

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Paula Celestino dos Santos

Femicídio e violência autoprovocada de mulheres no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir da *linkage* de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Rio de Janeiro

2021

Ana Paula Celestino dos Santos

Feminicídio e violência autoprovocada de mulheres no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir da *linkage* de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra Liana Wernersbach Pinto.

Coorientador: Prof. Dr Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Femicide and self-provoked injury in women in the city of Rio de Janeiro from 2011 to 2018: epidemiological analysis based on the linkage of databases from the Mortality Information System (SIM) and the Notifiable Diseases Information System (SINAN).

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237f Santos, Ana Paula Celestino dos.
Feminicídio e violência autoprovocada de mulheres no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir da linkage de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). / Ana Paula Celestino dos Santos. -- 2021.
80 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Liana Wernersbach Pinto.
Coorientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Violência contra a Mulher. 2. Mortalidade. 3. Sistemas de Informação. 4. Notificação. 5. Relacionamento de Banco de Dados.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.83

Ana Paula Celestino dos Santos

Feminicídio e violência autoprovocada de mulheres no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir da *linkage* de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 21 de julho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Luciane de Souza Velasque

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Prof.^a Dra. Kathie Njaine

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (Coorientador)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Prof.^a Dra. Liana Wernersbach Pinto (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

Rio de Janeiro.
2021

AGRADECIMENTOS

Durante o período de realização do meu mestrado, recebi muito apoio de pessoas que serei eternamente grata. Venho nesse espaço manifestar todo o reconhecimento e gratidão a todos que contribuíram direta e indiretamente para conclusão desse trabalho.

Ao meu marido, Wagner Tassinari, por seu imensurável apoio técnico, seu grande incentivo e por seu carinho, amor, companheirismo e paciência comigo em todo esse período, reconheço que não fui fácil. Você é meu amor.

Ao meu filho, Caio, que me ensina diariamente o dom de ser mãe e do amor incondicional. Obrigada por sua paciência e compreensão nesse período.

À minha mãe, Solange, minha maior incentivadora na vida, meu exemplo de força e amor.

Aos meus irmãos, Sergio e Ana Claudia e demais familiares, pelo apoio e compreensão pela minha ausência em alguns períodos.

Aos meus orientadores, Liana e Cosme, que aceitaram o desafio proposto do tema em questão e que tanto contribuíram na condução do trabalho e nos suportes técnicos e moral, em um período pandêmico que impôs tantas adversidades ao longo do processo.

À minha equipe da Divisão de Vigilância em Saúde da Coordenação de Saúde da AP 5.1 da SMS, que tanto me apoiaram no meu processo produtivo.

Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância, já
que viver é ser livre.
Simone de Beauvoir

Você tem que agir como se fosse possível transformar radicalmente o mundo. E você tem que
fazer isso o tempo todo.
Angela Davis

Os homens temem que as mulheres riam deles. As mulheres temem que os homens as matem.
Margaret Atwood

RESUMO

A violência contra a mulher representa um fenômeno social, multicausal, complexo e global, que persiste no tempo e se estende a diferentes culturas e sociedades. Por isso a necessidade de se conhecer melhor esse fenômeno. Este trabalho trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo descritivo a respeito da violência contra a mulher. O objetivo deste estudo foi investigar a associação existente entre mortes de mulheres de 15 a 49 anos no município do Rio de Janeiro com notificação prévia de violência, entre 2011 e 2018, a partir do *linkage* determinístico e probabilístico entre as bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Além das análises exploratórias de dados para verificar as frequências dos casos e óbitos por violência em relação a variável de exposição, foram realizadas análises bivariadas, utilizando teste de qui-quadrado, para identificar possíveis associações entre essas variáveis investigadas. O estudo constatou que no período compreendido entre 2011 a 2018, 281 mulheres que foram a óbito tinham notificação prévia de violência, dessas 55% foram por causas externas, agressão ou lesões autoprovocadas. Das mulheres notificadas que foram a óbito, observou-se a prevalência da raça/cor negra (63,7%) e escolaridade baixa (81,1%). As violências com maior prevalência nas notificações de mulheres que foram a óbito foram: violência física (60,8%) e violência autoprovocada 38,1%. O elevado número da violência contra a mulher revela que a rede de serviços e proteção precisa ser fortalecida. Além dos serviços de saúde pública, outras instituições e entidades governamentais ou não, precisam atuar de forma articulada, qualificada e continuada, para que a mulher que vivencia a violência tenha acesso a recursos que possibilitem sua proteção.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Mortalidade, Sistemas de Informação, Relacionamento de banco de dados.

ABSTRACT

Violence against women represents a social, multi-causal, complex and global phenomenon that persists over time and extends to different cultures and societies. Hence the need to better understand about this phenomenon. This work is a descriptive retrospective epidemiological study on violence against women. The aim of this study was to investigate the association between deaths of women aged 15 to 49 years in the city of Rio de Janeiro with previous notification of violence, between 2011 and 2018, based on the deterministic and probabilistic linkage between the datasets of the Mortality Information System (SIM) and the Notifiable Diseases Information System (SINAN). In addition to exploratory data analysis to verify the frequencies of cases and deaths from violence in relation to the exposure variables, bivariate analyzes were performed, using the chi-square test, to verify possible associations between these investigated variables. The study found that in the period from 2011 to 2018, 281 women who died had previous notification of violence, of which 55% were due to external causes, aggression or self-harm. Of the notified women who died, there was a prevalence of black woman (63.7%) and low education (less than or equal to seven years) (81.1%). The most prevalent types of violence in the notifications of women who died were physical violence (60.8%) and self-inflicted violence 38.1%. The high number of violence against women reveals that the network of services and protection needs to be strengthened. In addition to public health services, other institutions, and entities, governmental or not, need to act in an articulated, qualified, and work in a continuous way, for the women who experience violence have access to resources that enable their protection.

Keywords: Violence against women, Mortality, Information Systems, Linkage.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Esquema demonstrativo da linkage entre SIM e SINAN:	39
Figura 2- Quantitativo de notificações de mulheres de 15 a 49 anos no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018.	42
Quadro 1 – Descrição das variáveis da Ficha de Notificação (SINAN) de violência interpessoal e autoprovocada.	38
Quadro 2- Descrição das variáveis da Declaração de óbito - SIM/ DATASUS.	39
Quadro 3- Passos do método probabilístico e pares encontrados entre linkage dos bancos SIM e SINAN.	38
Quadro 4- Resultado de pares encontrados nas etapas da linkage entre SIM e SINAN.	38

Do Artigo:

Figura 1 -Distribuição do tempo de notificação até o óbito por tipo de causa de óbito.	60
Figura 2- Curvas de sobrevida do tempo de notificação até o óbito por tipo de causa de óbito.	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição quanto à natureza da violência das notificações de mulheres de 15 a 49 anos por violência de 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro.	43
Tabela 2- Características das mulheres de 15 a 49 anos que foram notificadas por violência de 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro.	44
Tabela 3- Características da violência, do meio de agressão empregado e do provável autor das notificações de violência de mulheres de 15 a 49 para o período de 2011 a 2018, município do Rio de Janeiro.	45
Tabela 4- Características dos óbitos de mulheres de 15 a 49 anos segundo faixa etária, escolaridade, raça e estado civil, município do Rio de Janeiro, 2011- 2018.....	50
Tabela 5- Características dos óbitos de mulheres de 15 a 49 anos segundo causa básica, município do Rio de Janeiro, 2011-2018.....	51

Do Artigo:

Tabela 1- Características das mulheres, de 15 a 49 anos, que foram a óbito com e sem notificação, segundo faixa etária, escolaridade, raça/cor e estado civil, município do Rio de Janeiro, 2011-2018.	57
Tabela 2- Comparação da causa da morte entre os óbitos de mulheres com e sem notificação.	58
Tabela 3- Comparação de mulheres, 15 a 49 anos, com notificação que foram a óbito ou não segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, gestação, relação com agressor, meio de agressão, reincidência e natureza da violência, município do Rio de Janeiro	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNDM	Conselho Nacional de Direitos das Mulheres
CAP	Coordenadoria de Área Programática
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especial de Mulheres
DO	Declaração de Óbito
GAR	Grupo Articulador Regional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NPSPV	Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atendimento Integral à Saúde da Mulher
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância das Violências e Acidentes
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. JUSTIFICATIVA	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL:	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	15
4. MARCO TEÓRICO	16
4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	16
4.2 FEMINICÍDIO	20
4.3 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA – TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	24
4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES.....	25
4.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: SIM E SINAN	28
5. MATERIAIS E MÉTODOS	32
5.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO	32
5.2 BASES DE DADOS	32
5.3 RELACIONAMENTO ENTRE BANCOS DE DADOS DO SIM E DO SINAN	36
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:.....	41
6. RESULTADOS	42
6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS BANCOS DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DO SINAN E DE MORTALIDADE DO SIM.....	42
6.2 ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE OS BANCOS DE DADOS SIM E SINAN.....	48
Artigo: Violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir de <i>linkage</i> de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).....	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74

1. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno global e multifatorial que atravessa as relações humanas e determina consequências sociais e psicológicas, na saúde como um todo, dos indivíduos, grupos ou comunidades, além de gerar impactos econômicos e previdenciários. Apresenta raízes culturais, políticas, sociais e econômicas e é generalizada, está presente em todo o mundo, em diferentes culturas e diferentes classes sociais. Se caracteriza por relações desiguais de poder e violação de direitos humanos e constitui um grave problema social e de saúde pública. A violência, juntamente com os acidentes, tanto no mundo, quanto no Brasil, expressa-se como uma das grandes causas de morbimortalidade, e se revela como um problema desafiador para o poder público (MINAYO, 2013; BARUFALDI et al., 2017; LEITE et al., 2017; SOUTO et al., 2017).

A violência se manifesta de forma universal, atingindo todos os sexos, raças e etnias, classes econômicas e fases de vida. Apresenta-se como uma questão mundial, e que está presente em famílias de diferentes credos e religiões, cujos efeitos resultam em consequências nas vidas dos indivíduos em diferentes níveis (LEITE et al., 2017). Em meio às diversas formas de violência existentes, o estudo em questão se deterá sobre a violência contra a mulher. Como um fenômeno social, a violência contra a mulher não pode ser dissociada da dimensão de gênero, ou seja, “a construção social, política e cultural das masculinidades e feminilidades, assim como das relações entre homens e mulheres” (SCOTT, 1998 apud PINTO, 2017, p.203). Constitui como expressão mais perversa das relações desiguais de gênero.

Os estudos existentes sobre a temática demonstram que os principais perpetradores da violência contra as mulheres são os parceiros íntimos, ocorrendo em grande parte no âmbito doméstico. Mulheres que sofrem violência se apresentam em relações permeadas de iniquidades de poder que se expressam em atos violentos e que podem culminar na morte, no feminicídio, manifestação mais extrema dessa violência (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; STÖCKL et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada, em sua maior parte, por seus parceiros (BARUFALDI et al., 2017).

O Atlas da Violência de 2020 apresentou em seu relatório que entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres (CERQUEIRA, 2020).

O Dossiê Mulher (2020), analisando os dados do Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro (ISP), apresentou que a violência física é a forma que concentra o maior número de vítimas, totalizando 42.382 (33,0%) mulheres em 2019, ou seja, uma a cada três mulheres vítimas no estado do Rio de Janeiro sofreu violência física em 2019. Sobre homicídio, 308 mulheres foram mortas em 2019. Sobre relação com autores dos crimes de homicídio, 24,7% das mulheres tinham relação próxima com eles. Grande parte dos homicídios dolosos de mulheres ocorreram no interior do domicílio (36,4%), totalizando 112 vítimas, o que podem demonstrar que os autores eram conhecidos (MANSO et al., 2019; CERQUEIRA et al., 2020).

O trabalho em questão pretende discutir a violência perpetrada contra a mulher e seus aspectos epidemiológicos a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Traçar o perfil das mulheres que sofreram violência de 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro, e verificar, a partir de relacionamento das bases de dados, se as mulheres mortas por agressão no mesmo período tiveram notificação prévia de violência interpessoal ou autoprovocada no SINAN.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha atuação como Assistente Social da Secretaria de Saúde da Prefeitura do município do Rio de Janeiro, onde trabalho desde 2002. A partir de 2018 iniciei minhas atividades como Sanitarista na Divisão de Vigilância em Saúde da Coordenadoria da Área Programática 5.1 (CAP 5.1), a qual abrange os bairros de Senador Camará, Bangu, Padre Miguel, Realengo, Magalhães Bastos, Jardim Sulacap e Campo dos Afonsos.

Na Secretaria Municipal de Saúde pertencço ao Grupo Articulador Regional de Prevenção das Violências. O município do Rio de Janeiro em 2009 criou o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV) e um grupo articulador regional por Coordenadoria de Área Programática. Atuo no Grupo Articulador Regional (GAR) da CAP 5.1. O GAR realiza treinamento e sensibilização sobre a Linha de Cuidado da Violência para profissionais de saúde da rede hospitalar e da Atenção Primária de Saúde, além de reuniões para organização da rede local, monitoramento, encaminhamentos e articulação dos acompanhamentos dos casos notificados.

Na minha atuação profissional observei o grande número de notificações de violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro e Brasil em geral, o que despertou minha atenção para o problema. Paralelamente a mídia vem mostrando muitos casos da forma mais extrema dessa violência, ou seja, o feminicídio, que são homicídios de mulheres por razões baseadas em desigualdade de gênero.

A escolha pelo município do Rio de Janeiro se deu pelo fato deste constituir meu local de trabalho e por se tratar de um município que se organiza a partir do preconizado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência e possuir o Núcleo de Promoção e Prevenção da Paz, do qual faço parte. Se trata de um município pioneiro no Brasil na preocupação com a violência no setor Saúde, e que já na década de 1990 trabalhava com uma ficha de notificação de violência contra a criança.

A ficha de notificação ao longo dos anos sofreu modificações, foi universalizada para todo o país e ampliou o público-alvo de notificações, passaram a ser notificados violências domésticas também de mulheres e idosos. Em 2010 a ficha de notificação já no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) passou a ser utilizada em todo estado do Rio de Janeiro. A ficha é utilizada, desde então, por todas as unidades de saúde do município e deve descrever minimamente dados sobre a vítima, tipo de violência sofrido, meios utilizados nessa violência, motivação da violência, informações sobre o autor, local onde ocorreu a

violência e encaminhamentos realizados no momento do primeiro atendimento. Trabalhando na Divisão de Vigilância em Saúde foi possível ter a dimensão dos casos de violência atendidos e notificados nas unidades de saúde do território, e possibilitou também uma melhor organização dos casos encaminhados para o atendimento e acompanhamento nas respectivas unidades de referência da AP 5.1.

O presente estudo se propõe a abordar um tema ainda pouco investigado no Brasil, com a utilização de bases de dados de sistemas de informação da saúde para traçar a relação de notificação prévia de violência com o óbito de mulheres. Em pesquisa de busca bibliográfica nas bases SCIELO e PUBMED sobre artigos que trabalhassem relacionamento de bases de dados de violência contra a mulher foi encontrado apenas pesquisa de Barufaldi (2017) que analisa comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. Recentemente foi publicado o Saúde Brasil 2018 – Uma análise da situação de saúde e das doenças crônicas, no qual dois artigos realizam relacionamento entre bases de dados para o tema violência. Um relaciona mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e violência notificada, e um outro sobre risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação (BRASIL, 2019).

