a 9 anos)	4.277	0,3%	0,4%
Adolescente (10 a 19 anos)	65.432	3,9%	5,9%
Jovem (20 a 24 anos)	199.136	12,0%	17,9%

Tabela 6 - Número de notificações de VCM, segundo número de envolvidos, vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, sexo do provável autor da violência, suspeita de uso de álcool, ciclo de vida do provável autor da violência, de 2011 a 2022. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2025

(conclusão)

Variável	**Frequência**		
	Absoluta (n)	**Relativa (%)**	**Válidos (%)**
Pessoa adulta (25 a 59 anos)	817.535	49,3%	72,6%
Pessoa idosa (60 anos ou mais)	36.948	2,2%	3,3%
Ignorado	239.735	14,5%	
Em branco	294.723	17,8%	

Fonte: elaboração própria, 2025.

6 DISCUSSÃO

Entre 2011 e 2022, houve um aumento significativo nos registros de violência interpessoal e autoprovocada contra as mulheres no Brasil. Esse crescimento pode estar relacionado à maior visibilidade das notificações, impulsionada por um sistema mais acessível. É possível que esses casos sempre tenham ocorrido em altos índices em todo o país, no entanto, atualmente, a sociedade está se tornando mais consciente da gravidade desse problema. Essa conscientização vem acompanhada de um melhor acesso aos serviços de saúde e de uma crescente compreensão da importância de notificar esses casos (Sousa; Uchôa; Barreto, 2024).

Vale ressaltar que as notificações registradas pelo SINAN não representam a totalidade dos casos de violência ocorridos no Brasil, mas constituem uma aproximação do problema, um diagnóstico baseado nos registros de pessoas em situação de violência que procuraram e/ou foram encaminhadas aos serviços de saúde e cujos casos foram notificados pelos profissionais que atuam nas unidades e nos serviços notificadores. Embora a notificação seja obrigatória para os serviços de saúde públicos e privados, nem todos os casos de violências são notificados. Além disso, é comum que a notificação não seja realizada por desconhecimento sobre a disponibilidade da ficha nos serviços de saúde, por dificuldade de compreensão dos conceitos e dos campos que compõem o documento ou, ainda, pela falta de tempo dos profissionais para o preenchimento, considerando sua extensão (Alcantara *et al.*, 2016).

Apesar dos avanços no debate público, ainda é necessário e urgente dar visibilidade ao ciclo da VCM, em todas as suas formas. Entre 2011 e 2022, foram registradas 1.657.786 notificações de VCM no Brasil, o que evidencia a gravidade e a persistência das desigualdades de gênero no país. Dados de registros do sistema de saúde brasileiro, publicados no Atlas da Violência 2025, mostram que, no recorte de 2013 a 2023, nos últimos onze anos, 47.463 mulheres foram assassinadas no Brasil, sendo 3.903 vítimas de homicídio somente em 2023 (Cerqueira; Bueno, 2025).

Os registros do sistema de saúde indicam que a VCM, em suas diversas formas, é um fenômeno estrutural, considerado um grave problema de saúde pública. Está enraizada nas estruturas sociais, onde a desigualdade de gênero e o patriarcado ainda prevalecem, por meio da coerção, da subordinação das mulheres e do consentimento fragilizado ou destruído. Apesar dos esforços do poder público e da

sociedade civil, ainda não conseguimos garantir a segurança e a dignidade das mulheres. O Brasil continua sendo um país perigoso para suas cidadãs, onde, só em 2023, quase 4 mil mulheres foram assassinadas (Cerqueira; Bueno, 2025).

A caracterização dos casos de VCM é uma ferramenta fundamental no enfrentamento dessa problemática, pois permite uma compreensão mais aprofundada das particularidades das vítimas, aproximando os dados da realidade concreta. Além disso, contribui para a identificação de falhas e lacunas nos atendimentos e nas abordagens, subsidiando o aprimoramento das práticas e a formulação de políticas públicas mais eficazes, voltadas tanto para prevenção de novos casos quanto para a implementação das mudanças necessárias (Stochero; Pinto, 2024).

Os meses de outubro, agosto e dezembro se destacaram como os períodos com o maior número de casos registrados, com 159.045, 146.438 e 146.265 notificações, respectivamente. As maiores médias diárias de notificações ocorreram em outubro (427,5), setembro (405,5) e agosto (393,7). O padrão observado pode estar relacionado aos períodos de maior visibilidade da temática, marcados por campanhas de conscientização e enfrentamento à VCM, como o “Agosto Lilás” (Lei nº 14.448/2022), que institui o mês de conscientização pelo fim da VCM (Brasil, 2022). A campanha “Feminicídio Zero - Nenhuma violência contra a mulher deve ser tolerada”, lançada em agosto de 2024 pelo Governo Federal, é um exemplo de como ações coordenadas podem contribuir para o aumento das denúncias e interromper situações de violência. A presença da campanha em estádios de futebol, com a exibição de faixas sobre o Feminicídio Zero e o Ligue 180, levadas por jogadores, além da exibição de vídeos e outras ações de sensibilização, é uma estratégia eficaz para alcançar um público amplo, especialmente homens, para conscientizar jogadores e torcedores, considerando o aumento de mais de 23% nos boletins de ocorrência em dias de jogos (Brasil, 2024). Esses achados reforçam o papel estratégico das campanhas de mobilização de pôr fim à VCM e incentivar as mulheres a buscarem apoio e denunciarem.

Observa-se que agosto foi um dos meses com o maior número de notificações no período analisado, evidenciando o papel fundamental das ações de divulgação e das campanhas de sensibilização no incentivo às denúncias, bem como no fortalecimento da rede de proteção às mulheres.

Segundo os dados de 2024 divulgados pelo Ministério das Mulheres, o Ligue 180 realizou mais de 750 mil atendimentos em todo o país. São mais de 2 mil

atendimentos diários, incluindo ligações telefônicas, mensagens de WhatsApp e e-mails. Um dos principais fatores relacionados a esse aumento significativo no número de atendimentos é a maior confiança da população brasileira, especialmente das mulheres, no canal de atendimento — principal serviço público e gratuito de acolhimento e orientação sobre os direitos das mulheres e os serviços da Rede de Atendimento à Mulher em situação de violência —, além de realizar o encaminhamento das denúncias aos órgãos competentes. Outro fator determinante é o investimento do Ministério das Mulheres em ações de divulgação e campanhas para o Ligue 180, por meio de mobilizações e iniciativas que ampliam o acesso ao canal e conscientizam a população sobre o enfrentamento à VCM (Brasil, 2025).

Em relação aos dados por macrorregião do país apresentados neste estudo, a região Sudeste destacou-se com o maior percentual de notificações (53,4%), sendo São Paulo (25,8%), Minas Gerais (15,3%) e Rio de Janeiro (9,7%) os estados com os maiores índices. Segundo o Censo 2022 do IBGE, a região Sudeste concentra 41,8% da população brasileira, totalizando 84.840.113 habitantes. Entre os estados, São Paulo e Minas Gerais possuem mais de 20 milhões de habitantes cada, enquanto o Rio de Janeiro ultrapassa os 10 milhões. A elevada concentração de notificações na região pode estar relacionada à maior densidade demográfica de 91.76 hab/km² e ao nível de urbanização, que favorecem o acesso aos serviços de saúde e segurança pública, resultando em maior visibilidade da violência e melhor fluxo de notificação nos serviços de saúde públicos e privados (IBGE, 2022).

Neste estudo, as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores percentuais de notificações, respectivamente 5,1% e 7%. No entanto, é importante destacar que essas regiões possuem densidades populacionais inferiores, 4.51/km² na região Norte e 10.14 hab/km² na região Centro-Oeste, o que pode indicar uma maior concentração de casos em relação à população (IBGE, 2022).

Ao analisar as taxas de notificações por 100 mil habitantes, é possível realizar uma análise proporcional entre estados e regiões com diferentes tamanhos populacionais. As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas médias por 100 mil habitantes, com 219,3 e 215,2, respectivamente.

Desde a universalização da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, por meio da Portaria MS/GM nº 104, em 2011, para todos os serviços públicos e privados do Brasil, houve um aumento substancial na cobertura do SINAN. O número de municípios notificantes no país cresceu de 2.114 (38,0%) em

2011 para 4.381 (78,7%) em 2018, ampliando significativamente a cobertura do sistema. Em 2018, as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de cobertura, com 85,5% e 89,4%, respectivamente. Já as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores coberturas tanto em 2011 quanto em 2018, o que pode explicar as menores taxas de notificações observadas nessas regiões (Brasil, 2020).

Embora o estado de São Paulo tenha registrado o maior número absoluto de notificações, ao considerar as taxas por 100 mil habitantes, destacaram-se Mato Grosso do Sul (349,1), Roraima (268,6) e Minas Gerais (262,7). Em 2018, os estados com as maiores coberturas de notificação foram Roraima (100%), Minas Gerais (98,7%) e Espírito Santo (46,6%) (Brasil, 2020).

Em relação aos dados sociodemográficos, observa-se maior frequência de notificações entre mulheres de 18 a 29 anos (41,6%), brancas (41,3%) e pardas (38,1%), casadas/união consensual (35,6%) e solteiras (35,0%), com ensino médio completo (19,2%). As características das mulheres apontadas neste estudo corroboram outras pesquisas, evidenciando que a faixa etária mais atingida é composta por mulheres em idade reprodutiva, entre 20 e 59 anos (Andrade *et al*., 2020; Cavalcanti *et al*., 2021; Ferreira *et al.*, 2020). A violência de gênero é um fenômeno que afeta todas as mulheres, contudo, é fundamental discutir o problema considerando os recortes de raça/cor e reconhecendo as vulnerabilidades específicas de cada grupo demográfico (Cerqueira; Bueno, 2025).

Embora o estudo aponte maior índice de notificações entre mulheres brancas, é necessário reconhecer que mulheres negras e pardas vivenciam a violência de forma mais aguda. De acordo com o Atlas da Violência 2025, que apresenta dados referentes a 2023, 2.662 mulheres negras foram vítimas de homicídio, representando 68,2% do total de mulheres assassinadas no país. Esses números reforçam que, seja em sua forma letal ou não, a VCM negras é histórica e estrutural, evidenciando que o risco de uma mulher negra ser assassinada é maior (Cerqueira; Bueno, 2025).

No que se refere à situação conjugal, observou-se que as mulheres casadas/união consensual (35,6%) e as solteiras (35,0%) apresentaram o maior número de notificações. Esse achado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres casadas/união consensual, por viverem com um(a) companheiro(a), apresentam maior exposição a situações de violência por parceiro íntimo (VPI), que é uma das principais formas de VCM. Por outro lado, o elevado número de notificações entre mulheres solteiras sugere que a violência pode ocorrer precocemente nos

relacionamentos, como no namoro, e também em outros contextos, incluindo relações intrafamiliares, envolvendo outros membros da família. Os dados obtidos neste estudo corroboram com outras pesquisas, evidenciando maior frequência de notificações entre mulheres com parceiro (47,9%), seguidas daquelas sem parceiro (36,2%), o que pode estar relacionado à violência doméstica, praticada pelo companheiro (Andrade *et al*., 2020).

Dados recentes da 5ª edição da pesquisa *Visível e Invisível: Vitimização de Meninas e Mulheres*, realizada entre os dias 10 e 14 de fevereiro de 2025, referem-se a entrevistas com 1.040 mulheres em 126 municípios de diferentes portes. A maior prevalência de violência por parceiro ou ex-parceiro íntimo ao longo da vida foi observada entre mulheres divorciadas (58,5%), seguidas por solteiras (45,8%), casadas (31,7%) e viúvas (28,6%) (Bueno *et al*., 2025). Esses dados reforçam a importância de considerar a situação conjugal como um fator relevante na análise da VCM, uma vez que a exposição a contextos de violências pode variar de acordo com os vínculos familiares, a afinidade e as relações de afeto, independente do espaço de convívio.