Considerando o restrito número de estudos com relacionamento de bases de dados de sistemas de informação sobre a violência contra a mulher e a importância do tema, tendo em vista o que a violência pode determinar para vida das mulheres, a pesquisa em questão poderá contribuir muito para o entendimento e dimensionamento do fenômeno.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a associação existente entre as mortes de mulheres do município do Rio de Janeiro com notificação prévia de violência, a partir de *linkage* de bases de dados do SIM e do SINAN, de 2011 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o perfil de mulheres vítimas de violência que foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2018.
- Investigar as características dos eventos de violência contra as mulheres bem como dos prováveis autores das notificações de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2018.
- Analisar o perfil de óbitos femininos registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) no município do Rio de Janeiro no período de 2011 a 2018, destacando as causas externas.
- Analisar os registros de mulheres de 15 a 49 anos, que foram a óbito por causas externas e que tiveram notificação prévias das que não tiveram notificação.
- Verificar associação entre notificação de violência e óbito de mulheres de 15 a 49 anos residentes no município do Rio de Janeiro.
- Analisar sobrevida de mulheres de 15 a 49 anos residentes no município do Rio de Janeiro notificadas por violência que foram a óbito.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência consiste em fenômeno complexo, multicausal, histórico que sempre fez parte da realidade humana e está presente em diferentes sociedades e culturas em todo o mundo. Constitui-se como uma questão global que resulta em diversos impactos sociais, psicológicos, econômicos, que afetam a vida dos indivíduos e também os serviços de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2007). A Organização Mundial da Saúde em 2002 no “Relatório mundial sobre violência e saúde” conceitua violência como:

“uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p.5).

Há três grandes categorias de tipos de violência conforme as características de quem cometeu o ato. São elas: violência auto infligida (autoagressões, ideações, tentativas de suicídio e suicídio consumado), violência interpessoal (violência intrafamiliar e comunitária) e violência coletiva (violência política, econômica, de classes, guerras, terrorismos). Quanto à natureza dos atos violentos, estes podem ser de ordem física, sexual, psicológica ou por privação ou negligência (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO et al., 2018).

Em meio as diversas formas de violência que existem, a violência contra a mulher representa um fenômeno social, multicausal e global, que se estende em todas as classes sociais, culturas e sociedades. A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu a violência contra a mulher como sendo:

“qualquer ato de violência baseada no gênero que resulte, ou possa resultar, em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada” (Assembleia Geral da ONU, 1993).

Em 2012 a OMS incorporou outros aspectos que precisam ser considerados nesse conceito, tais como o assédio verbal, outras formas de abuso emocional, a violência física e sexual e o feminicídio (OMS, 2012). Organismos internacionais começaram a se mobilizar contra este tipo de violência depois de 1975, quando a ONU realizou o primeiro Dia Internacional da Mulher.

Na década de 1980, o fenômeno da violência de gênero passou a ser um dos principais objetos de estudos feministas, fruto de amadurecimento dos movimentos sociais no período de redemocratização do país. O movimento feminista nesse período se preocupava em dar visibilidade à violência contra as mulheres e iniciou uma luta para o seu enfrentamento e a

busca por justiça para os crimes de morte de mulheres foi uma de suas bandeiras (CASSAB, 2015 e ONU Mulheres, 2016).

A Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1994, ao aprovar a Convenção de Belém do Pará, declarou que “a violência de gênero contra a mulher é uma ofensa à dignidade humana e uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres” (BARSTED, 2015). Segundo a Convenção a violência contra a mulher atravessa diferentes setores da sociedade, independente de classe social, raça ou etnia, cultura, religião e afeta negativamente a sociedade. Consiste em uma violação grave aos direitos humanos e das liberdades fundamentais.

A violência contra a mulher tem maior enfoque nos estudos e políticas de intervenção na área da saúde a partir dos anos noventa, ao mesmo tempo em que se firma internacionalmente como questão de direitos humanos (D’OLIVEIRA et al., 2009). O setor saúde consiste em um locus privilegiado para se identificar, prestar assistência e notificar (gerar dados epidemiológicos) os casos de violência.

A violência contra a mulher tem que ser entendida sobre o olhar de gênero. Segundo Scott (1990), gênero é o conjunto de referências que estrutura a organização material e simbólica de toda a vida social. A elaboração que se dá em torno do gênero será, portanto, uma construção conceitual da dimensão relacional no exercício das feminilidades/masculinidades, apontando sempre para uma desigualdade de poder historicamente dada. Este processo recorre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos. O gênero é determinado por uma construção social, histórica e política estabelecida na diferença entre homens e mulheres (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2009).

Santos e Izumino (2005) afirmam existir três correntes teóricas que explicam a violência contra a mulher, a de dominação masculina, a dominação patriarcal e a relacional. “A dominação masculina define violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, levando à anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como ‘vítima’ quanto como ‘cúmplice’ dessa ‘dominação’”. Ocorre a destituição da autonomia da mulher. “As mulheres são “cúmplices” da violência e contribuem para a reprodução de sua “dependência” porque são “instrumentos” da dominação masculina (p.150)”. A dominação patriarcal compreende a violência “como expressão do patriarcado, em que a mulher é vista como sujeito social autônomo, embora seja historicamente vítima do controle social masculino”. Nessa perspectiva as mulheres são vítimas da violência e não cúmplices. A terceira vertente é a de violência como relacional, “o fenômeno da violência conjugal como

uma forma de comunicação em que homens e mulheres conferem significado às suas práticas. A violência conjugal trata-se mais de um jogo relacional do que de uma luta de poder”. O casal apresenta um relacionamento em que a comunicação entre eles se dá de forma violenta, ainda que o arranjo possa ser entendido como perverso, é uma forma de relacionamento. Ocorre, portanto uma relativização das noções de dominação masculina e vitimização feminina.

A violência expressa relações de poder assimétricas e desiguais baseadas no gênero. São “relações permeadas de poder, força ou coerção, ou seja, um processo de dominação expresso por inúmeras formas de violência praticada pelo homem contra a mulher” (CASSAB, 2015). A força física pode se transformar em um instrumento de efetivação do poder masculino. As situações de violência, em relações de intimidade, as mulheres são mais vitimizadas, principalmente em sociedades em que desigualdades entre homens e mulheres são mais presentes (NJAINÉ et al, 2007).

Mulheres negras são as que mais sofrem violência, assim além do marcador do gênero observa-se outro marcador de diferença, o relativo à raça. Historicamente gênero e raça foram reforçados como marcadores de desigualdade sendo utilizados para legitimar a negação de direitos, a opressão e a humilhação. As mulheres negras são duplamente violentadas. Perceber as singularidades de cada violência é perceber que os marcadores sociais são mais desiguais em relação à raça, etnia, classe, orientação sexual, idade e identidade de gênero (SALGADO, 2017; VIGANO; LAFFIN, 2019).

De acordo com Bilge (2009, p. 70), que sintetizou o conceito de interseccionalidade¹ de Crenshaw e outras feministas:

A interseccionalidade remete a uma teoria transdisciplinar que visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Ela refuta o enclausuramento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social que são as categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual. O enfoque interseccional vai além do simples reconhecimento da multiplicidade dos sistemas de opressão que opera a partir dessas categorias e postula sua interação na produção e na reprodução das desigualdades sociais (APUD HIRATA, 2014).

A violência de gênero se constitui como uma das grandes causas de morbimortalidade de mulheres. As formas mais frequentes dessa violência ocorrem no âmbito familiar, entre parceiros íntimos, reforçando o caráter relacional, onde estão presentes relações de poder desiguais, hierarquizadas e assimétricas (PINTO, 2019). A subalternidade não implica necessariamente em ausência de poder, a relação de poder não deve ser entendida como

¹ A interseccionalidade é um conceito que tem ganhado cada vez mais espaço nos debates e nas pesquisas acadêmicas, inclusive no Brasil. Foi Kimberlé Crenshaw, jurista estadunidense, quem a nomeou em 1989.

estranque, ela é exercida de forma dinâmica e relacional tanto por homens quanto por mulheres, ainda que de forma desigual (CASSAB, 2015).

A violência contra a mulher como violência de gênero pode vir em uma forma de reconquista de poder ou como forma de prevenir a perda do poder, pois reflete um sentimento de posse. Alguns estudos relatam como justificativa dos autores de violência o fato da mulher não cumprir adequadamente seu papel de gênero designado socialmente como esposa, como mãe, como dona de casa e, isso perpassa diferentes sociedades e culturas ainda na contemporaneidade, refletem valores sexistas, de origem patriarcal. A violência como um caráter punitivo e disciplinador contra aquela que atentou contra a honra masculina, opera como um mecanismo de controle e dominação (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; BANDEIRA, 2014; MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017; MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

A literatura discute alguns aspectos de vulnerabilidade que podem contribuir para a violência conjugal tais como faixa etária, raça e etnia, baixa escolaridade, pouca rede social, multiparidade, exclusão do mercado de trabalho associada à falta de autonomia financeira e condições socioeconômicas em geral (ZUMA, 2007, REICHENHEIM et al, 2011, BARUFALDI, 2017 e BRASIL, 2019). De acordo com o grau de vulnerabilidade da mulher, a relação com o parceiro íntimo pode se tornar ainda mais desigual e a possibilidade de a mesma sair da relação violenta se torna mais difícil.

A violência pode provocar morte ou incapacidade e atinge com maior prevalência mulheres em idade reprodutiva, pode anular ou diminuir a autonomia como sujeito. Os efeitos da violência são de curto, médio e longo prazo. Alguns desses efeitos são imediatos como lesões e traumas que levam a serviços de emergência, outros são indiretos e de longo prazo como dores crônicas, dores abdominais e problemas gastrointestinais, infecções urinárias de repetição, infecção por HIV, gravidez indesejada, doenças ginecológicas e sexualmente transmissíveis, aborto induzido, déficit nutricional, distúrbios neurológicos, doenças não transmissíveis como hipertensão, câncer e doenças cardiovasculares, uso de álcool, depressão, transtorno de estresse pós traumático, ansiedade, transtornos mentais, suicídio e mortes por homicídio. Autores chamam atenção ainda para a gravidez como fator de risco para a violência e que neste período a violência contra a mulher pode ser duas vezes mais frequente (ZUMA et al, 2007; D'OLIVEIRA et al, 2009; BRASIL, 2019).

No Brasil a violência física entre parceiros íntimos apresenta maior prevalência nas regiões Norte e Nordeste, menos desenvolvida e onde prevalece uma cultura patriarcal, marcada por desigualdade de gêneros (REICHENHEIM et al, 2011). Comunidades que

apresentam características mais conservadoras com diferenças de papéis entre homens e mulheres muito rígidas e hierárquicas, as mulheres podem permanecer submissas, cumprindo essencialmente os papéis designados a ela culturalmente e socialmente. No Brasil as regiões se apresentam de forma diferente e alguns locais apresentam regras mais tradicionais que outros. Nas comunidades mais conservadoras as mulheres podem apresentar uma capacidade de suportar a violência sofrida por parceiro íntimo por longo tempo, evitando conflitos e risco de morte. Ao contrário do que pode acontecer em cidades maiores, mais modernas, onde a cultura é diferente, e padrões de gênero são mais flexibilizados (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

Por outro lado, em sociedades onde as mulheres possuem mais autonomia econômica e mais escolaridade, é possível observar, como alguns estudos revelam, um aumento de casos de violência contra a mulher. Pode haver, nesses casos, um tensionamento nos padrões tradicionais de gênero, aumentando o risco de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009; MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

A entrada de mulheres no mercado de trabalho em posições privilegiadas, assim como em escolas e universidades, posições essas em que os homens anteriormente tinham a autoridade, tem proporcionado conflitos nas relações de gênero que podem determinar uso da violência como forma de resgatar os papéis de “chefe”, “liderança” das famílias (SCHARAIBER et al., 2005).

4.2 FEMINICÍDIO

O femicídio ou feminicídio representa a fase mais perversa e extrema da violência contra as mulheres e se expressa por meio de assassinatos destas por razões baseadas nas desigualdades entre os gêneros (BARUFALDI, 2017). É a morte da mulher pelo simples fato dela ser mulher. Muitos dos crimes de violência perpetrados contra mulheres, principalmente femicídios por parceiros íntimos, ocorrem após longo período de violência e podem ser considerados mortes anunciadas (MENEGHEL, 2017). Femicídios são mais frequentes quando as relações de gênero são rígidas e tradicionais e as mulheres ocupam posição de subordinação; e em cenários em que há relações desiguais de poder entre os gêneros, permanecendo o domínio dos homens sobre as mulheres (STÖCKL et al., 2013; GARCIA, 2016).

O conceito femicídio foi utilizado pela primeira vez por Diana Russel em 1976 no Tribunal Internacional Sobre Crimes Contra as Mulheres, em Bruxelas (GAWRYSZEWSKI et al., 2006). É um tipo de crime definido por Diana Russel como terrorismo social, um

mecanismo social para manter mulheres sob controle, em uma manifestação masculina pública de poder. O conceito vai contra a posição até então de neutralidade dos homicídios cometidos contra a mulher. O termo feminicídio possui um caráter influenciado pela assimetria de gênero e pela misoginia (SALGADO, 2017).

Como afirmam Meneghel & Lerma:

O conceito ancora-se na perspectiva da desigualdade de poder entre homens e mulheres, o que lhes assegura o direito de dominação nas relações com as mulheres tanto no âmbito da intimidade quanto na vida pública social, o que, por sua vez, autoriza o uso da violência, inclusive a letal, para fazer valer sua vontade sobre as mulheres. Portanto, o femicídio é parte dos mecanismos de perpetuação da dominação masculina, estando profundamente enraizado na sociedade e na cultura patriarcal (2017, p.119).

Posteriormente, em 1990, o termo femicídio foi redefinido por Caputti e Russel para discutir as diversas violações contra as mulheres que incluía abusos físicos e psicológicos (como estupro, tortura, escravidão sexual, incesto, assédio sexual e outros, que resultassem em mortes), morte violenta de mulheres por razões de gênero. Sobre essa questão Pasinato discute que:

“Russel e Radford utilizaram essa expressão para designar os assassinatos de mulheres que teriam sido provocados pelo fato de serem mulheres. Com essa primeira aproximação sobre o significado dessas mortes, as autoras salientam que as mortes classificadas como femicídio resultariam de uma discriminação baseada no gênero, não sendo identificadas conexões com outros marcadores de diferença tais como raça/etnia ou geração. Ainda segundo as mesmas autoras, outra característica que define femicídio é não ser um fato isolado na vida das mulheres vitimizadas, mas apresentar-se como o ponto final em um continuum de terror, que inclui abusos verbais e físicos e uma extensa gama de manifestações de violência e privações a que as mulheres são submetidas ao longo de suas vidas. Sempre que esses abusos resultam na morte da mulher, eles devem ser reconhecidos como femicídio” (PASINATO, 2011a)

Segundo Russel, femicídio:

“está no ponto mais extremo do contínuo de terror anti-feminino que inclui uma vasta gama de abusos verbais e físicos, tais como estupro, tortura, escravização sexual (particularmente a prostituição), abuso sexual infantil incestuoso e extra-familiar, espancamento físico e emocional, assédio sexual (ao telefone, na rua, no escritório e na sala de aula), mutilação genital (cliterodectomia, excisão, infibulações), operações ginecológicas desnecessárias, heterossexualidade forçada, esterilização forçada, maternidade forçada (ao criminalizar a contracepção e o aborto), psicocirurgia, privação de comida para mulheres em algumas culturas, cirurgias cosméticas e outras mutilações em nome do embelezamento. Onde quer que estas formas de terrorismo resultem em mortes, elas se tornam femicídios.” (RUSSEL, 1992,2).

Esse conceito diz respeito a todas as situações em que mulheres são mortas em decorrência de atitude misóginas (CERQUEIRA et al., 2016).

A antropóloga e deputada mexicana Marcela Lagarde, em 2006, a partir da expressão femicídio propôs o termo feminicídio, pois segundo ela o primeiro significa simplesmente

morte de mulheres. Femicídio segundo Lagarde, expressa mortes ocorridas em meio a um quadro de impunidade, omissão, negligência e conivência de autoridades estatais. Essa pesquisadora afirma que precisa ser incluído no termo a responsabilidade do estado. Não há consenso sobre a diferença entre cada um dos conceitos. Não é um homicídio comum, tem uma dimensão política e de gênero, e tem um caráter global. No Brasil, a legislação adota o termo feminicídio (CAICEDO-ROA et al., 2019).