Em relação à escolaridade, destaca-se que as notificações de violência foram mais frequentes em mulheres com ensino médio completo. Um estudo mostrou que a conclusão do ensino médio favorece o acesso à informação e aos serviços de saúde e segurança, estimulando a denúncia, a buscar apoio e o rompimento do ciclo da violência. Além disso, contribui para o fortalecimento da confiança e da autoestima das mulheres. Por outro lado, aquelas com menores níveis de escolaridade e com menos oportunidades de trabalho apresentam maior risco de envolvimento em situações de violência no contexto doméstico (Lanchimba; Díaz-Sánchez; Velasco, 2023). Um estudo realizado em um município do Paraná mostrou que a VCM ocorre em diferentes contextos econômicos e culturais, afetando mulheres de diferentes níveis de escolaridade. Observou-se maior frequência entre aquelas com mais de 8 anos de estudo, com 327 notificações entre mulheres com mais de 20 anos (Ferreira *et al*., 2020). Por outro lado, outro estudo realizado no estado do Paraná verificou que vítimas com menos de 8 anos de estudo foram mais acometidas (47,2%), evidenciando que níveis mais baixos de escolaridade podem estar relacionados ao desconhecimento sobre seus direitos (Andrade *et al*., 2020).

Embora grande parte (66,3%) da violência tenha sido registrada entre mulheres não gestantes, estudos indicam que a violência durante a gestação é frequentemente

subnotificada nos serviços de saúde. As gestantes não estão isentas de sofrer VPI e, muitas vezes, não são adequadamente identificadas ou notificadas durante o acompanhamento pré-natal. A VPI aumenta significativamente o risco de mortalidade materna, com o feminicídio sendo a principal causa de morte, representando 45,7% de todos os óbitos (Soares *et al.*, 2025).

Um estudo realizado em Caxias, que entrevistou 233 gestantes, revelou que a prevalência de violência durante a gestação foi de 33,0%, com predomínio da violência psicológica (18,9%). Além disso, fatores como a faixa etária inferior a 20 anos e o uso de drogas ilícitas pelo parceiro foram associados a um maior risco de VPI durante a gestação (Conceição; Coelho; Madeiro, 2021).

Esses dados reforçam que a baixa taxa de notificações envolvendo gestantes (4,5%) não indica a ausência de violência, mas sim uma subnotificação alarmante. Os serviços de pré-natal desempenham um papel importante na identificação de sinais de violência. É fundamental que os profissionais de saúde que atuam nesse contexto sejam capacitados para reconhecer indícios de violência, oferecer apoio às vítimas e realizar as notificações e encaminhamentos adequados. Essa abordagem é essencial para reduzir os riscos de subnotificação e garantir um cuidado integral tanto para a gestante quanto para o feto.

Em relação ao horário da ocorrência, observou-se maior frequência no período noturno, entre 18h e 23h59. Esse dado pode estar associado à maior permanência de vítimas e agressores no domicílio durante esse intervalo, o que, somado a fatores de risco como o consumo de álcool, o aumento da tensão doméstica, a redução de testemunhas e a menor disponibilidade de serviços públicos, podem contribuir para o aumento da violência e a subnotificação dos casos.

Além disso, um estudo realizado pelo FBSP em 2020, que analisou a violência doméstica durante a pandemia da COVID-19, revelou que 53% dos relatos de brigas entre casais vizinhos publicados no *Twitter*®, entre fevereiro e abril de 2020, ocorreram à noite ou na madrugada, entre 20h e 3h. Ao todo, foram coletadas 5.583 postagens que indicavam a ocorrência de violência doméstica. Um exemplo de relato destaca a gravidade da situação: “os vizinhos estavam brigando e ele bateu na mulher, eu não consigo ouvir isso e não sentir vontade de chorar, parece que eu sinto na pele tudo o que ela está sentindo.” Além disso, 25% do total de relatos foram publicados na noite de sexta-feira (FBSP, 2020).

Diante desse cenário, é fundamental a criação de campanhas de conscientização que divulguem os canais disponíveis para denúncias, como o Ligue 180, um serviço gratuito que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana. Também é importante ampliar a divulgação dos serviços especializados da rede de atendimento que oferecem suporte ininterrupto. Um exemplo é a recente Lei nº 14.541/2023, que determina o funcionamento das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) durante finais de semana e feriados, com atendimento realizado por agentes do sexo feminino, em ambiente reservado (Brasil, 2023).

No presente estudo, verificou-se que a maior parte das violências ocorreu no domicílio da vítima (69,3%), o que reforça o ambiente doméstico como o principal espaço de risco para as mulheres. Resultado semelhante foi observado em um estudo realizado no Paraná, no qual 71,3% das notificações ocorreram na residência, seguido pela via pública (10,3%). Dados divulgados no 18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública também apontam que 64,3% dos casos de feminicídio aconteceram dentro de casa (FBSP, 2024). Esses dados evidenciam que os agressores mais frequentes são, em geral, pessoas com quem as mulheres convivem e/ou mantêm uma relação íntima de afeto, confirmando a falta de segurança no próprio lar (Bueno *et al*., 2025).

Além disso, observou-se que a maior parte das violências (89,9%) notificadas não ocorreu no ambiente de trabalho, indicando que, nesses casos, o espaço profissional não foi o principal local de ocorrência. Quando comparado com o elevado percentual de ocorrências na residência da vítima (69,3%), os dados sugerem que a VCM ocorre majoritariamente em ambientes domésticos, frequentemente praticada por agressores com vínculo afetivo ou de convivência da vítima.

De acordo com o Atlas da Violência 2025, a persistência da violência doméstica pode estar relacionada ao fato de que a casa, diferentemente dos espaços públicos, é menos alcançada pelas ações de segurança pública e pelas campanhas educativas que reforçam a inaceitabilidade da violência de gênero, sendo o ambiente doméstico um espaço pouco vigiado, no qual o agressor tem maior controle sobre a vítima (Cerqueira; Bueno, 2025).

No que diz respeito à reincidência da violência, quase metade das notificações indicam que as mulheres relataram episódios repetidos de agressão. Dados da pesquisa *Visível e Invisível* corroboram esse cenário, revelando que, em 51,9% dos casos, a violência mais grave ocorreu uma ou duas vezes nos últimos 12 meses. Em 35,0% das situações, os episódios se repetiram de três a seis vezes; em 10,7% de

sete a dez vezes; e em 2,4% dos casos, mais de dez vezes. Esses dados consideram apenas os relatos em que as mulheres conseguiram recordar e quantificar os episódios de violência (Bueno *et al*., 2025). Essas informações reforçam o conceito do Ciclo da Violência, proposto em 1979 pela psicóloga estadunidense Lenore Walker, que identifica que as agressões ocorrem em um ciclo contínuo, dificultando o rompimento de relacionamentos abusivos (Walker, 1979).

A análise dos dados revelou que 68,1% das lesões notificadas não foram autoprovocadas, evidenciando que a maioria das violências registradas teve origem interpessoal. Isso indica que, na maior parte dos casos, a violência é praticada por outra pessoa, muitas vezes alguém com quem a vítima convive ou mantém vínculo afetivo. Em um estudo realizado no estado de São Paulo, utilizando dados do SINAN de 2014, apenas 15,4% dos casos notificados correspondiam a lesões autoprovocadas, o que reforça o predomínio da violência interpessoal (Carnevalle *et al*., 2019).

No que se refere à motivação da violência, chama a atenção o quantitativo de registros marcados como ignorado (25,6%), outros (21,9%) ou deixados em branco (17,9%). Esses dados evidenciam uma limitação importante do preenchimento das notificações, o que pode comprometer a análise dos fatores que motivam os casos de violência. Os serviços de saúde desempenham um papel fundamental na identificação da violência, visando oferecer o cuidado adequado às mulheres. Eles são ambientes propícios para acolher, reconhecer e notificar os casos antes que ocorram desfechos mais graves (Leite; Fontanella, 2019).

No entanto, tanto na prática quanto na literatura, observa-se que muitos profissionais de saúde ainda desconhecem os procedimentos corretos para a notificação. Além disso, há uma confusão entre a ficha de notificação destinada à vigilância epidemiológica e os documentos utilizados para o registro policial, como o boletim de ocorrência. Soma-se a isso a burocracia presente nos serviços de saúde, que muitas vezes dificulta a realização de notificações completas e adequadas (Leite; Fontanella, 2019).

Por outro lado, é preocupante o número significativo de casos motivados por sexismo (12,2%), o que reforça a violência de gênero e as desigualdades como um fenômeno estrutural enraizado na sociedade brasileira. Esse cenário é corroborado pelos achados da pesquisa realizada pelo FBSP, que revela que as mulheres

continuam sendo vítimas de violência no país, evidenciando a persistência e a gravidade desse problema ao longo do tempo (Cerqueira; Bueno, 2025).

Em relação aos tipos de violência, a violência física destacou-se com (69,3%), seguida pela violência psicológica/moral, que representou (30,7%). Esses dados corroboram outros estudos que também indicam a predominância da violência física e psicológica (Brasil, 2023; Stochero; Pinto, 2024). A violência física é definida como qualquer ato que comprometa a integridade ou a saúde corporal da mulher, enquanto a violência psicológica corresponde a qualquer ação que cause dano emocional, reduza a autoestima ou prejudique o desenvolvimento da mulher, por meio de ameaças, humilhações, manipulação, isolamento, entre outros meios que impactam sua saúde mental e autonomia (Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, 2011).

A predominância de notificações de violência física contra mulheres pode estar relacionada ao fato de que esse tipo de violência possui maior potencial de causar lesões que necessitam de atendimento nos serviços de saúde (Brasil, 2023). Assim, a violência psicológica tende a ser subnotificada nos sistemas de informação em saúde, uma vez que sua identificação apresenta desafios (Silva; Coelho; Caponi, 2007).

Quanto aos meios de agressão, a força corporal/espancamento foi a mais prevalente, representando (53,9%) dos casos, seguida por ameaça (19,4%), corroborando os dados da pesquisa realizada em 2020, que registrou 56% e 19,1% respectivamente (Andrade *et al*., 2020). Esses dados se inserem na dinâmica do ciclo da violência doméstica contra a mulher, composto por três fases: aumento da tensão, ato de violência e “lua de mel”. Nesse modelo, os vínculos afetivos são marcados por insultos, humilhações, intimidações e ameaças, que se acumulam e geram os conflitos. Esse período de tensão pode se estender por dias ou até anos, mas quando avança para a próxima fase, geralmente resulta em um episódio de violência, que pode se manifestar por meio de agressões físicas ou abusos sexuais (Lucena *et al*., 2016).

Entre as notificações de violência sexual, o tipo mais prevalente foi o estupro, representado 5,6% dos registros, seguido do assédio sexual, com 1,3%. De acordo com dados oficiais dos órgãos de Segurança Pública, é alarmante que, em 2023, no Brasil, uma mulher foi estuprada a cada seis minutos. O perfil das vítimas revelou que 88,2% eram do sexo feminino, 52,2% eram negras e 61,6% tinham até 13 anos. Além

disso, o relatório indicou um aumento de 48,7% nos casos de importunação sexual. Desde 2011, os casos de violência sexual mostraram um crescimento contínuo, com o Brasil atingindo recordes em 13 anos, resultando em um aumento de 91,5% no número de vítimas (FBSP, 2024).

No que se refere ao sexo do provável autor da violência, observa-se que as agressões foram, em sua maioria, cometidas por pessoas do sexo masculino, representando 55,9% dos casos. Verificou-se também que o agressor, na maioria dos casos (49,3%), encontrava-se na faixa etária adulta, entre 25 a 59 anos. Em 77,6% das notificações, houve a participação de apenas um agressor, sendo o cônjuge (23,5%) e o ex-cônjuge (9,6%), os que mais se destacaram como o segundo e o terceiro agressores mais frequentes neste estudo.

Dados da 5ª edição da pesquisa *Visível e Invisível* corroboram esses achados, indicando que os principais autores das violências sofridas pelas mulheres no ano anterior à pesquisa foram o cônjuge, o companheiro, o namorado ou o marido, com 40,0%, seguidos pelo ex-cônjuge, ex-companheiro ou ex-namorado, com 26,8% (Bueno *et al*., 2025).

A VCM é um fenômeno que resulta de desigualdades estruturais e questões de gênero, expressas em diferentes dinâmicas de poder entre homens e mulheres. Essas desigualdades afetam principalmente as mulheres, que historicamente ocupam posições de subalternidade, desvalorização e menor empoderamento. A VCM se manifesta como uma forma de controle sobre o corpo e a vida das mulheres em uma sociedade patriarcal e sexista, comprometendo sua autonomia e seus direitos. Essa violência ocorre em diversos contextos, incluindo o ambiente doméstico, comunitário, institucional e religioso (PNEVCM, 2011).