A desigualdade e assimetria de gêneros impostas pelo sistema patriarcal associado à violência estrutural podem ser considerados fatores determinantes para o feminicídio (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

Os perpetradores de feminicídio geralmente são homens, e na maioria das vezes são parceiros ou ex-parceiros, e ocorrem após situações de agressões no domicílio, ameaças, intimidações ou violência sexual, situações essas em que a mulher tem menos possibilidades ou recursos do que o homem (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

A literatura também mostra a relação entre consumo abusivo de álcool e violência doméstica. As mulheres que vivem com homens usuários de drogas, lícitas ou ilícitas, apresentam maior risco de sofrerem agressão (ACOSTA et al., 2015).

Importante a análise de alguns estudos que demonstram que ocorrem muitas mortes femininas em territórios com grande presença de evangélicos pentecostais. Igrejas pentecostais compartilham valores patriarcais tradicionais que reforçam o papel submisso da mulher em relação a autoridade masculina. Onde a mulher deve ser permissiva com as agressões e subordinada aos homens. O fundamentalismo religioso estabelece um ataque aos direitos das mulheres. O avanço do neoconservadorismo estimula a ideia de permanência das mulheres em ambientes privados e o controle sexual e reprodutivo, conseqüentemente, a manutenção da hierarquia de gênero e subordinação de mulheres (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

No Brasil, investigações sobre o tema mostram que os feminicídios predominam entre mulheres jovens, negras, com nível fundamental de ensino, sem qualificação profissional, enquanto os agressores são jovens, geralmente com menor grau de escolaridade que as mulheres, casados, com antecedentes criminais, envolvimento repetido em brigas e conduta de ameaças e violências dirigidas contra as mulheres. A literatura chama atenção para a vulnerabilidade socioeconômica como fator de risco para o feminicídio, e aponta que este constitui a etapa final do *continuum* da violência contra a mulher e que muitas destas mortes são “anunciadas” e evitáveis. Algumas mulheres assassinadas estiveram previamente em serviços de saúde e demonstraram diretamente ou indiretamente a violência sofrida. Assim

como, muitas delas antes de morrer já haviam realizado denúncia contra os autores de violência. (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Dar visibilidade para o crime de feminicídio faz parte de estratégia de sensibilização de instituições e sociedade sobre a ocorrência e permanência desses casos, representa a possibilidade de tornar visível e de frear a impunidade penal de casos dessa natureza, promovendo assim o direito das mulheres e prevenindo a violência baseada no gênero (PASINATO, 2011b).

No âmbito mundial, um total de 87.000 mulheres foram intencionalmente mortas em 2017, mais da metade delas (58%), cerca de 50.000, foram mortas por parceiros íntimos ou familiares. Isso significa que 137 mulheres em todo o mundo são mortas por um membro de sua própria família todos os dias. Isso equivale a cerca de seis mulheres sendo mortas a cada hora por pessoas que conhecem. Muitos desses assassinatos ocorreram não de repente, mas após um padrão contínuo de violências, pois as mulheres que são mortas por seus parceiros geralmente sofrem anos de abuso. (WHO, 2018).

No Brasil dados apresentados pelo Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020, mostram que em 2019 ocorreram 3.740 homicídios de mulheres e 1.326 feminicídios. Mesmo com a redução nos homicídios em 2018 e 2019, o número de casos de feminicídio registrados teve um acréscimo. Calcula-se que a cada 2 minutos no Brasil, uma mulher sofre agressão física. Em 2019 foram 266.310 registros de lesão corporal dolosa em decorrência de violência doméstica. Sobre raça/cor, em 2019, 66,6% das vítimas de feminicídio no Brasil eram negras. As mulheres negras apresentam maior vulnerabilidade a este tipo de crime. De acordo com o Atlas da Violência 2020 em 2018, a taxa de homicídio de mulheres negras foi quase o dobro da de mulheres não negras. Enquanto a taxa de homicídio de mulheres não negras caiu 11,7% no período, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%. Ainda nesta pesquisa observou-se que 58,9% dos feminicídios têm como local de ocorrência a residência e que, em 89,9% dos casos o autor do crime é o companheiro ou ex-companheiro da vítima. (BUENO; LIMA, 2020).

O feminicídio como tipificação criminal foi dada pela Lei no 13.104, de 2015, que definiu o crime como o “homicídio de mulheres em contexto de violência doméstica e familiar ou em decorrência do menosprezo ou discriminação à condição de mulher” (BRASIL, 2015). Nos registros do SIM/MS, não constam esse tipo de informação, pois questões relativas à tipificação penal e à investigação criminal são de responsabilidade das instituições do sistema de Justiça. As declarações contidas na declaração de óbito disponibilizam dados relativos à idade, sexo, profissão, escolaridade e local de residência

da vítima, não inclui informações sobre o autor do homicídio. Em muitos casos, os médicos, ao preencherem a declaração de óbito não declaram homicídio como causa da morte, caracterizando essas mortes como causas externas não especificadas. Os dados oriundos do SIM não permitem, portanto, caracterizá-los como feminicídio, tornando difícil perceber as iniquidades das relações de gênero nessas mortes (MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017).

O fato de grande parte dos óbitos terem ocorrido no domicílio propicia a análise de serem esses feminicídios ou morte provocada por parceiro íntimo, familiar ou conhecidos das vítimas.

4.3 VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA – TENTATIVAS DE SUICÍDIO

A violência autoprovocada representa um grave problema de saúde pública. De acordo com a OMS o suicídio compreendido como um fato social consiste em uma situação limite, representa a saída para um sofrimento intenso e insuportável. (WHO, 2010). Se trata de um fenômeno complexo que pode ter como principais fatores determinantes: tentativas anteriores de suicídio (desta forma a pessoa pode tentar de forma mais letal em uma próxima tentativa), ser portador de transtornos mentais (principalmente depressão), abuso/dependência de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, dificuldade em lidar com eventos estressantes e características socioeconômicas com alto grau de vulnerabilidade tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional (FÉLIX et al., 2019).

Ao analisar a tentativa de suicídios em mulheres, Meneghel (2013) aponta que este pode ser encarado como única saída para o sofrimento intenso e gerados por conflitos sociais ou interpessoais. A violência autoprovocada em mulheres, segundo a autora em questão, tem associação com as desigualdades e fragilidades de gênero.

Devries (2011) afirma que a violência autoprovocada em mulheres pode estar associada à vivência de situações de violência. Além das pessoas portadores de transtorno mental, que são as pessoas que têm o maior risco de tentativa de suicídio, compreendem como fatores risco para suicídio em mulheres: violência por parceiro íntimo, história de violência doméstica, já ter sido divorciado, separado ou viúvo, abuso sexual na infância e ter mãe que havia sofrido violência por parceiro íntimo. Pode se relacionar também fatores socioeconômicos como pouca autonomia financeira, ausência de redes sociais e familiares,

dependência química, baixa escolaridade. Fatores estes que dificultam uma fuga de situações de violência vivenciadas, que podem levar mulheres ao sofrimento imenso e intolerável.

Bahia et al. (2017) apontam que a tendência de maior frequência de problemas de saúde mental entre mulheres coloca-as em posição de maior risco ao comportamento suicida. Esta autora afirma que estudos têm revelado que 19% das tentativas de suicídio tratadas em emergências reaparecem no mesmo tipo de serviço seis meses depois, e 39% consumam o ato até um ano depois do primeiro atendimento.

Com a portaria MS nº 1.271/2014, a tentativa de suicídio passou a ser um agravo de notificação obrigatória e imediata, devendo a notificação ser feita pelos serviços de saúde para a Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas. O Ministério da Saúde orienta, a partir da portaria, que o início do cuidado para a pessoa também deve ser imediato, devendo ela receber os acompanhamentos de emergência necessários, bem como acompanhamento psicossocial na Rede de Saúde.

A notificação tem por objetivo a vinculação aos serviços de saúde, dispara para a rede de saúde a necessidade de cuidado imediato, podendo prevenir novas ocorrências. A violência autoprovocada tem um caráter de repetição, daí a importância de vincular e disparar o atendimento imediato na rede de cuidado em saúde.

Em geral os casos de tentativa de suicídio são atendidos em unidades de urgência e emergência que não tem possibilidade de acompanhamento dos casos após a alta hospitalar. A partir da notificação, a informação do evento é disparada para rede de vigilância em saúde e para o acolhimento nos serviços de atenção primária e/ou ambulatorios especializados para que o cuidado e o acompanhamento ocorram. Para isso se faz necessário que a informação seja realizada de forma oportuna e que se tenha uma rede de atenção organizada e minimamente estruturada para que o usuário tenha acesso a uma terapia adequada.

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

Desde os anos 1980, e por pouco mais de duas décadas, as iniciativas governamentais para enfrentar a violência contra as mulheres continuaram a se desenvolver de forma fragmentada e com baixa institucionalidade, resultando em respostas pouco efetivas e eficazes. Como parte das estratégias de institucionalização, em 1985 foi inaugurada a primeira Delegacia de Mulheres (DEAM) do estado de São Paulo. As mudanças ocorreram lentamente. Neste mesmo ano foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que junto com movimento de mulheres e feministas realizaram importante mobilização em prol da defesa dos direitos das mulheres possibilitando que elas fossem ouvidas no Congresso Nacional (VIGANO; LAFFIN, 2019).

A Constituição Federal de 1988 representou um importante marco histórico que demarcou em seu texto vários dispositivos a respeito do princípio da igualdade entre homens e mulheres em todos os campos da vida social (art. 5º, I), na vida conjugal (art. 226, inciso 5º) e, também, a inclusão do art. 226, inciso 8º, em que o Estado se compromete com as questões de violências contra as mulheres, tem o dever de criar mecanismos para coibir a violência na esfera familiar e proteger cada um de seus membros (VIGANO; LAFFIN, 2019). Em 1994, a Organização dos Estados Americanos (OEA) elaborou a Convenção de Belém do Pará na qual foram reconhecidas a importância da erradicação da violência contra a mulher e a defesa dos direitos humanos tanto na esfera pública quanto privada, bem como os deveres do Estado para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (CAICEDO-ROA et al., 2019). Foi estabelecido que os Estados-partes teriam alguns deveres como garantia de acesso das mulheres à justiça por meio de medidas jurídicas repressivas contra o agressor. Essa convenção representou um importante marco contextual e conceitual para a violência de gênero. A partir da aprovação da Convenção e de sua ratificação pelos países, os movimentos feministas nacionais incorporaram as pautas de reivindicações às mudanças de leis como estratégias para enfrentamento da violência doméstica, na qual as mulheres são as maiores vítimas (TILIO, 2012, BARSTED, 2015 e ONU Mulheres, 2016).

Nas duas últimas décadas do século XX, com o aumento da morbimortalidade provocado por violência, a discussão sobre o impacto da violência na área da Saúde a nível mundial foi fortalecida. Além disso, movimentos sociais, feministas e de mulheres denunciavam diferentes questões que ameaçavam a saúde e integridade física de mulheres, dentre elas a violência. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a ONU produziram os primeiros documentos relativos ao tema da violência e sobre as consequências desta para a Saúde. No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1994, foi uma das primeiras iniciativas governamentais que

apresentaram uma discussão qualificada sobre as diferentes expressões da violência contra a mulher e propõe estratégias de enfrentamento. No entanto o PAISM se transformou em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apenas em 2004, onde uma de suas prioridades passou a ser a assistência a mulheres e adolescentes expostas à violência (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017; MINAYO et al, 2018).

Em 2001 o tema violência entrou na pauta do setor saúde efetivamente com a homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), instituída pela Portaria GM/MS n. 737 de janeiro de 2001. A portaria passa a considerar a violência e os acidentes como questão de saúde pública. A política aponta para a necessidade de uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema que envolva diversos setores como a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros, considerando a complexidade da violência contra as mulheres e a necessidade de garantir integralidade do atendimento àquela que vivenciam tal situação (BRASIL, 2004; MINAYO et al. 2018).

O Estado brasileiro absorveu parte das demandas dos movimentos feministas e de mulheres e criou, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República. Pela primeira vez o país passou a ter uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres cujas ações pressupõem a abordagem integral, intersetorial, multidisciplinar, transversal e capilarizada, desenvolvidas de forma articulada e colaborativa entre os poderes da República e os entes federativos.

Também em 2003 foi estabelecido a notificação compulsória em casos de violência contra a mulher (Lei nº 10.778/03) atendidas nos serviços de saúde públicos ou privados.

Em 2004 foi instituída a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde a qual orientava para a organização dos núcleos estaduais, municipais, acadêmicos e seus papéis na organização da assistência em estados e municípios.

A Lei nº 11.340/2006, para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher – Lei Maria da Penha – sancionada em sete de agosto de 2006, representa outro importante progresso dessa década no que tange aos direitos das mulheres e um marco das lutas feministas no Brasil, sendo reconhecida pelas Nações Unidas como uma das legislações mais avançadas do mundo no tratamento dessa matéria (UNIFEM, 2009; BIGLIARD et al, 2016; ONU Mulheres, 2016).

A referida Lei ganhou este nome em homenagem à Maria da Penha Maia Fernandes, bio-farmacêutica cearense, que lutou na justiça brasileira por vinte anos para ver seu agressor,

marido e pai de seus filhos, que tentou assassiná-la duas vezes, julgado e preso. E com a ajuda de organizações não governamentais, conseguiu enviar o relato de seu caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), que, pela primeira vez na história, acatou uma denúncia de violência doméstica e conseguiu que em 2002 o agressor de Maria da Penha fosse preso. Por este processo conduzido pela OEA, o Brasil foi condenado por crime de negligência e omissão em relação à violência doméstica, sendo recomendado que fosse criada uma legislação adequada a esse tipo de violência. Em setembro de 2006, a lei 11.340/06 entrou em vigor (BIGLIARD et al, 2016; ONU Mulheres, 2016).

A Lei Maria da Penha tornou possível instaurar medidas mais rigorosas em relação aos agressores, a partir dela o julgamento das violências de gênero mudou o teor da punição e o crime saiu do patamar de crimes de menor potencial.

No campo jurídico, em 2015 as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher ganharam maior força, com a sanção da Lei do Femicídio - Lei 13.104/2015 que altera o Código Penal e Lei 8.072/90 (Lei de crimes hediondos) que passa a considerar o feminicídio como homicídio qualificado (no rol de crimes hediondos) quando o crime for praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. A pena será aumentada de 1/3 até a metade se for praticado: durante a gravidez ou nos 3 meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; na presença de ascendente ou descendente da vítima (BIGLIARDI et al, 2016; ONU Mulheres, 2016).

As legislações criadas representam respostas jurídicas às violações sofridas pelas mulheres, mas ainda se faz necessário a criação de mecanismos de proteção (GONÇALVES, 2019).

4.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: SIM E SINAN

Como uma das estratégias da PNRMAV, respondendo as diretrizes dessa política, foi criado em 2005 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que estabelece o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências na saúde. A Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes foi implantada em 2006. O VIVA pretende entender a extensão da violência no atendimento de unidades de saúde e propor ações de prevenção e promoção com articulação entre a vigilância e a assistência (MINAYO et al., 2018). O Sistema VIVA constitui-se como uma forma de captar situações de violência em geral, podendo entrar até as menos graves, que não demandam internação.

Até 2006 a forma que se tinha de conhecer a magnitude da violência era através de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações de

Internações Hospitalares (SIH). Como grande parte das situações de violência são lesões e traumas que não ocasionam morte e também não levam a internação, não havia como, na área da Saúde, quantificar os atendimentos de violência e as situações permanecia na invisibilidade. Mesmo aqueles que precisavam de internação o SIH não fornecia informações suficientes sobre situações de violência. Não era possível nesse período fazer uma análise epidemiológica para planejar estratégias de promoção e prevenção de violência (ABATH, 2014).