Chama atenção o fato de que, em 24,6% dos casos, o vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida foi a própria pessoa. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é a terceira principal causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos, com mais de 720.000 pessoas tirando a própria vida anualmente. Além disso, o suicídio está frequentemente associado a transtornos mentais, como depressão e abuso de álcool, e pode ocorrer em momentos de crise, quando a capacidade de lidar com conflitos de relacionamentos, problemas financeiros e estresse é comprometida. Assim, a vivência de abusos, violências, conflitos ou perdas está diretamente relacionada ao comportamento suicida (WHO, 2025).

Observa-se que, para mulheres vítimas de violência, as agressões impactam diretamente a saúde física, mental e social, resultando em transtornos de ansiedade, depressão, estresse, comprometimentos da sexualidade, além de distúrbios do sono e da alimentação (Lucena *et al*., 2016).

Nota-se que a ingestão de álcool por parte do agressor esteve presente em pouco menos de um terço (28,9%) dos casos analisados. Essa substância, de fácil acesso e legalizada, é frequentemente utilizada para a socialização e está amplamente normalizada nas rotinas e lares da sociedade. Muitas vezes, o consumo de álcool é utilizado como justificativa para atos de agressão, contribuindo, assim, para a violência doméstica. É importante considerar que um dos principais efeitos do álcool é a sua capacidade de encorajar e desinibir comportamentos, além de intensificar traços de personalidade agressiva. Isso pode resultar em agressões físicas e verbais, irritabilidade, discussões e brigas, além de contribuir para a naturalização da violência (Lopes *et al*., 2015).

Mulheres de todo o Brasil seguem sofrendo distintas formas de violência. A caracterização dos dados promove uma maior compreensão do fenômeno e pode ajudar no aprimoramento de políticas públicas voltadas às mulheres, com ênfase em fortalecer a proteção, amparo e combater a VCM.

Nos casos de VCM, a subnotificação é uma prática persistente. Assim, a crescente realização de campanhas e iniciativas de conscientização, promovidas por instituições públicas e privadas, tem contribuído para que as mulheres reconheçam como formas de violência comportamentos que anteriormente eram naturalizados ou socialmente aceitos. Além de serem tolerados, esses comportamentos eram frequentemente valorizados em uma sociedade machista. Com esse avanço de conscientização se traduz, no curto prazo, em um aumento significativo nas notificações de casos de violência (Bueno *et al*., 2025). A caracterização dos dados promove uma maior compreensão do fenômeno e pode ajudar no aprimoramento de políticas públicas voltadas às mulheres, com ênfase em fortalecer a proteção, amparo e combater a VCM.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo, por se tratar de uma pesquisa baseada em dados secundários, identificou-se um elevado número de notificações com informações incompletas, com campos ignorados e/ou deixados em branco. Essa limitação pode comprometer a caracterização dos casos de VCM e dificultar análises e discussões mais aprofundadas. Tal cenário pode refletir tanto o despreparo dos profissionais de saúde responsáveis pelo preenchimento das fichas quanto a omissão de informações por parte das vítimas.

Essa situação representa um alerta para os órgãos competentes quanto à necessidade de reforçar a importância da coleta completa e qualificada dos dados, promovendo maior sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde. Ressalta-se que o preenchimento adequado das fichas de notificação não deve ser visto apenas como uma exigência burocrática, mas como um instrumento fundamental para o reconhecimento do perfil das vítimas e para a produção de análises mais fidedignas, que subsidiem o fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento e erradicação da VCM.

Visando enfrentar essas limitações, o MS publicou o Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências, que apresenta orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Com essa publicação, busca-se capacitar os profissionais de saúde que atuam nos serviços de notificação, padronizar o preenchimento, uniformizar os conceitos utilizados e facilitar a compreensão dos blocos e campos que compõem a ficha de coleta (Brasil, 2016).

Com isso, a implementação de capacitações é fundamental para garantir que os dados coletados sejam completos e fidedignos, permitindo a formulação de estratégias mais eficazes no combate à VCM e contribuindo para o aprimoramento das ações de vigilância.

8 CONCLUSÃO

Durante o período analisado, foram registradas 1.657.786 notificações de VCM no Brasil, com maior prevalência na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo. As vítimas, em sua maioria, eram mulheres brancas, com idade entre 18 e 29 anos, casadas ou em união consensual, e com ensino médio completo. As violências ocorreram predominantemente na residência da vítima, sendo o(a) principal agressor(a), em muitos casos, a própria pessoa. No entanto, também se destacou o cônjuge ou ex-cônjuge como autor das agressões. A forma de violência mais registrada foi a física, por meio de força corporal e espancamento.

Esses dados evidenciam a importância de que os profissionais de saúde estejam preparados para acolher essas mulheres, oferecendo um atendimento ético, qualificado e livre de julgamentos morais. A caracterização apresentada pode subsidiar políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde da mulher, além de contribuir para a compreensão do perfil da violência.

A detecção de falhas no preenchimento das fichas de notificação reforça a necessidade de que os órgãos responsáveis pelos serviços de saúde realizem capacitações com os profissionais. É fundamental que esses profissionais compreendam a importância do preenchimento correto e completo das fichas, de modo a garantir dados mais fidedignos. Isso possibilitará a formulação de intervenções mais eficazes, uma vez que o elevado número de campos ignorados ou não preenchidos impacta diretamente a qualidade das informações e, consequentemente, o cuidado oferecido às vítimas.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, M. C. M. *et al*. Subnotificação e invisibilidade da violência contra a mulher. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, 2016. Supl. 1. Disponível em: https://rmmg.org/artigo/detalhes/2170. Acesso em: 23 jun. 2025.

ANDRADE, C. M. de. *et al*. Violência interpessoal e autoprovocada: caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. DOI: 10.5380/ce.v25i0.63758. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/63758. Acesso em: 24 jun. 2025.

ANUÁRIO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA 2024. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, ano 18, 2024. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253. Acesso em: 25 jun. 2025.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Número Especial. Brasília, DF: Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023/view. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Violência interpessoal/autoprovocada**: ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada, versão 5.1. Brasília, DF: SINAN, 2015. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/via/violencia_v5.pdf. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Mobilização nacional pelo fim do feminicídio chega ao Mineirão, em Belo Horizonte (MG)**. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/noticias/2024/outubro/mobilizacao-nacional-pelo-fim-do-feminicidio-chega-ao-mineirao-em-belo-horizonte-mg. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Coronavírus**: sobe o número de ligações para canal de denúncia de violência doméstica na quarentena. Brasília, DF: MDHC, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/marco/coronavirus-sobe-o-numero-de-ligacoes-para-canal-de-denuncia-de-violencia-domestica-na-quarentena. Acesso em: 06 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.406, Art. 5º, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. 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 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 13 maio 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.650, de 17 de maio de 2012**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, com a finalidade de modificar as regras relativas à prescrição dos crimes praticados contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12650.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.737, de 30 de novembro de 2012**. Dispõe sobre a tipificação criminal de

delitos informáticos; altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12737.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013**. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Brasília, DF: Presidência da República, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.104, de 9 de março de 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.718, de 24 de setembro de 2018**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13718.htm. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.772, de 19 de dezembro de 2018**. Altera a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para reconhecer que a violação da intimidade da mulher configura violência doméstica e familiar e para criminalizar o registro não autorizado de conteúdo com cena de nudez ou ato sexual ou libidinoso de caráter íntimo e privado. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13772.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.132, de 31 de março de 2021**. Acrescenta o art. 147-A ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para prever o crime de perseguição; e revoga o art. 65 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14132.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.192, de 4 de agosto de 2021**. Estabelece normas para prevenir, reprimir e combater a violência política contra a mulher; e altera a Lei nº 4.737, de 15 de julho

de 1965 (Código Eleitoral), a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995 (Lei dos Partidos Políticos) [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14192.htm. Acesso em: 17 jun. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.245, de 22 de novembro de 2021**. Altera os Decretos-Leis nos 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e a Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995 (Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais), para coibir a prática de atos atentatórios à dignidade da vítima e de testemunhas e para estabelecer causa de aumento de pena no crime de coação no curso do processo (Lei Mariana Ferrer). Brasília, DF: Presidência da República, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14245.htm. Acesso em: 26 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.541, de 3 de abril de 2023**. Dispõe sobre a criação e o funcionamento ininterrupto de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14541.htm. Acesso em: 25 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 14.448, de 9 de setembro de 2022**. Institui, em âmbito nacional, o Agosto Lilás como mês de proteção à mulher, destinado à conscientização para o fim da violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14448.htm. Acesso em: 13 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social. **Ligue 180 faz mais de 750 mil atendimentos em 2024**. Brasília, DF: SECOM, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/02/ligue-180-faz-mais-de-750-mil-atendimentos-em-2024. Acesso em: 23 jun. 2025.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis. Vigilância de violências e acidentes no Brasil: análise da cobertura da notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada nos municípios brasileiros. Boletim Epidemiológico, v. 51, n. 4, p. 11-17, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no-04.pdf/view. Acesso em: 23 jun. 2025.

BUENO, S*. et al*. **Feminicídios em 2023**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/244. Acesso em: 20 maio 2024.

BUENO, S. *et al*. **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 3. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/108. Acesso em: 06 jun. 2024.

BUENO, S. *et al.* **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/224. Acesso em: 20 maio 2020.

BUENO, S. *et al*. **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 5. ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2025. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/269. Acesso em: 24 jun. 2025.

CARNEVALLE, C. V*. et al*. Notificações de violências contra a mulher adulta no Estado de São Paulo em 2014. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 16, n. 181, p. 03-17, 2019. Disponível em: https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37697. Acesso em: 25 jun. 2025.

CAVALCANTI, G. de M. B. *et al*. Violence against women in the single health system / A violência contra a mulher no sistema único de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 12, p. 146-154, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7148. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7148. Acesso em: 24 jun. 2025.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2023**. Brasília, DF: IPEA; FBSP, 2023. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/9350-223443riatlasdaviolencia2023-final.pdf. Acesso em: 08 jun. 2024.

CERQUEIRA, D.; BUENO, S. (coord.). **Atlas da violência 2025**. Brasília, DF: IPEA; FBSP, 2025. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/276. Acesso em: 23 jun. 2025.

CONCEIÇÃO, H. N. da; COELHO, S. F.; MADEIRO, A. P. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo na gestação em Caxias, Maranhão, 2019-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 2, p. e2020848, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200012. Acesso em: 24 jun. 2025.

CRUZ, M. S.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p.

2531-2542, jul. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.23162017. Acesso em: 29 abr. 2024.

FERREIRA, I. A.; MORAES, S. S. Subnotificação e Lei Maria da Penha: o registro como instrumento para o enfrentamento dos casos de violência doméstica contra mulher considerando o anuário brasileiro de segurança pública (2019). **O Público e o Privado**, Fortaleza, v. 18, n. 37, set/dez, 2020. DOI: 10.52521/18.4108. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/view/4108. Acesso em: 11 jun. 2025.

FERREIRA, P. C. *et al*. Caracterização dos casos de violência contra mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 14, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243583. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/243583. Acesso em: 24 jun. 2025.

FONSECA, R. M. G. S.; OLIVEIRA, R. N. G.; GESSNER, R. Violência contra as mulheres e atenção primária à saúde: um olhar de gênero. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM; KALINOWSKI, C. E.; CROZETA, K.; COSTA, M. F. B. N. A. (org.). **PROENF Programa de Atualização em Enfermagem**: atenção primária e saúde da família: ciclo 5. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017. p. 111-47. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. São Paulo: **Fórum Brasileiro de Segurança Pública**, 2020. Disponível em: https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/103. Acesso em: 25 jun. 2025.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama do Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 23 jun. 2025.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **A lei na íntegra e comentada**. Fortaleza: IMP, 2025. Disponível em: https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/lei-maria-da-penha-na-integra-e-comentada.html. Acesso em: 15 jun. 2024.

LANCHIMBA, C.; DÍAZ-SÁNCHEZ, J. P.; VELASCO, F. Exploring factors influencing domestic violence: a comprehensive study on intrafamily dynamics. **Frontiers in psychiatry**, v. 14, p. 1243558, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1243558. Acesso em: 24 jun. 2025.

LEITE, A. de C.; FONTANELLA, B. J. B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2059, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2059. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059. Acesso em: 26 jun. 2025.

LOPES, A. P. A. T.; GANASSIN, G. S.; MARCON, S. S.; DECESARO, M. das N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estudos de**

Psicologia, Natal, v. 20, n. 1, p. 22-30, 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004. Acesso em: 26 jun. 2025.