O sistema VIVA foi criado no Sistema Único de Saúde (SUS) com dois componentes: VIVA – Contínuo para a vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, através das notificações, e VIVA-Sentinela para vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares, selecionados, a partir da pactuação entre os serviços e as secretarias estaduais e municipais de saúde, com inquéritos periódicos, com objetivo de avaliar de forma mais ampla o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país. A implementação deste sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O registro dos dados no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado pelas SMS, principalmente (VELOSO, et al., 2013).

A partir de 2009, o VIVA passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN em todas as unidades sentinelas. No estado do Rio de Janeiro a implantação da ficha de notificação ocorreu no mesmo ano. O treinamento das equipes e a difusão da ficha se deram a partir de 2010 para todos os equipamentos de saúde da atenção básica e hospitalar, incluindo unidades hospitalares estaduais que se localizam no município.

E a nível nacional, a partir de 2011, o Ministério da Saúde através da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de implantou a notificação de violências de forma universal e compulsória para todos os serviços de saúde do país incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan (LIMA; DESLANDES, 2015; MINAYO et al., 2018).

Em 2014, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014, com a nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Nessa Portaria os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passaram a serem agravos de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde. O Ministério identificou estas formas de violência muito graves e estabeleceu como

agravo de identificação imediata na tentativa de equipes de saúde acionarem, o mais rápido possível o sistema de proteção e de cuidado.

Moreira et al. (2015) afirma que através dessa portaria, o Ministério de Saúde estabeleceu que a violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais como o 45º evento de notificação compulsória. Com objetivo de padronização dos registros, foi instituída uma ficha de notificação no campo da vigilância em saúde, para ser utilizada universalmente em todos os serviços de saúde do país. O registro dos dados ocorre no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que é alimentado pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a partir das notificações realizadas. “Essa padronização contribui para qualificar e sistematizar os registros, favorece uma maior acessibilidade aos dados consolidados, bem como permite a caracterização das violências ocorridas, os encaminhamentos realizados, entre outras informações, de acordo com as especificidades regionais” (MOREIRA et al., 2015).

A notificação da violência é fundamental para a vigilância epidemiológica e para a definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção e promoção de saúde. Se estabelece como um instrumento que objetiva dar visibilidade ao fenômeno da violência sofrida por parte da população, que apresenta um grau importante de vulnerabilidade como: crianças, adolescentes, mulheres e idosos. A notificação permite o dimensionamento epidemiológico do problema, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas e objetiva, através das informações, o planejamento de ações e políticas de enfrentamento à violência, atendimento e acompanhamento às vítimas e aos agressores, prevenção e promoção de saúde, além de possibilitar a articulação com a rede de cuidado da saúde e de outros setores (VELOSO, et al., 2013).

Os serviços de saúde representam locus privilegiado onde a violência contra a mulher se apresenta de fato, pois é a porta de entrada, seja no atendimento às vítimas, mas também ao agressor. Essa violência pode ser revelada imediatamente como também pode ser velada, silenciosa, e, nesse caso, para ser percebida, é preciso ser identificada por profissionais de saúde sensíveis e capacitados. Essa violência pode determinar inúmeras questões de saúde e demandam tempo de acompanhamento e investimento no setor saúde seja para capacitação e contratação de profissionais como também em recursos físicos (SCHRAIBER, 2001).

Meneghel e Portella (2017) refletem que no Brasil não há base de dados fidedignas que monitorem o feminicídio, considerando que a declaração de óbito consiste em um instrumento que tem como um dos objetivos iniciais gerar dados epidemiológicos sobre a mortalidade que possibilita conhecer a situação de saúde do país. Informações sobre

motivação ou intencionalidade do crime ou autor do homicídio não estão nas declarações de óbitos (D.O.), tendo em vista que estas são informações relativas à investigação criminal que são de responsabilidade das instituições do sistema de justiça. As autoras discutem que mesmo com a criação do Sistema Viva e a implementação da obrigatoriedade de notificação da violência, a contra mulher, segundo elas, ainda é pouco notificada.

Com relação aos óbitos, importante enfatizar que mulheres em idade fértil têm o óbito mais bem qualificado, considerando que as secretarias municipais têm a obrigatoriedade estabelecida pelo Ministério da Saúde de vigilância de óbitos de mulheres em Idade Fértil. Nesse trabalho será estudado a faixa etária de 15 a 49 anos, dentro portanto dessa categoria de idade fértil.

A literatura apresenta com relação ao atendimento em urgência e emergência, alguns fatores que dificultam o cuidado mais aprofundado dos casos que envolvem violência intrafamiliar, entre os quais estão: ênfase no fluxo, na intervenção rápida e nos aspectos tecnológicos de cuidado; sobrecarga de trabalho dos profissionais; desarticulação com serviços de referência; frustração dos profissionais pela incapacidade de resolver o problema ou ajudar; desamparo e isolamento das equipes de urgência e emergência e falta de preparo dos profissionais para lidar com a questão da violência, especialmente a intrafamiliar (AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Para o enfrentamento da violência contra a mulher no setor da saúde torna-se imprescindível maior qualificação e sensibilização de profissionais, de unidades de diferentes níveis de complexidade, para melhor acolhimento, para melhor percepção da vítima de violência, que muitas vezes passa de forma invisível, e para saber identificar aquela que tem potencial risco de morte. O profissional de saúde não pode usar de julgamento moral, precisa ter uma escuta apurada e estabelecer um plano de cuidado. Em determinadas situações ele tem que estar habilitado a agir com urgência acionando a rede para proteger a vítima. Por outro lado, diferentes setores também precisam muito amadurecer, como a justiça, a assistência social entre outros, para que as mulheres tenham de fato um sistema que lhe proporcione proteção e previna o feminicídio (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal a respeito da violência contra a mulher, que utiliza dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e das notificações de violência do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no município do Rio de Janeiro/RJ, durante o período compreendido entre 2011 a 2018. O período escolhido para o estudo se deu, em virtude do início da obrigatoriedade da notificação de violência contra a mulher em todos os serviços de saúde públicos e privados do país a partir de 2011.

Neste estudo somente serão incluídos indivíduos do sexo feminino em idade fértil, de 15 a 49 anos.

5.2 BASES DE DADOS

Os bancos de dados do SIM e do SINAN foram disponibilizados pela Superintendência de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal, do Município do Rio de Janeiro. Os dados de notificações de violências interpessoais e autoprovocadas foram obtidos do SINAN, a partir das Fichas de Notificação Individual. As variáveis que foram utilizadas do SINAN estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das variáveis da Ficha de Notificação (SINAN) de violência interpessoal e autoprovocada.

Nome do Campo	Descrição
Agravo	Nome e código do agravo notificado segundo a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde (CID-10)
Data da Notificação	Data de preenchimento da ficha de notificação
Unidade de Saúde Código CNES	Nome completo e código da unidade de saúde da área de abrangência da unidade notificadora
Data da ocorrência da violência	Data da ocorrência da violência
Nome do Paciente	Nome completo do paciente
Data de nascimento	Data de nascimento do paciente
Idade	Quando não há data de nascimento a idade deve ser digitada segundo informação fornecida pelo paciente como aquela referida por ocasião da data da ocorrência ou na falta desse dado é registrada a idade aparente.
Sexo	Sexo do paciente
Gestante	Idade gestacional da paciente
Raça/Cor	Considera-se cor ou raça declarada pela pessoa 1. branca 2. preta 3. amarela (pessoa que se declarou de raça amarela) 4. parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) 5. indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia)
Escolaridade	Série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação.
Nome da mãe	Nome completo da mãe do paciente (sem abreviações)
Município de residência	Código do município de residência do caso notificado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.
Bairro	Código do bairro de residência
Nome do Bairro	Nome do bairro de residência
Ocupação	Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se as atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).
Situação conjugal	Situação conjugal do paciente
Identidade de Gênero	Identidade de gênero do paciente
Possui algum tipo de deficiência/ transtorno	Se o paciente possui algum tipo de deficiência/ transtorno / (física / mental / visual / auditiva / transtorno mental / transtorno de comportamento / outras deficiências)
Município de ocorrência	Código e nome do município de ocorrência do evento notificado.
Bairro de ocorrência	Nome e respectivo código do bairro de ocorrência do evento. Serão exibidos apenas os Bairros pertencentes ao Município selecionado no campo anterior.
Ocorreu outras vezes?	Informar se a violência é de repetição
A lesão foi autoprovocada?	Informar se a lesão foi autoprovocada
Violência motivada por:	Informar se violência tem relação com características da vítima

(continua)

Quadro 1 – Descrição das variáveis da Ficha de Notificação (SINAN) de violência interpessoal e autoprovocada (continuação)

Nome do Campo	Descrição
Tipo de Violência	Informar se ocorreu violência física / psicológica ou moral/ tortura / sexual / tráfico de seres humanos / financeira ou econômica / negligência ou abandono / trabalho infantil / intervenção legal / outro tipo
Outros tipos de violência (especificar)	Especificar que outro tipo de violência ocorreu.
Meio de Agressão	Força corporal/ espancamento / enforcamento / objeto contundente / objeto perfurocortante / substância ou objeto quente / envenenamento / outro meio
Se ocorreu violência sexual, qual tipo?	Informar se ocorreu assédio sexual / estupro / pornografia infantil / exploração sexual / outro tipo de violência sexual
Procedimento realizado	Informar se ocorreu profilaxia Doença Sexualmente Transmissível (DST) / profilaxia para vírus da imunodeficiência humana (HIV) / hepatite
Relação com a pessoa atendida	Informar se o provável autor da agressão era o pai / mãe / padrasto / madrasta / cônjuge / ex-cônjuge/ namorado(a) / ex-namorado(a) / filho ou filha / irmão ou irmã / amigo(s) ou conhecido(s) / desconhecido / cuidador / patrão ou chefe / pessoa com relação institucional / policial ou agente da lei / própria pessoa
Sexo do provável autor da violência	Informar o sexo do provável autor da agressão
Suspeita de uso de álcool	Informar se o provável autor da agressão tinha suspeita de uso de álcool
Ciclo de vida do Principal provável autor da violência	Informar o ciclo de vida do provável autor da agressão
Encaminhamento	Informar se houve encaminhamento no setor da rede da saúde / rede de assistência social / educação/ rede de atendimento à mulher / Conselho Tutelar / Conselho do Idoso / Delegacia / justiça
Violência relacionada ao trabalho	Informar se ocorreu violência relacionada ao trabalho
Circunstância da lesão	Nome e código do agravo notificado segundo CID-10 CAPÍTULO XX (VO1 a Y98)

Os dados de mortalidade foram obtidos do SIM, cuja fonte de dados é a Declaração de Óbito (DO). As causas foram definidas segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10). As variáveis do SIM estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2- Descrição das variáveis da Declaração de óbito - SIM/ DATASUS.

Nome da Variável	Descrição da Variável
TIPOBITO	Tipo do óbito: 1 – fetal; 2- não fetal
DTOBITO	Data do óbito: dd mm aaaa
NOME	Nome do falecido
NOMEMAE	Nome da mãe do falecido
DTNASC	Data do nascimento: dd mm aaaa
IDADE	Idade: composto de dois subcampos. O primeiro, de 1 dígito, indica a unidade da idade, conforme a tabela a seguir. O segundo, de dois dígitos, indica a quantidade de unidades: 0 – Idade menor de 1 hora, o subcampo varia de 01 e 59; 1 – Hora, o subcampo varia de 01 a 23; 2 – Dias, o subcampo varia de 01 a 29; 3 – Meses, o subcampo varia de 01 a 11; 4 – Anos, o subcampo varia de 00 a 99; 5 – Anos (mais de 100 anos), o segundo subcampo varia de 0 a 99.
SEXO	Sexo: M – masculino; F – feminino; I ignorado
RACACOR	Raça: 1 – Branca; 2 – Preta; 3 – Amarela; 4 – Parda; 5 – Indígena
ESTCIV	Situação conjugal: 1 – Solteiro; 2 – Casado; 3 – Viúvo; 4 – Separado judicialmente/divorciado; 5 – União estável; 9 – Ignorado.
ESC	Escolaridade em anos. Valores: 1 – Nenhuma; 2 – de 1 a 3 anos; 3 – de 4 a 7 anos; 4 – de 8 a 11 anos; 5 – 12 anos e mais; 9 – Ignorado.
OCUP	Ocupação habitual e ramo de atividade
CODMUNRES	Código do município de residência
CODENDRES	Código do endereço de residência
LOCOCOR	Local de ocorrência do óbito: 1 – hospital; 2 – outros estabelecimentos de saúde; 3 – domicílio; 4 – via pública; 5 – outros; 9 – ignorado.
OBITOGRAV	Óbito na gravidez: 1 – sim; 2 – não; 9 – ignorado.
OBITOPUERP	Óbito no puerpério: 1 – Sim, até 42 dias após o parto; 2 – Sim, de 43 dias a 1 ano; 3 – Não; 9 – Ignorado.
CAUSABAS	Causa básica da DO
TPPOS	Óbito investigado: 1 – sim; 2 – não.
CAUSABAS_O	Causa básica Original
CAUSABAS_R	Causa básica resselecionada

O objetivo de analisar o SIM seria identificar possíveis mortes caracterizadas como feminicídio, contudo nas declarações de óbito não existe essa informação. Será seguido a orientação apontada por Meneghel (2017): “utilizar o total de homicídios femininos como um “indicador aproximado” de femicídio, já que de 60% a 70% dessas mortes são provocadas pelas desigualdades de gênero”. Os homicídios femininos corresponderam ao intervalo entre

X85 a Y09 do capítulo causas externas da 10ª edição CID-10-BR. Outra questão analisada no SIM foram óbitos autoprovocados que correspondem ao intervalo entre X60 e X84.

5.3 RELACIONAMENTO ENTRE BANCOS DE DADOS DO SIM E DO SINAN

Para identificar as mulheres com notificações prévias de violências que foram a óbito, foi realizado neste trabalho o relacionamento entre as bases de dados, *linkage*, do SINAN e do SIM. O *linkage* de bases de dados é um instrumento metodológico que possibilita o relacionamento de fontes de informação diferentes em um só registro (COELI et al, 2015). Para este estudo foram utilizados os métodos determinístico e probabilístico, sendo o primeiro método o mais preciso e usual.

Antes da execução da *linkage* foi realizada a deduplicação² dos dados do SINAN, com a retirada de notificações repetidas, notificações de uma mesma pessoa com mesma data de ocorrência, ou seja, um mesmo evento notificado duas vezes. Foram retiradas também notificações de uma mesma pessoa que tiveram mais de uma situação de violência, considerando apenas a última notificação para a realização da *linkage*. Os casos de reincidência e que foram pareados, foram analisados separadamente após a *linkage*. Todas as mulheres que tiveram mais de uma notificação foram analisadas depois separadamente sobre esses diferentes eventos.

O método determinístico pode ser empregado quando um campo identificador unívoco (chave primária) se encontra presente em ambas as bases de dados a serem relacionadas. Na ausência dessa chave primária, o relacionamento pode ser executado empregando-se o método probabilístico.

Estes métodos baseiam-se na utilização conjunta de campos comuns presentes em ambos os bancos de dados (ex. nome, data de nascimento, sexo etc.), com o objetivo de identificar o quanto é provável que um registro de uma base de dados se refira a um mesmo indivíduo na outra base, formando assim um par (CAMARGO JR & COELI, 2000).

Para o processo determinístico foi utilizado uma chave estatística de relacionamento (SLK - *Statistical Linkage Key*³), que foi construída em ambas as bases de dados utilizando as informações do nome do indivíduo, nome da mãe do indivíduo e a data de nascimento (BASS & GARFIELD, 2002). A validação desse processo foi feita com base na métrica da distância

² **Deduplicação** ou **desduplicação de dados** é uma técnica para eliminar cópias duplicadas de dados repetidos.

³ *Statistical linkage key* (SLK) significa chave de ligação, é um código criado usando uma combinação de informações de identificação em cada registro, como nome, endereço e data de nascimento.

Levenshtein⁴ (GUILLEN, 2017). Como todos os registros pares tiveram uma probabilidade de acima de 83% (limiar – valor que considera que houve concordância entre os dois registros), todos eles foram aceitos para a *linkage*. Dos 17.727 registros do SIM e 28.110 do SINAN (retirados os registros duplicados) totalizaram 187 pares na etapa de *linkage* determinística. Os registros não pareados na fase determinística foram analisados numa nova fase probabilística. Para este processo, foi utilizado o pacote estatístico R (R Core Team, 2019). A biblioteca deste pacote RecordLinkage (SARIYAR M.; BORG A., 2020). foi utilizada para a validação do *linkage* determinístico, através das probabilidades da distância de *levenstein*.

No método de *linkage* probabilístico foi utilizado o *software* OpenRecLink 3.1(CAMARGO JR & COELI, 2000), que tem como objetivo identificar a probabilidade de um par de registros em bancos de dados diferentes pertencerem a uma mesma pessoa. Nesta etapa todos os registros do SINAN que formaram pares com o SIM foram retirados do SINAN para que fosse feita a linkagem com o banco SIM na íntegra. O método probabilístico foi realizado em três fases: padronização, blocagem e pareamento, por meio de rotinas automatizadas, buscando campos comuns como: nome completo da mulher e data de nascimento, presentes em ambos os bancos. A primeira etapa, a padronização, consiste no pré-processamento das bases, com a limpeza de dados, a padronização de conteúdos e formatos e a criação de códigos fonéticos (*soundex*). Esse último recurso tem o objetivo de transformar o texto em um código fonético para homogeneizar pequenas diferenças ortográficas (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JR., 2015).

Na segunda fase do processo (blocagem) foram criados blocos lógicos de registros nos arquivos que foram relacionados. Os blocos são constituídos de forma a aumentar a probabilidade de que os registros neles contidos representem pares verdadeiros (CAMARGO JR & COELI, 2000). Na estratégia de blocagem seis passos foram realizados a partir da combinação de códigos fonéticos (*soundex*), permitindo que grafias diferentes, mas com mesmo som, tenham o mesmo formato. Foram realizadas sete chaves de blocagem, combinando *soundex* do primeiro nome da mulher (PBLOCO), *soundex* último nome da mulher (UBLOCO), *soundex* primeiro nome da mãe da mulher (PBLOCOm), *soundex* do último nome da mãe da mulher (UBLOCOm), ano de nascimento e bairro. Na *linkage* probabilística foram encontrados 85 pares.

⁴ Distância de Levenshtein- Indicador que mede a diferença entre duas sequencias de caracteres que no caso desse estudo refere se a diferença entre o nome da usuária no SIM e no SINAN e o nome de sua mãe no SIM e no SINAN. Quanto menor a diferença, maior a probabilidade de serem as mesmas mulheres.

Quadro 3- Passos do método probabilístico e pares encontrados entre linkage dos bancos SIM e SINAN.

Passos	Chaves de blocagem	Pares
1	PBLOCO + UBLOCO + PBLOCOm + UBLOCOm + ANONASC	11
2	PBLOCO + UBLOCO + PBLOCOm + ANONASC	20
3	PBLOCO + UBLOCO + ANONASC + BAIRRO	25
4	PBLOCO + PBLOCOm + UBLOCOm + ANONASC + BAIRRO	7
5	PBLOCO + UBLOCO + PBLOCOm + BAIRRO	12
6	PBLOCO + UBLOCO + ANONASC	10

O último processo, sétimo passo, foi o cálculo dos escores baseados em probabilidades para mensurar a possível similaridade no pareamento dos registros. Para selecionar os pares para a revisão manual, utilizando apenas a chave de comparação “Data do Nascimento”, com a seguinte estratégia de blocagem: primeiro nome da mulher e último nome da mulher. Na revisão manual foram encontrados 9 pares.

Após a realização das etapas determinística e probabilística do processo de *linkage* chegou-se em 281 pares. Todo resultado do processo de *linkage* em suas etapas apresenta-se descrito no quadro 4:

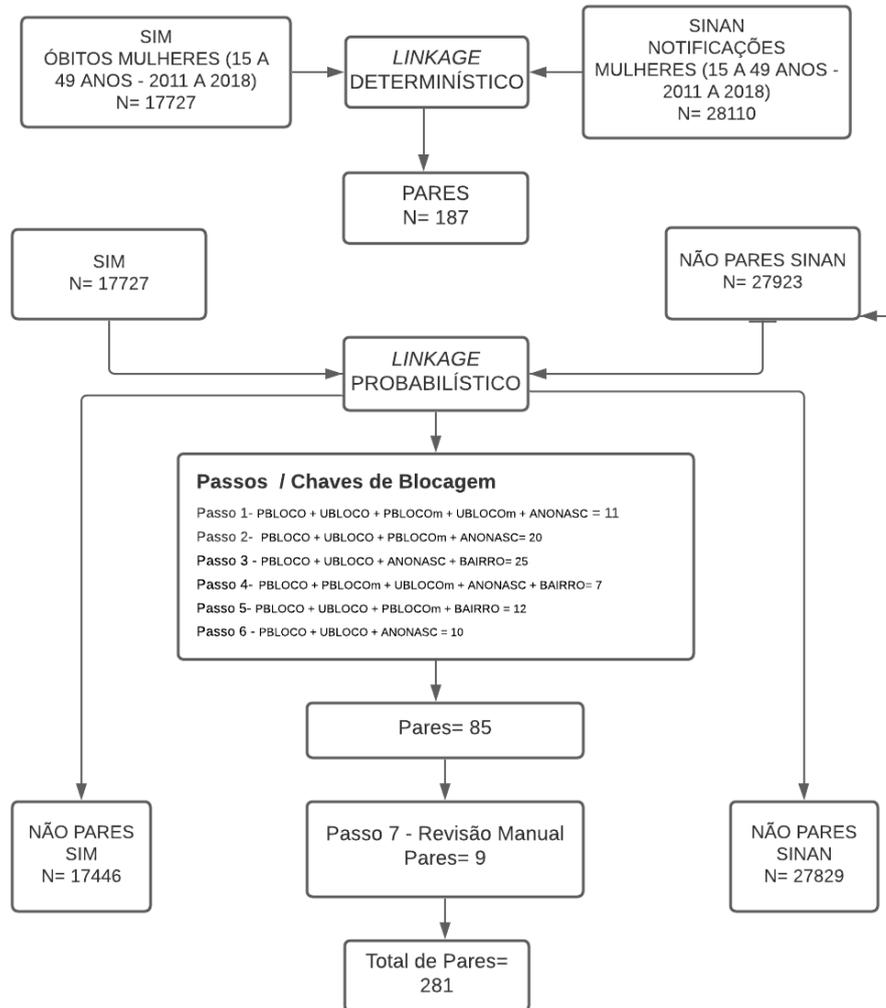
Quadro 4- Resultado de pares encontrados nas etapas da linkage entre SIM e SINAN.

Processo de linkagem	Pares	%
Determinístico	187	67%
Probabilístico	85	30%
Manual	9	3%
Total	281	100%

Foram detectadas 14 duplicatas, ou seja, 7 mulheres foram codificadas com registros alfanuméricos distintos através dos dados do SINAN. Tal problemática pode ser devido a ocorrência de algum erro de grafia no nome na mulher ou da mãe, algum erro na data de nascimento, ou até mesmo por conta da ausência de alguma informação entre os registros que formam o SLK no SINAN.

A figura 1 descreve em esquema todo o processo de *linkage* em suas diferentes etapas, assim como, os resultados de pares encontrados nas respectivas fases.

Figura 1- Esquema demonstrativo da *linkage* entre SIM e SINAN:



Após a linkage, foi realizada uma análise manual das fichas de notificação das mulheres que foram a óbito, que morreram até 15 dias após a notificação. Dos óbitos por agressão, identificamos pelo campo observação e pelo autor da violência nas respectivas fichas de notificação, que 22 casos foram óbitos por agressão cujo autor foi parceiro íntimo. Algumas mulheres foram a óbito no mesmo dia ou logo após, contudo algumas ainda ficaram internadas, vindo a falecer até 15 dias após notificação. Alguns relatos do campo observação foram apresentados na discussão.

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Com a finalidade de conhecer melhor os dados, primeiramente foi feita uma análise exploratória de dados provenientes das bases do SINAN e o SIM por meio de frequências simples e proporções, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas (MORETTIN E BUSSAB, 2017). Logo em seguida procedeu-se o relacionamento entre essas bases de dados.

Logo após o relacionamento destas bases de dados, a variável de desfecho do estudo definida como sendo a ocorrência de morte por causas externas em mulheres que tiveram notificação prévia de violência. E como variáveis de exposição foram utilizadas: faixa etária; escolaridade; ocupação; raça/cor; local de ocorrência da violência; motivação da violência; autor da violência; local de ocorrência do óbito.

Para verificar possíveis associações entre o desfecho e as variáveis de exposição, foram realizadas análises bivariadas utilizando teste de qui-quadrado de independência, com nível de significância de 5% (VIEIRA, 2010).

Para analisar o tempo de sobrevida das mulheres que foram notificadas por violência doméstica, através do SINAN, até a data do seu óbito (SIM), através de técnicas exploratória de dados de análise de sobrevida (CARVALHO et al., 2005), foram construídas curvas de Kaplan-Meier (BLAND et al., 1998) para descrever o tempo mediano de sobrevidas entre as mulheres. Tais curvas também foram estratificadas segundo a causa do óbito (por agressão, autoprovocada e outras causas de óbito). O teste log-rank (BLAND e ALTMAN, 2004), levando em consideração o nível de significância de 5%, também foi utilizado para avaliar a diferença do tempo de sobrevida entre as curvas segundo a causa do óbito.

Todas as análises estatísticas foram feitas no pacote estatístico R (R Core Team, 2019). Para a manipulação e tabulação dos dados foi utilizada a biblioteca *tidyverse* (WICKHAM et al., 2019). O *tidyverse* é formado por um conjunto de bibliotecas do R utilizadas para manipulação, exploração e visualização de dados. Para a construção dos

gráficos das curvas de sobrevida, foi utilizado a biblioteca *survminer* (KASSAMBARA ; KOSINSKI ; BIECEK, 2021).

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e pelo da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Registro no **CAAE**: 37494920.0.3001.5279). Os dados nominais foram utilizados somente para o relacionamento das bases de dados, preservando-se a privacidade dos participantes.

6. RESULTADOS

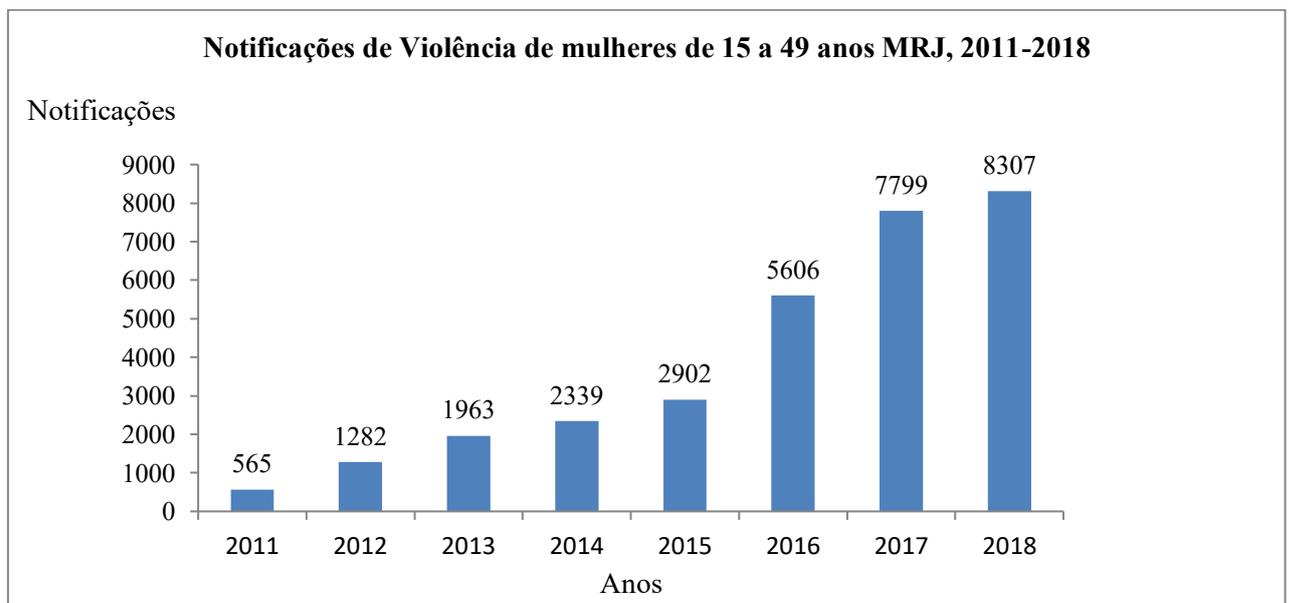
Primeiramente será apresentada uma análise descritiva do banco de dados de notificações de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN e do banco de mortalidade do SIM que correspondem aos objetivos específicos 1, 2 e 3 da pesquisa em questão. Os resultados da *linkage*, relacionado aos objetivos geral e específicos 4, 5 e 6 serão apresentados sob a forma de artigo.

6.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS BANCOS DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA DO SINAN E DE MORTALIDADE DO SIM.

No SINAN foram analisadas 30.763 notificações de violência interpessoal e autoprovocada de mulheres de 15 a 49 anos, residentes no município do Rio de Janeiro, no período de 2011 a 2018 e do SIM foram analisados na mesma faixa etária e período, 17.727 óbitos.

No Gráfico 1 é possível observar a evolução do número de notificações no município do Rio de Janeiro ao longo dos anos. Em 2018 foram realizadas 8.307 notificações, as notificações aumentaram quinze vezes mais em oito anos.

Figura 2- Quantitativo de notificações de mulheres de 15 a 49 anos no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018.



Fonte: SINAN

Algumas mulheres foram notificadas mais de uma vez ao longo dos oito anos de estudo, ou seja, passaram por mais de uma situação de violência em ocasiões diferentes. Para

a análise descritiva foram retiradas as notificações duplicadas, realizadas por unidades de saúde diferentes, sendo que se referiam ao mesmo evento, com mesma data de ocorrência. Desta forma, após retirada das repetições, analisou-se um total de 29.587 notificações.

Os principais tipos de violência observados foram: física, sexual, psicológica e autoprovocada como descritos na tabela 1. A violência física foi a mais frequente, com 82,2% das notificações, seguida pela violência psicológica, com 27,6%, a autoprovocada, que são as tentativas de suicídio e automutilação, com 14,6% e por último a violência sexual com 12,3% das notificações.

O campo da ficha do SINAN relativo ao tipo de violência é de resposta múltipla, ou seja, o profissional deve registrar todas as formas de violência relatadas ou observadas durante o atendimento. É o caso da violência psicológica, que em sua maioria das vezes é notificada juntamente com outro tipo de violência. A sexual em algumas vezes vem junto com violência física, assim como a autoprovocada por vezes vem junto da física ou da psicológica.

Tabela 1- Distribuição quanto à natureza da violência das notificações de mulheres de 15 a 49 anos por violência de 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro (N=29.587)

Tipo de Violência	n	%
Violência física	23124	82,2
Violência sexual	3384	12,3
Violência psicológica	7769	27,6
Autoprovocada	4119	14,6

Na tabela 2 é possível observar que mulheres de 20 a 29 anos são as que mais sofrem violência, de todas as naturezas com 37,6% das notificações. No que se refere à raça/cor, o percentual entre pretas e pardas foi superior as demais em todas as violências (50,1%). A variável raça/cor ainda representa um dos campos negligenciados no momento do preenchimento pelos profissionais de saúde, 20,9% das notificações não tinham preenchimento nessa categoria.

Com relação a escolaridade a maioria das mulheres que sofreram violência tinham até ensino médio (21,2%). Observa-se também nessa variável que o não preenchimento é alto com 57,5% sem escolaridade preenchida. Quanto à situação conjugal, a grande maioria se declarou solteira (41,0%).