LUCENA, K. D. T. de; DEININGER, L. de S. C.; COELHO, H. F.C.; MONTEIRO, A. C. C.; VIANNA, R. P. de T.; NASCIMENTO, J. A. do. Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822016000200003. Acesso em: 26 jun. 2025.

MAGALHÃES, B. de C. *et al*. "EMPODEREENF": construção de aplicativo para educação permanente de enfermeiros sobre violência psicológica contra a mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 5, e20200391, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/8vQ6TQKKbNmTYnTFgxyJGyK/?lang=en#. Acesso em: 06 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **OMS**: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. Brasília, DF: Casa ONU Brasil, 2021. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%AAncia. Acesso em: 29 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Uma mulher ou menina é morta a cada 10 minutos por seu parceiro íntimo ou outro membro da família. **ONU Mulheres**, [*S.l.*], 25 nov. 2024. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/noticias/uma-mulher-ou-menina-e-morta-a-cada-10-minutos-por-seu-parceiro-intimo-ou-outro-membro-da-familia/. Acesso em: 27 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Violência contra as mulheres e meninas é pandemia invisível, afirma diretora executiva da ONU Mulheres. **ONU Mulheres**, [*S.l.*], 07 abr. 2020. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/. Acesso em: 10 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Violência contra mulheres é "pandemia mais longa e mortal do mundo", diz secretário-geral da ONU. **ONU**, [*S.l.*], 23 mar. 2022. Disponível em: https://brasil.un.org/pt-br/175711-viol%C3%AAncia-contra-mulheres-%C3%A9-%E2%80%9Cpandemia-mais-longa-e-mortal-do-mundo%E2%80%9D-diz-secret%C3%A1rio-geral-da. Acesso em: 10 jun. 2025.

PERIGO dentro de casa: isolamento social aumenta violência contra a mulher. **CNN Brasil**, [*S.l.*], 01 jun. 2020. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/perigo-dentro-de-casa-isolamento-social-e-aumento-da-violencia-contra-a-mulher/. Acesso em: 29 abr. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. [Porto Alegre]: Grupo A, 2019. *E-book*. Minha Biblioteca. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714904/. Acesso em: 14 jun. 2024.

RABELO, L. do A.; AZAMBUJA, F. P. de; ARRUDA, R. A. de. Feminicídio: evolução histórica do conceito, uma análise cultural, a luz dos direitos humanos. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, Bebedouro, SP, v. 10, n. 2, p. 543–566, 2022. DOI: 10.25245/rdspp.v10i2.1145. Disponível em: https://portal.unifafibe.com.br:443/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/1145. Acesso em: 20 maio 2024.

SILVA, L. L. da; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009. Acesso em: 26 jun. 2025.

SOARES, M. Q. *et al*. Survival and risk of death among women with reports of intimate partner violence during pregnancy: a national cohort study in Brazil. **BMC Public Health**, London, GB, v. 25, n. 1, p. 1-11, 2025. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-23035-1. Acesso em: 24 jun. 2025.

SOUSA, R. de V.; UCHÔA, A. M. de V.; BARRETO, M. R. N. Fontes de informação sobre a violência contra a mulher no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 147, n. 2, p. e-6628376, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0101-6628.376. Acesso em: 23 jun. 2025.

SOUZA, A. A. C. de; CINTRA, R. B. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 77-86, jan. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-80422018261228. Acesso em: 06 maio 2024.

SOUZA, L. de J.; FARIAS, R. de C. P. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 144, p. 213-32, set. 2022. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.288. Acesso em: 29 abr. 2024.

STOCHERO, L.; PINTO, L. W. Caracterização das notificações de violência contra as mulheres que vivem em contextos rurais no Brasil, de 2011 a 2020. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 27, p. e240059, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720240059.2. Acesso em: 23 jun. 2025.

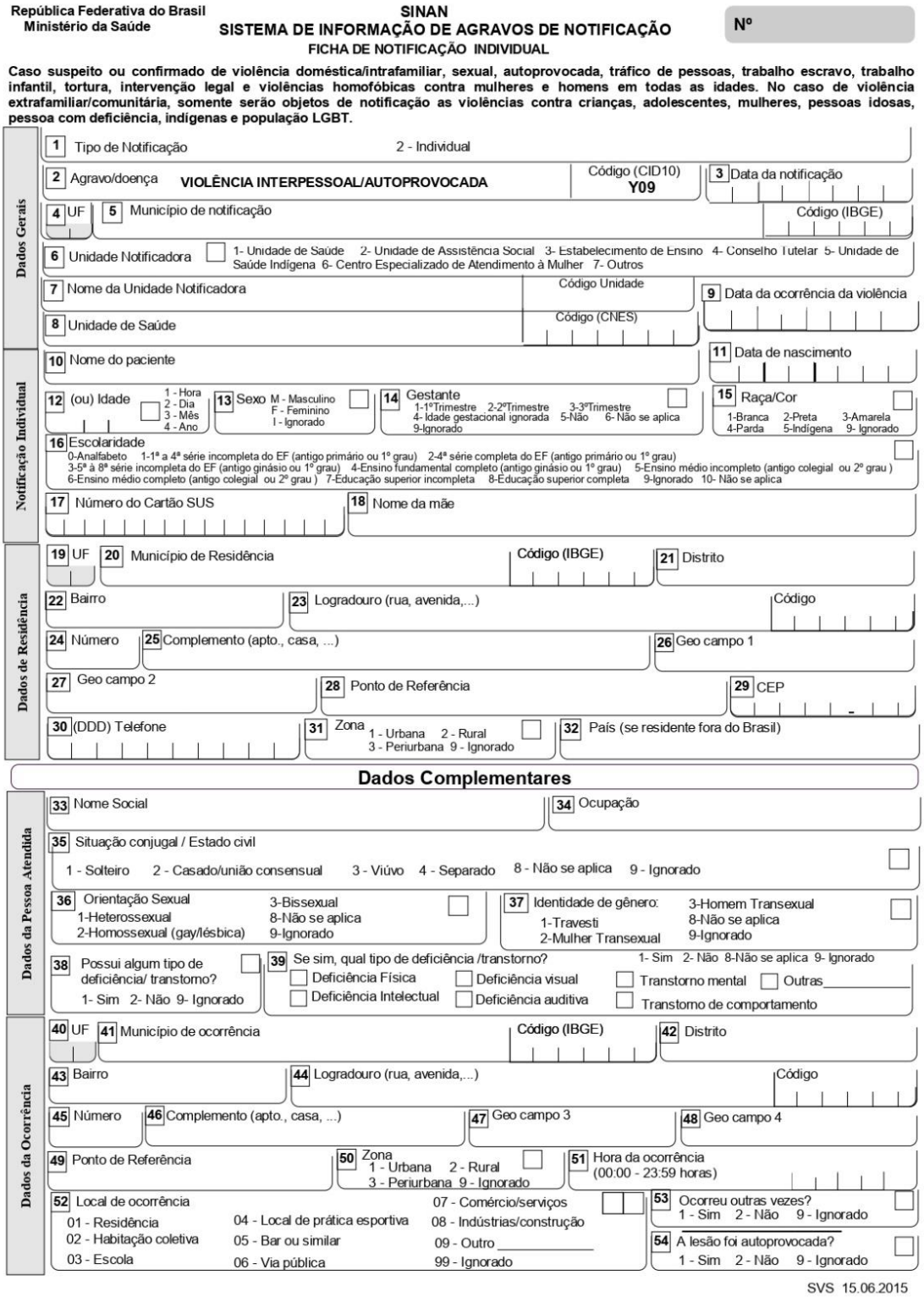
VASCONCELOS, N. M. de. *et al*. Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. e07732023, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mFrQ75wXPKNTVGt97yGFCRG/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 jun. 2025.