Tabela 2- Características das mulheres de 15 a 49 anos que foram notificadas por violência de 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro.

Características	VIOLÊNCIA FÍSICA		VIOLÊNCIA SEXUAL		VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA		AUTOPROVOCADA		TOTAL NOTIFICAÇÕES	
	N=23124		N=3384		N=7769		N=4119		N= 29587	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária										
15 a 19	2687	11,6	935	27,6	915	11,8	875	21,2	4592	15,5
20 a 29	8950	38,7	1348	39,8	2935	37,8	1417	34,4	11130	37,6
30 a 39	7286	31,5	778	23,0	2515	32,4	1032	25,1	8747	29,6
40 a 49	4201	18,2	323	9,5	1404	18,1	795	19,3	5118	17,3
Raça/cor										
Branca	6248	27,0	1294	38,2	2648	34,1	1188	28,8	8275	28,0
Negra (Parda+Preta)	11931	51,6	1628	48,1	4380	56,4	1752	42,5	14834	50,1
Amarela/indígena	242	1,0	34	1,0	97	1,2	41	1,0	301	1,0
Sem informação	4703	20,3	428	12,6	644	8,3	1138	27,6	6177	20,9
Gestante										
Sim	1575	6,8	386	11,4	728	9,4	137	3,3	2062	7,0
Sem informação	9143	39,5	1197	35,4	2187	28,2	2013	48,9	12020	40,6
Escolaridade										
Até 7 anos	3626	15,7	694	20,5	1895	24,4	430	10,4	4628	15,7
Ensino médio	4972	21,5	986	29,1	2500	32,2	722	17,5	6286	21,2
Superior	1206	5,2	431	12,7	702	9,0	185	4,5	1653	5,6
Sem informação	13320	57,6	1273	37,6	2672	34,4	2782	67,5	17020	57,5
Situação conjugal										
Solteiro	9098	39	2255	66,6	3839	49,4	1460	35,4	12145	41,0
Casado / união estável	5418	23,4	434	12,8	2481	31,9	638	15,5	6288	21,3
Viúvo	84	0,4	15	0,4	33	0,4	14	0,3	104	0,4
Separado	946	4,1	153	4,5	458	5,9	133	3,2	1142	3,9
Sem informação	7578	32,8	527	15,6	958	12,3	1874	45,5	9908	33,5

Fonte: SINAN

Sobre provável autor da violência, na maioria das notificações foi o parceiro íntimo das mulheres notificadas, somando marido ou namorado (25,9%) e ex-marido e de ex-namorado (13,6%). Na violência sexual grande parte dos autores foram identificados como desconhecido, em 50,3% dos casos. Como meio de agressão, destaca-se a força corporal / espancamento (70,8%). Na variável sobre reincidência da violência, em 34,8% das notificações as mulheres afirmaram que já tinham ocorrido outras vezes. Essa variável também apresenta um percentual importante de não preenchimento (35,9%) (Tabela 3).

Tabela 3- Características da violência, do meio de agressão empregado e do provável autor das notificações de violência de mulheres de 15 a 49 para o período de 2011 a 2018, município do Rio de Janeiro.

	Violência física N=23124		Violência sexual N=3384		Violência psicológica N=7769		Auto provocada N=4119		Total notificações N= 29587	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação agressor										
Marido/namorado	7419	32,1	260	7,7	3214	41,3	14	0,3	7646	25,9
Ex-marido/ ex-namorado	3910	16,9	203	6,0	1685	21,7	3	0	4027	13,6
Conhecido	2160	9,3	665	19,7	786	10,1	3	0,1	2656	9,0
Própria pessoa	677	2,9	10	0,3	111	1,4	4095	99,4	4204	14,2
pai/padrasto	559	2,4	177	5,3	279	3,6	8	0,2	952	3,2
Mãe/madrasta	350	1,5	20	0,6	159	2	15	0,4	763	2,6
Desconhecido	1787	7,7	1702	50,3	765	9,8	2	0,0	4694	15,9
Meio de agressão										
Ameaça	3899	16,9	1134	33,5	3132	40,3	16	0,4	4608	15,6
Força	19975	86,4	1935	57,2	6701	86,3	41	1,0	20941	70,8
Enforcamento	1960	8,5	228	6,7	1142	14,7	61	1,5	2066	7,0
Objeto contundente	1440	6,2	98	2,9	639	8,2	28	0,7	1486	5,0
Objeto perfuro cortante	1560	6,7	198	5,9	567	7,3	576	14,0	2081	7,0
Fogo	407	1,8	409	12,1	277	3,6	5	0,1	651	2,2
Envenenamento	414	1,8	58	1,7	89	1,1	2966	72,0	3150	10,6
Outros	609	2,6	202	6,0	276	3,6	597	14,5	1537	5,2
Outras vezes										
Sim	8408	36,4	881	26,0	4571	58,8	1374	33,4	10311	34,8
Sem informação	8381	36,2	523	15,5	754	9,7	1696	41,2	10629	35,9

Fonte: SINAN

De acordo com o SIM, 17.727 mulheres foram a óbito entre 2011 e 2018 na faixa de 15 a 49 anos, com menor número de óbitos, 708 (4,0%) e de 40 a 49 anos com 9.235 óbitos (52,1%), como descrito na tabela 4. A maioria das mulheres que foram a óbito tinham até sete anos de estudo (75,3%), eram pardas ou pretas (57,9%) e solteiras (68,2%).

Tabela 4- Características dos óbitos de mulheres de 15 a 49 anos segundo faixa etária, escolaridade, raça e estado civil, município do Rio de Janeiro, 2011- 2018 (N=17727)

Características	n	%
Faixa Etária (anos)		
15 a 19	708	4,0
20 a 29	2737	15,4
30 a 39	5047	28,5
40 a 49	9235	52,1
Escolaridade		
Até 7anos	13358	75,3
8 a 11anos	711	4,0
12 anos ou mais	1566	8,8
Sem informação	2092	11,8
Raça		
Branca	7252	40,9
Preta	3382	19,1
Negras (Pardas+pretas)	10.253	57,9
Amarela/indígena	30	0,2
Sem informação	192	1,1
Estado civil		
Solteira	12077	68,2
Casada	3848	21,7
Viúva	385	2,2
Separada	860	4,9
União Estável	292	1,6
Ignorado	265	1,5

Fonte: SIM

Na tabela 5 é possível observar que as principais causas de óbito se alteram de acordo com a faixa etária. As causas externas representam as principais causas de morte em mulheres jovens, de 15-19 com 32,5% e de 20-29 com 26,7%, sendo a primeira causa de morte em ambos os grupos. Já entre 30-39 e 40-49 anos, as neoplasias são as principais causas com 22,3% e 29,7% respectivamente, nesses últimos grupos as causas externas consistem na quarta causa de morte. As mortes por causas externas, capítulo XX do CID 10, representam a terceira causa de morte no total da faixa etária estudada, juntamente com doenças infecto parasitárias, ambas com 12,7% dos óbitos. Nas causas externas, 13,2% foram mortes autoprovocadas e 28,2% foram mortes por agressão.

Tabela 5- Características dos óbitos de mulheres de 15 a 49 anos segundo causa básica, município do Rio de Janeiro, 2011-2018.

Capítulos	15 a 19 (N=708)		20 a 29 (N=2737)		30 a 39 (N=5047)		40 a 49 (N=9235)		Total (N=17727)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	56	7,9	375	13,7	874	17,3	952	10,3	2257	12,7
II- Neoplasmas [tumores]	66	9,3	283	10,3	1124	22,3	2739	29,7	4212	23,8
III- Doenças do sangue	15	2,1	40	1,5	59	1,2	83	0,9	197	1,1
V- Transtornos mentais e comportamentais	13	1,8	59	2,2	48	1	100	1,1	220	1,2
VI- Doenças do sistema nervoso	72	10,2	195	7,1	337	6,7	669	7,2	1273	7,2
VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0	0	2	0,1	5	0,1	0	0	7	0
IX- Doenças do aparelho circulatório	46	6,5	220	8	773	15,3	2323	25,2	3362	19
X- Doenças do aparelho respiratório	31	4,4	121	4,4	247	4,9	483	5,2	882	5
XI- Doenças do aparelho digestivo	20	2,8	98	3,6	170	3,4	373	4	661	3,7
XII- Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0,3	6	0,2	15	0,3	25	0,3	48	0,3
XIII- Doenças do sist. osteomuscular	13	1,8	46	1,7	86	1,7	116	1,3	261	1,5
XIV- Doenças do aparelho geniturinário	6	0,8	53	1,9	110	2,2	265	2,9	434	2,4
XV- Gravidez, parto e puerpério	54	7,6	243	8,9	255	5,1	72	8	624	3,5
XVI- Algumas afecções originadas perinatal	1	0,1	1	0	0	0	0	0	2	0
XVII- Malformações congênicas, deformidades	21	3	28	1	29	0,6	28	0,3	106	0,6
XVIII- Sintomas, sinais e achados anormais	62	8,8	237	8,7	269	5,3	368	4	936	5,3
XX- Causas externas de morbidade e de mortalidade	230	32,5	730	26,7	646	12,8	639	6,9	2245	12,7
Capítulo XX										
Agressão	66	28,7	218	29,9	212	32,8	138	21,6	634	28,2
Autoprovocada	22	9,6	73	10	103	15,9	99	15,5	297	13,2

Os resultados encontrados com a *linkage* serão apresentados e discutidos no tópico seguinte sob forma de artigo.

6.2 ANÁLISE DO RELACIONAMENTO ENTRE OS BANCOS DE DADOS SIM E SINAN

Artigo: Violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro de 2011 a 2018: análise epidemiológica a partir de *linkage* de bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Resumo

A violência contra a mulher representa um fenômeno social, multicausal, complexo e global, que persiste no tempo e se estende a diferentes culturas e sociedades. Este estudo trata de uma análise epidemiológica da violência contra a mulher. Teve como objetivo analisar a associação existente entre mortes de mulheres de 15 a 49 anos no município do Rio de Janeiro com notificação prévia de violência, entre 2011 e 2018, a partir da *linkage* entre as bases de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Para verificar possíveis associações entre os óbitos e as notificações prévias foi realizada análise bivariada utilizando teste de qui-quadrado. Foi realizada ainda análise de sobrevivência para analisar o tempo de vida entre a notificação e o óbito, com comparação entre óbitos por agressão, por causas autoprovocadas e por outras causas. Como resultado do estudo constatou-se que, dos 17.727 registros no SIM e das 28.110 notificações do SINAN analisados, após *linkage* 281 pares, ou seja, 281 mulheres que foram a óbito, tiveram notificações de violência prévias. Desses 55% foram por causas externas, agressão ou autoprovocadas. Das mulheres notificadas que foram a óbito observou-se a prevalência da raça/cor negra e escolaridade baixa (menor ou igual a sete anos). O elevado número da violência contra a mulher revela que a rede de serviços e proteção precisa ser fortalecida, além da saúde, outros órgãos precisam atuar de forma articulada e qualificada para que a mulher que vivencia a violência tenha acesso a recursos que possibilitem sua proteção e saída da situação.

Palavras chave: Violência, Violência contra a mulher, Notificação de violências, Violência intrafamiliar, Mortalidade, Sistemas de Informação, Relacionamento de banco de dados.

Abstract

Violence against women represents a social, multi-causal, complex and global phenomenon that persists over time and extends to different cultures and societies. This work is a descriptive retrospective epidemiological study on violence against women. The aim of this study was to investigate the association between deaths of women aged 15 to 49 years in the city of Rio de Janeiro with previous notification of violence, between 2011 and 2018, based on the deterministic and probabilistic linkage between the datasets of the Mortality Information System (SIM) and the Notifiable Diseases Information System (SINAN). Exploratory survival analyzes were performed to investigate the time of life between notification and death, comparing deaths from aggression, self-inflicted causes, and other causes. After the linkage process of 17,727 records in SIM and 28,110 SINAN notifications, it was possible to find 281 women who died, had previous notifications of violence, of which 55% were due to external causes, aggression or self-harm. Among these women, there is a prevalence of black race/color (63.7%) and low education (less than or equal to seven years) (81.1%). The most prevalent types of violence in the notifications of women who died were physical violence (60.8%) and self-inflicted violence 38.1%. The high amount of violence against women reveals that the network of services and protection needs to be strengthened. In addition to public health services, other institutions, and entities, governmental or not, need to act in an articulated, qualified, and continuous way, so that women who experience violence have access to resources that enable their protection.

Keywords: Violence, Violence against women, Violence notification, Family violence, Mortality, Information Systems, Linkage.

Introdução

A violência contra a mulher representa um fenômeno social, multicausal e global, que se estende em todas as classes sociais, culturas e sociedades. A violência se constitui como uma das grandes causas de morbimortalidade de mulheres. As formas mais frequentes dessa violência ocorrem no âmbito familiar, entre parceiros íntimos, reforçando o caráter relacional, onde estão presentes relações de poder desiguais, hierarquizadas e assimétricas. A desigualdade e assimetria de gêneros impostas pelo sistema patriarcal associado à violência estrutural podem ser consideradas fatores determinantes para feminicídio (NJAINÉ et al, 2007; CASSAB, 2015; MARGARITES; MENEGHEL; CECCON, 2017; PINTO, 2019).

O feminicídio, se apresenta como a fase mais perversa e extrema da violência contra a mulher, se constitui como a etapa final do *continuum* da violência contra a mulher e que muitas destas mortes podem ser consideradas “anunciadas” e evitáveis. A literatura chama atenção para a vulnerabilidade socioeconômica como fator de risco para feminicídio. Algumas mulheres assassinadas estiveram previamente em serviços de saúde e demonstraram diretamente ou indiretamente a violência sofrida. Assim como, muitas delas antes de morrer já haviam realizado denúncia contra os autores de violência. (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; MENEGHEL, 2017).

No âmbito mundial, um total de 87.000 mulheres foram intencionalmente mortas em 2017, mais da metade delas (58%), cerca de 50.000, foram mortas por parceiros íntimos ou familiares. Isso significa que 137 mulheres em todo o mundo são mortas por um membro de sua própria família todos os dias. Muitos desses assassinatos ocorreram não de repente, mas após um padrão contínuo de violências, pois as mulheres que são mortas por seus parceiros geralmente sofrem anos de abuso. (WHO, 2018).

No Brasil, segundo Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020, no ano de 2019 ocorreram 3.740 homicídios de mulheres sendo que 1.326 foram feminicídios. Mesmo com a redução nos homicídios em 2018 e 2019, o número de casos de feminicídio registrados teve um acréscimo. Calcula-se que a cada 2 minutos no Brasil, uma mulher sofre agressão física. Em 2019, foram 266.310 registros de lesão corporal dolosa em decorrência de violência doméstica. Ainda nesta pesquisa observou-se que em 89,9% dos casos o autor do crime é um companheiro ou ex-companheiro da vítima. (BUENO; LIMA, 2020).

Como importante marco legal para o enfrentamento da violência contra a mulher no Brasil, foi sancionada a Lei nº 11.340/2006, para coibir e prevenir a violência doméstica e

familiar contra a mulher – Lei Maria da Penha – de sete de agosto de 2006, reconhecida pelas Nações Unidas como uma das legislações mais avançadas do mundo no tratamento dessa matéria. A Lei Maria da Penha tornou possível instaurar medidas mais rigorosas em relação aos agressores, a partir dela o julgamento das violências de gênero mudou o teor da punição o crime saiu do patamar de crimes de menor potencial (BIGLIARD et al., 2016; ONU Mulheres, 2016).

Ainda no campo jurídico, em 2015 as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher ganharam maior força, com a sanção da Lei do Feminicídio - Lei 13.104/ 2015 que altera o Código Penal e Lei 8.072/90 (Lei de crimes hediondos) que passa a considerar o feminicídio como homicídio qualificado (no rol de crimes hediondos) quando o crime for praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino (BIGLIARDI et al., 2016; ONU Mulheres, 2016).