WALKER, L. **The battered woman**. New York: Harper and How, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Acesso em: 26 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women. Acesso em: 29 abr. 2024.

ANEXO A - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA — Código (CID10) Y09 — 3 Data da notificação

4 UF — 5 Município de notificação — Código (IBGE)

6 Unidade Notificadora — 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 — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 13 Sexo — M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 14 Gestante — 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado — 15 Raça/Cor — 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado

16 Escolaridade — 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 à 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 — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 32 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Dados da Pessoa Atendida

33 Nome Social — 34 Ocupação

35 Situação conjugal / Estado civil — 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado

36 Orientação Sexual — 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

37 Identidade de gênero: — 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado

38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? — 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? — 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado — Deficiência Física — Deficiência visual — Transtorno mental — Outras — Deficiência Intelectual — Deficiência auditiva — 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

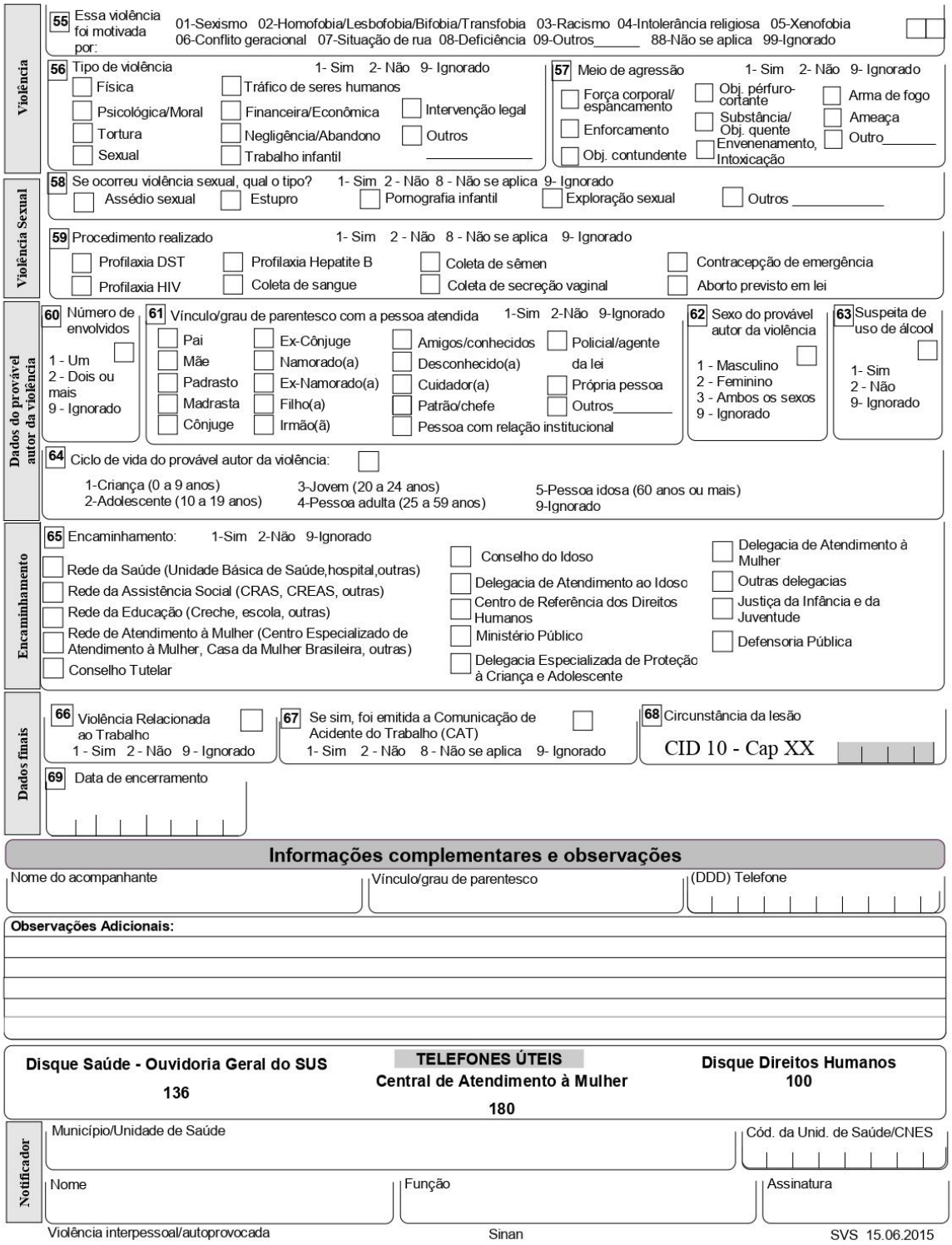
49 Ponto de Referência — 50 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)

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

SVS 15.06.2015



Fonte: SINAN, 2016.