O tema violência entrou na pauta do setor saúde efetivamente em 2001, com a homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), instituída pela Portaria GM/MS n. 737 de janeiro de 2001. A portaria passa a considerar a violência e os acidentes como questão de saúde pública. A política aponta para a necessidade de uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema que envolva diversos setores como a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros, considerando a complexidade da violência contra as mulheres e a necessidade de garantir integralidade do atendimento àquela que vivenciam tal situação (BRASIL, 2004; MINAYO et al 2018).

Como uma das estratégias da PNRMAV, respondendo as diretrizes dessa política, foi criado em 2005 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que estabelece o monitoramento da ocorrência de acidentes e violências na saúde. (MINAYO et al., 2018).

O sistema VIVA foi criado no Sistema Único de Saúde (SUS) com dois componentes: VIVA – Contínuo para a vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas, através das notificações, e VIVA-Sentinela para vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares, com inquéritos periódicos, com objetivo de avaliar e caracterizar a violência de forma mais em todas as regiões do país. O registro das notificações é realizado no módulo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e é alimentado pelas secretarias municipais de saúde (VELOSO, et al., 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde implantou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar

Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA (LIMA; DESLANDES, 2015; MINAYO et al., 2018).

A notificação da violência se estabelece como um instrumento que permite o dimensionamento epidemiológico do problema, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas e objetiva, através das informações, o planejamento de ações e políticas de enfrentamento à violência, atendimento e acompanhamento às vítimas e aos agressores, prevenção e promoção de saúde, além de possibilitar a articulação com a rede de cuidado da saúde e de outros setores. (VELOSO, et al., 2013). E deve haver articulação entre os setores de vigilância em saúde e os de assistência para que as notificações possam ser utilizadas como disparador de uma rede de cuidado, para evitar possíveis desdobramentos graves e fatais.

Nos sistemas de informação em saúde brasileiros não existem bases de dados fidedignos que monitorem feminicídio. A declaração de óbito, que tem por objetivo gerar dados epidemiológicos sobre mortalidade, não apresenta informações como autor do homicídio ou intencionalidade, informações estas que são da esfera criminal. Assim, o estudo em questão buscou analisar associação existente entre as mortes de mulheres de 15 a 49 anos residentes no município de Rio de Janeiro com notificações prévias de violência a partir de *linkage* entre as bases de dados do SIM e do SINAN, de 2011 a 2018, e com isso verificar a probabilidade de mulheres notificadas por violência virem a óbito por causas externas, investigando possível relação do óbito com a notificação prévia.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal a respeito da violência contra a mulher, que utiliza dados provenientes do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no município do Rio de Janeiro/RJ, durante o período compreendido entre 2011 e 2018. As notificações de violência interpessoal e autoprovocada foram implementadas de forma universal no Brasil em 2011, por isso a decisão de iniciar as análises nesse ano. Os dados de mortalidade de mulheres foram obtidos do SIM, cuja fonte de dados é a Declaração de Óbito (DO), e de notificação de violência, do SINAN, de onde foram selecionadas as notificações de violências interpessoais e autoprovocadas contra mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. No SIM as causas foram definidas segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10).

Relacionamento entre banco de dados

Para identificar as mulheres com notificações prévias de violências que foram a óbito por todos os tipos de causa básica, foi realizado neste trabalho o relacionamento entre as bases de dados do SINAN e do SIM. Este relacionamento ou *linkage* consiste em um método que possibilita a identificação de um mesmo indivíduo em diferentes bancos de dados, tendo sido utilizados dois métodos: o determinístico e o probabilístico. Estes métodos baseiam-se na utilização conjunta de campos comuns presentes em ambos os bancos de dados (ex. nome, data de nascimento, sexo etc.), com o objetivo de identificar o quanto é provável que um par de registros de uma base de dados se refira a um mesmo indivíduo na outra base (CAMARGO JR & COELI, 2000).

Primeiramente foi realizada a deduplicação dos dados do SINAN, com a retirada de notificações repetidas, notificações de uma mesma pessoa com mesma data de ocorrência, ou seja, um mesmo evento notificado duas vezes. Foram retiradas também notificações de uma mesma pessoa que tiveram mais de uma situação de violência, considerando apenas a última notificação para a realização da *linkage*.

O primeiro método executado foi a *linkage* determinística. Este pode ser empregado quando um campo identificador unívoco (chave primária) se encontra presente em ambas as bases de dados a serem relacionadas. Na ausência dessa chave primária, o relacionamento

pode ser executado empregando-se o método probabilístico (*probabilistic record linkage*). Para a primeira etapa do *linkage* foi criado um registro alfanumérico com 28 dígitos, o *statistical linkage key* (SLK)⁵. Tal registro foi baseado nas seguintes informações das mulheres: primeiro nome da mulher, último nome da mulher, primeiro nome da mãe da mulher, último nome da mãe da mulher e data de nascimento (BASS & GARFIELD, 2002). A validação desse processo foi feita baseada na métrica da distância de Levenshtein⁶ entre o nome da mulher e o nome da mãe (GUILLEN, 2017). Como todos os registros pares tiveram uma probabilidade de acima de 0,83, todos eles foram aceitos para a *linkage*. Dos 17.727 registros do SIM e 28.110 do SINAN (retirados os registros duplicados) totalizaram 187 pares na etapa de linkagem determinística. Os registros não pareados na fase determinística foram analisados numa nova fase, a probabilística.

No método de *linkage* probabilístico foi utilizado o *software* OpenRecLink 3.1, que tem como objetivo identificar a probabilidade de um par de registros em bancos de dados diferentes pertencerem a uma mesma pessoa. Nessa etapa todos os registros do SINAN que formaram pares com o SIM foram retirados do SINAN para que fosse feita a linkagem com o banco SIM na íntegra. O método probabilístico foi realizado em três fases: padronização, blocagem e pareamento, por meio de rotinas automatizadas, buscando campos comuns como: nome completo da mulher e data de nascimento, presentes em ambos os bancos. A primeira etapa, a padronização, consiste no pré-processamento das bases, com a limpeza de dados, a padronização de conteúdos e formatos e a criação de códigos fonéticos (*soundex*). Esse último recurso tem o objetivo de transformar o texto em um código fonético para homogeneizar pequenas diferenças ortográficas (COELI; PINHEIRO; CAMARGO JR., 2015).

Na segunda fase do processo (blocagem) foram criados blocos lógicos de registros nos arquivos que foram relacionados. Os blocos são constituídos de forma a aumentar a probabilidade de que os registros neles contidos representem pares verdadeiros (CAMARGO JR & COELI, 2000). Na estratégia de blocagem sete passos foram realizados a partir da combinação de códigos fonéticos (*soundex*), permite que grafias diferentes, mas com mesmo som, tenham o mesmo formato. Foram realizadas sete chaves de blocagem combinando *soundex* do primeiro nome da mulher, *soundex* último nome da mulher, *soundex* primeiro

⁵ *Statistical linkage key* (SLK) significa chave de ligação, é um código criado usando uma combinação de informações de identificação em cada registro, como nome, endereço e data de nascimento.

⁶ Distância de Levenshtein- Indicador que mede a diferença entre duas sequências de caracteres que no caso desse estudo refere-se a diferença entre o nome da usuária no SIM e no SINAN e o nome de sua mãe no SIM e no SINAN. Quanto menor a diferença, maior a probabilidade de serem as mesmas mulheres.

nome da mãe da mulher, *soundex* do último nome da mãe da mulher e ano de nascimento. Na *linkage* probabilística foram encontrados 85 pares.

O último processo foi o cálculo dos escores baseados em probabilidades para mensurar a possível similaridade no pareamento dos registros. Para selecionar os pares para a revisão manual, utilizando apenas a chave de comparação “Data do Nascimento”, com a seguinte estratégia de blocagem: primeiro nome da mulher e último nome da mulher. Na revisão manual foram encontrados 9 pares. Todo processo de *linkage* determinística mais a probabilística resultou em 281 pares.

Sendo que foram detectadas 14 duplicatas, ou seja, 7 mulheres foram codificadas com registros alfanuméricos distintos através dos dados do SINAN. Tal problemática pode ser devido a ocorrência de algum erro de grafia no nome na mulher ou da mãe, algum erro na data de nascimento, ou até mesmo por conta da ausência de alguma informação entre os registros que formam o SLK no SINAN.

Após a *linkage*, foi realizada uma análise manual das fichas de notificação das mulheres que foram a óbito, que morreram até 15 dias após a notificação. Dos óbitos por agressão, identificamos pelo campo observação e pelo autor da violência nas respectivas fichas de notificação, que 22 casos foram óbitos por agressão cujo autor foi parceiro íntimo. Alguns relatos do campo observação foram apresentados na discussão.

Análise estatística

A variável de desfecho do estudo é a ocorrência de morte por causas externas em mulheres que tiveram notificação prévia de violência. Esta variável foi construída após o relacionamento das bases do SINAN e SIM. As variáveis de exposição foram: faixa etária; escolaridade; ocupação; raça/cor; local de ocorrência da violência; motivação da violência; autor da violência; local de ocorrência do óbito.

Inicialmente foi realizada a análise exploratória dos dados por meio de frequências simples e proporções, para as variáveis categóricas, e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas.

Para verificar possíveis associações entre o desfecho e as variáveis de exposição, foram realizadas análises bivariadas utilizando teste de qui-quadrado de independência, com nível de significância de 5% (VIEIRA, 2010).

Para analisar a sobrevida das mulheres que foram notificadas por violência (SINAN), até a data do seu óbito (SIM), através de técnicas exploratória de dados de análise de sobrevida (CARVALHO et al., 2005), foram construídas curvas de Kaplan-Meier (BLAND et al., 1998) para descrever o tempo mediano de sobrevidas entre as mulheres. Tais curvas também foram estratificadas segundo a causa do óbito (por agressão, autoprovocada e outras causas de óbito). O teste log-rank (BLAND e ALTMAN, 2004), levando em consideração o nível de significância de 5%, também foi utilizado para avaliar a diferença do tempo de sobrevida entre as curvas segundo a causa do óbito.

As análises foram feitas com o uso do *software* R, para a linkage foi utilizada a biblioteca *recordlinkage*. As curvas de sobrevida foram aferidas a partir da data de ocorrência da violência no SINAN e data do óbito no SIM.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (Registro no CAAE: 37494920.0.3001.5279).

Resultados

De 2011 a 2018 no município do Rio de Janeiro, a *linkage* revelou que 281 mulheres com notificação de violência vieram a óbito. A maioria tinha de 40 a 49 anos (31,3%), com escolaridade até 7 anos (81,1%), era da raça/cor negra (63,7%) e solteira (84%) (Tabela 1).

Tabela - 1 Características das mulheres, de 15 a 49 anos, que foram a óbito com e sem notificação, segundo faixa etária, escolaridade, raça/cor e estado civil, município do Rio de Janeiro, 2011-2018.

	Mulheres notificadas que foram a óbito N=281		Mulheres notificadas que não foram a óbito N=17446		P
	n	%	n	%	
Faixa Etária					<0,001
15 a 19	34	12,1	674	3,9	
20 a 29	78	27,8	2659	15,2	
30 a 39	81	28,8	4966	28,5	
40 a 49	88	31,3	9147	52,4	
Escolaridade					0,02
Sem informação	5	1,8	657	3,8	
Até 7anos	228	81,1	13.130	75,1	
8a11anos	18	6,4	693	4	
12e+anos	16	5,7	1550	8,9	
Ignorado	7	2,5	637	3,7	
Raça/cor					0,003
Branca	99	35,2	7153	41	
Negra (Parda+Preta)	180	63,7	10.073	57,7	
Amarela/indígena	1	0,3	29	0,2	
Estado civil					<0,001
Solteiro	236	84	11841	67,8	
Casado	32	11,4	3816	21,8	
Viuvo	1	0,3	384	2,2	
Separado	7	2,5	853	4,9	
Uniao.Est	0	0	292	1,7	
Ignorado	3	1,1	155	0,9	

A tabela 2 demonstra que o percentual de mulheres que tiveram notificação anterior de violência e morreram por causas externas foi de 55,5%, enquanto nas mulheres sem notificação as causas externas representam 12% dos óbitos. Causas externas são as principais causas de morte das mulheres que foram notificadas por violência. Das mulheres não notificadas por violência, as principais causas de óbito são as neoplasias, as causas externas representam a quarta causa de óbito desse grupo de mulheres sem notificação. Dentro do

capítulo XX da CID 10, causas externas, 27,6% dos óbitos das notificadas são por agressão e 41,7% são óbitos por autoprovocada, enquanto nas não notificadas 28,3% foram por agressão e 11,1% por autoprovocada. O local de ocorrência predominante nos casos de óbitos são hospitais e outros estabelecimentos de saúde (66,2% em hospitais e 14,2% em outros estabelecimentos de saúde) o óbito no domicílio representou 8,5% dos casos de mulheres com notificação prévia.

Tabela - 2 - Comparação causa da morte entre os óbitos de mulheres com e sem notificação de violência, residentes no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2018

Capítulos SIM	Mulheres que foram a óbito e tinham notificação		Mulheres que foram a óbito e não tinham notificação		p	
	N=281		N=17446			
	n	%	n	%		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20	7,1	2237	12,8	<0,001	
II. Neoplasias (tumores)	15	5,3	4197	24,1		
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	1	0,4	196	1,1		
V. Transtornos mentais e comportamentais	8	2,8	212	1,2		
VI. Doenças do sistema nervoso	13	4,6	1260	7,2		
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	0	7	0		
IX. Doenças do aparelho circulatório	29	10,3	3333	19,1		
X. Doenças do aparelho respiratório	5	1,8	877	5		
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	2,1	655	3,8		
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	48	0,3		
XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	1	0,4	260	1,5		
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	1,4	430	2,5		
XV. Gravidez parto e puerpério	6	2,1	618	3,5		
XVI. Algumas afec. originadas no período perinatal	0	0	2	0		
XVII. Malf. cong. deformid. e anomalias cromossômicas	1	0,4	105	0,6		
XVIII Sint. sinais e achad. anorm. ex. e laboratoriais	16	5,7	920	5,3		
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	156	55,5	2089	12		
No capítulo 20						<0,001
Agressão	43	27,6	591	28,3		
Autoprovocada	65	41,7	232	11,1		
Local de ocorrência					<0,001	
Hospital	186	66,2	12922	74,1		
Outros Estabelecimentos Saúde	40	14,2	1952	11,2		
Domicílio	24	8,5	1592	9,1		
Via Pública	4	1,4	228	1,3		
Outros	27	9,6	752	4,3		

Das 28.110 notificações de violência do SINAN analisadas, 281 mulheres de 15 a 49 anos morreram, entre 2011 e 2018. Nas notificações de violência interpessoal das mulheres que foram a óbito, o vínculo com o provável agressor foi parceiro íntimo, cônjuge ou namorado (16,0%) ou ex-cônjuge ou ex-namorado (8,2%). A força é o principal meio de agressão das mulheres que foram a óbito (36,6%), e dessas, 26,7% sofreram violência outras vezes. Dentre as mulheres que foram a óbito, a violência mais notificada foi a violência física (60,8%). Deve-se considerar que o profissional de saúde ao notificar, em muitas vezes preenche mais de um tipo de violência, pois em grande parte dos casos a violência não acontece apenas de uma forma (Tabela 3).

Tabela - 3 Comparação de mulheres, 15 a 49 anos, com notificação que foram a óbito ou não segundo faixa etária, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, gestação, relação com agressor, meio de agressão, reincidência e natureza da violência, município do Rio de Janeiro.

	Mulheres com notificação prévia que foram a óbito		Mulheres com notificação que não foram a óbito		p
	N=281		N=27.829		
	n	%	n	%	
Relação agressor					
Cônjuge /namorado	45	16	7143	25,7	0,003
Ex-cônjuge / ex-namorado	23	8,2	3748	13,5	0,049
Conhecido	19	6,8	2540	9,1	0,269
Desconhecido	16	5,7	2743	9,8	0,04
Própria pessoa	111	39,5	3838	13,8	<0,001
Pai / padrasto	14	5	899	3,2	0,109
Mãe / madrasta	11	3,9	714	2,6	0,247
Sem informação	42	14,5	6195	22,2	
Meio de agressão					
Ameaça	21	7,4	4337	15,6	0,001
Força	103	36,6	19781	71	<0,001
Enforcamento	19	6,8	1928	6,9	0,951
Objeto contundente	7	2,5	1370	4,9	0,124
Objeto perfuro cortante	23	8,2	1908	6,8	0,266
Fogo	18	6,4	613	2,2	<0,001
Envenenamento	61	21,7	2903	10,4	<0,001
Outros	44	15,6	1431	5,1	<0,001
Outras vezes (reincidência)	75	26,7	9501	34,1	1
Natureza da violência					
Física	171	60,8	21817	78,3	<0,001
Sexual	22	7,8	3214	11,5	0,171
Psicológica	48	17,1	7303	26,2	0,007
Negligência	25	8,9	651	2,3	<0,001
Lesão autoprovocada	107	38,1	3760	13,5	<0,001

Para analisar o período entre a notificação e o óbito, foi realizada análise exploratória de sobrevivência, com comparação segundo categoria dos óbitos por agressão, por causas autoprovocadas e por outras causas. Os óbitos por agressão e autoprovocada se concentraram em sua maioria em dias próximos à notificação. Nas outras causas gerais, observou-se que os óbitos foram distribuídos de forma mais heterogênea ao longo de 1000 dias de acompanhamento (Figuras 1 e 2). Foi realizada análise de sobrevivência da morte por agressão com a categoria raça/cor e com autor da violência, mas essas análises não se mostraram significativas.

Figura - 1 Distribuição do tempo de notificação até o óbito por tipo de causa de óbito.

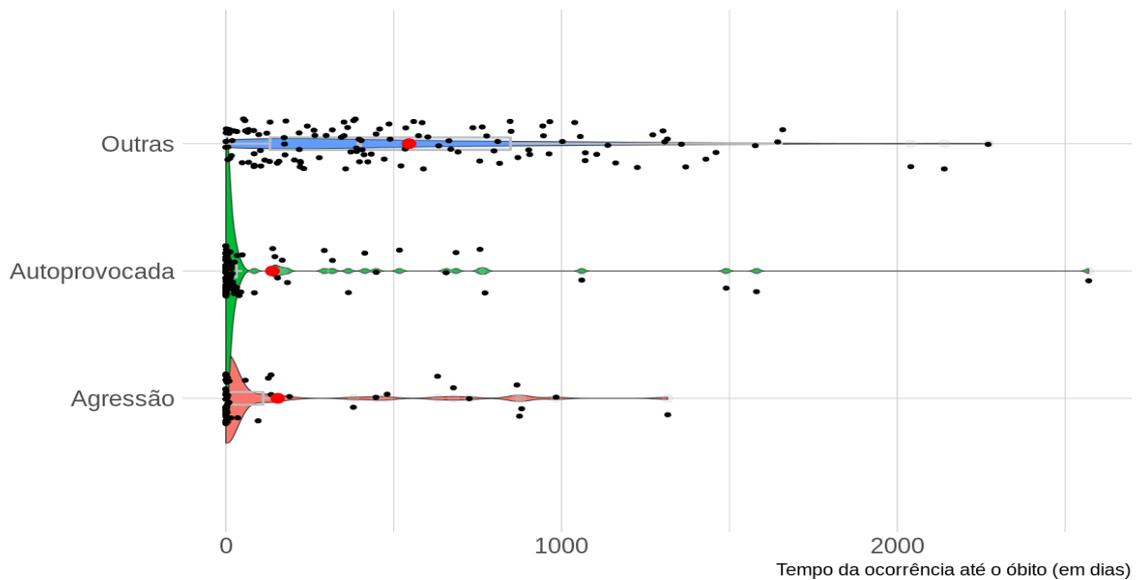
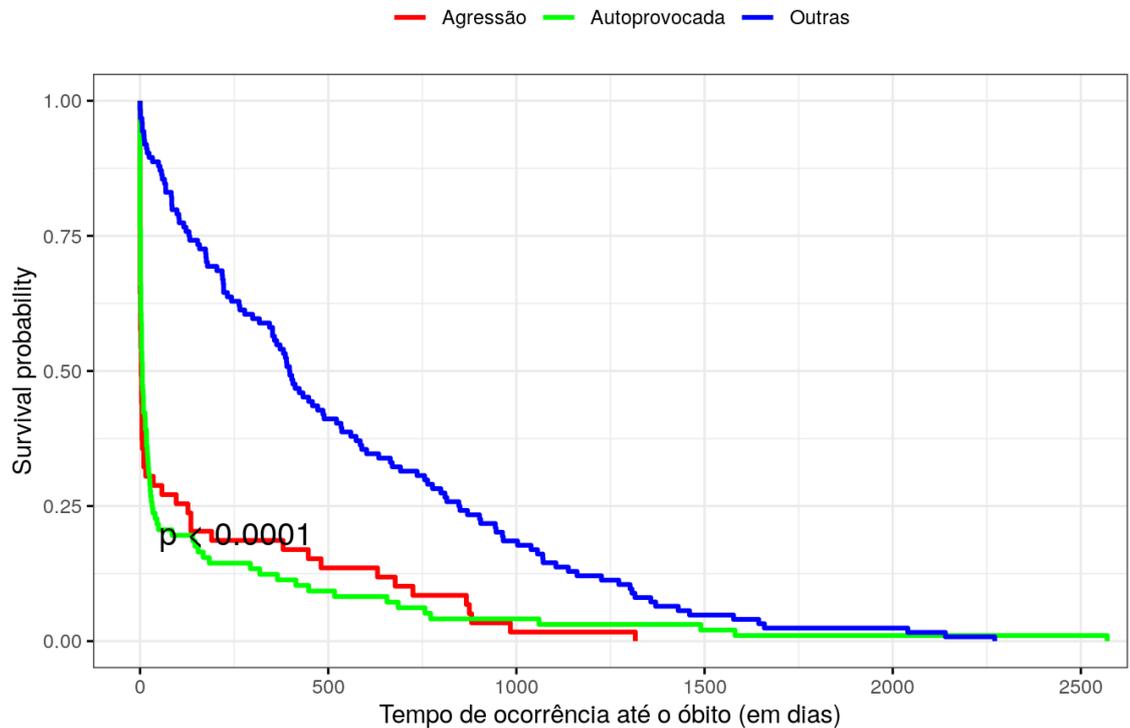


Figura - 2 Curvas de sobrevida do tempo de notificação até o óbito por tipo de causa de óbito.



DISCUSSÃO

A violência contra a mulher afeta diferentes classes sociais e representa extrema violação aos direitos humanos dessas mulheres. O presente estudo apresenta análise inovadora para violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro através do relacionamento entre bancos de dados do SIM e do SINAN, objetivando investigar mulheres que foram a óbito e tiveram notificações anteriores de violência. A notificação pode representar um sinal de alerta para a possibilidade de a violência se tornar tão grave a ponto de levar a mulher a óbito.

Os resultados revelam que a proporção de mulheres notificadas por violência que morreram por causas externas é maior do que das mulheres em geral que não tem notificação. No capítulo XX da CID 10, que se refere às causas externas foram separadas as mortes por agressão ou por lesão autoprovocada, que se mostraram ser muito expressivas dentre as mulheres notificadas. O estudo evidenciou que 55% das mulheres com notificação e foram a óbito foi por causas externas, principal causa de morte nesses grupos. Enquanto nos óbitos das não notificadas, as causas externas foram a quarta causa de óbito. Portanto, mulheres

notificadas por violência tem mais chances de vir a óbito por causa relacionada a agressão e a autoprovocada.

Nas mulheres notificadas que foram a óbito, observou-se maior prevalência da raça/cor negra (63,7%), o que expressa as grandes desigualdades e iniquidades que acarretam vulnerabilidade a esse grupo específico como discutido por outros autores. Sobre raça/cor, o estudo em questão está de acordo com Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020, que afirma que 66,6% das vítimas de feminicídio no Brasil eram negras (SOARES FILHO, 2011; GARCIA et al., 2015; SOUTO et al., 2017; MENEGHEL; MARGARITES, 2017; BUENO; LIMA, 2020).

Além da raça/cor, neste estudo foi possível observar que escolaridade baixa, até sete anos de estudo demonstrou ser também uma vulnerabilidade nas mulheres notificadas que foram a óbito. A grande maioria dos óbitos tinham escolaridade menor que sete anos, sendo que nas notificadas o percentual foi mais elevado (81,1%). Alguns autores destacaram a relação direta entre baixa escolaridade e maior propensão das mulheres que vivenciam situações de violência, especialmente casos em que o autor é o parceiro íntimo. Uma hipótese a ser considerada é que mulheres com maior grau de instrução podem ter mais acesso à independência socioeconômica e, conseqüentemente, maior acesso aos recursos de proteção, tendo assim maior possibilidade de sair da situação de violência. Por outro lado, mulheres com maior condição financeira, podem ter maior receio de dar visibilidade à situação de violência, e não acessam tanto os serviços de saúde do SUS, e por assim não aparecem nas notificações de violência do SINAN, as quais são realizadas em sua maior parte em unidades de saúde públicas (GARCIA; SILVA, 2018; MS, 2019; CERQUEIRA et al., 2020).

Este estudo indicou que a violência física representa, quanto à natureza, o maior quantitativo dos casos (60,8%), e o meio de agressão mais utilizado foi a força (36,6%). Acompanhando os índices do Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020 e do Dossiê Mulher 2020 que indicam a lesão corporal, ou violência física, com maiores números de registros de mulheres vítimas foram as lesões corporais dolosas (MENDES, 2020; BUENO; LIMA, 2020).

A violência psicológica (17,1%) geralmente se apresenta associada à outra violência, dificilmente a notificação de violência apresenta violência psicológica de forma isolada, como sendo a única violência sofrida. O que pode representar o quanto a violência psicológica pode estar sendo banalizada tanto pelas mulheres como pelos profissionais de saúde. Na maioria dos casos, a violência psicológica pode aparecer nas modalidades de humilhações, xingamentos e desprezo. Esse tipo de violência ocorre primariamente, e pode perdurar durante

todo o ciclo de violência; somando-se a essa, com o passar do tempo outras formas de violência vão sendo incorporadas. A violência psicológica pode deixar marcas ainda mais profundas que a violência física, pode ocasionar sofrimento psíquico e comprometer a saúde psicológica da mulher (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Nas violências interpessoais, os prováveis autores das violências notificadas são, em sua maioria, os parceiros e ex-parceiros íntimos. No registro dos óbitos não se pode afirmar que a morte por agressão tenha sido causada pelo parceiro íntimo, uma vez que a fonte de dados do SIM não possui nenhum detalhamento sobre o autor da violência e de sua relação com a vítima. Portanto, a análise do SIM não possibilita o entendimento da situação do óbito, não permite caracterizar se havia questão de gênero associada às mortes, apresentando apenas informação da causa, pois o papel de investigação é do setor judiciário e não da saúde. Para entender se houve feminicídio por parceiro íntimo foi realizada revisão das fichas de notificação de mulheres que foram a óbito em até quinze dias depois da agressão. Nas fichas de notificação existem informações sobre o provável autor da violência.

Foi realizada revisão manual dos casos que foram notificados por violência e foram a óbito por agressão até quinze dias após notificados, na tentativa de identificar feminicídio. A revisão evidenciou 22 casos de mulheres notificadas por violência física, cujo autor era o parceiro ou ex-parceiro, e que vieram a óbito por causa básica agressão, quando não no mesmo dia, foram a óbito em poucos dias depois, algumas delas ficaram internadas por um tempo. Esses casos podem ser considerados feminicídios íntimos, quando os autores mantinham relações afetivas, sexuais ou familiares com as vítimas.

Foram identificados relatos nas fichas no campo observação que evidenciam feminicídio como nos exemplos a seguir: C. 28 anos: *“foi agredida pelo marido, causa da morte contusão de crânio com hemorragia das meninges”*; D. 30 anos: *“Vítima veio a óbito, foi encaminhada para o IML pela polícia, vizinhos, comunicaram que a vítima tinha sido esfaqueada SIC, pelo ex-marido durante a noite. O agressor fugiu”*; L. 30 anos: *“Lesão abdominal complexo por arma branca pelo ex-companheiro. Feito cirurgia está no CTI. Autor da agressão: ex-cônjuge”*. Foi a óbito 15 dias depois; MA. 18 anos: *“Jovem vítima de PAF. A família não soube precisar de muitos dados da ocorrência, mas receberam informações que o autor dos disparos foi o namorado de MA (SIC)”*; P. 37 anos: *“admitida nessa unidade em 14/06/2016, as 12:41, vítima de PAF, que segundo familiares, foi provocado pelo companheiro da usuária, resultando em óbito da vítima”*; S. 26 anos: *“A vítima vinha sendo ameaçada pelo ex-marido que finalmente a esfaqueou até a morte em seu local de trabalho, um salão de beleza”*; V. 38 anos: *“Chegou com múltiplas lesões por arma*

branca, evoluindo para óbito. Encaminhado o corpo ao IML. Autor da agressão: ex-cônjuge”; P.F. 35 anos: “Paciente deu entrada por queda de escada, mas mãe refere suspeita de violência doméstica. Paciente em protocolo de morte encefálica. Autor da agressão: ex-cônjuge”.

Das mulheres que morreram por agressão e foram notificadas previamente no período analisado, três morreram em domicílio, três casos em questão foram notificados no dia do óbito e na notificação tem se a informação que o autor da violência era parceiro íntimo da vítima. Esses casos em que as mulheres notificadas foram a óbito logo em seguida no hospital, em sua maioria sofreu agressão no domicílio.

O feminicídio consiste na expressão mais cruel da violência contra a mulher, têm suas raízes nas históricas relações desiguais de poder entre homens e mulheres e nas discriminações sistemáticas de gênero suportadas por valores sociais, práticas e padrões culturais (CAICEDO-ROA et al., 2019). Segundo Dossiê Mulher 2020, analisando os dados da Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, constatou-se que 82,4% dos crimes foram cometidos pelo companheiro (61,2%) ou ex-companheiro (21,2%) da vítima. Esse feminicídio perpetrado por parceiro íntimo vem num contexto de violência doméstica, muitas vezes já crônica, com eventos anteriores que culminam na morte (MENDES, 2020).

Na tentativa de entender o tempo de vida entre a última notificação e o óbito da mulher, e se a violência poderia ter relação com o óbito foi realizada análise de sobrevivência, comparando as mulheres com notificação prévia que foram a óbito por agressão, por autoprovocada e por outras causas. O estudo indicou que um número significativo das mulheres que foram a óbito por agressão e por lesão autoprovocada tiveram notificação em data próxima ao óbito. Algumas foram notificadas assim que chegaram à emergência, e devido à gravidade do quadro em que chegaram, foram a óbito no mesmo dia ou poucos dias após sua entrada. Agressões muitas vezes são letais, assim como lesões autoprovocadas, e as pessoas que chegam em estado muito grave, nem sempre tem possibilidade terapêutica.

Sobre a violência autoprovocada, este estudo aponta para o grande número de óbitos previamente notificados (41,7%), antes de morrer essas pessoas passaram pelo serviço de saúde por tentativas de suicídio, reincidiram e foram a óbito. Alguns artigos que discutem violência autoprovocada trazem que 19% das tentativas de suicídio tratadas em emergências reaparecem no mesmo tipo de serviço seis meses depois. O que nesse estudo foi possível perceber, quando tantas mulheres que foram a óbito por causas autoprovocadas já haviam sido notificadas (BAHIA et al., 2017).

A literatura discute que algumas questões ligadas a gênero podem ser disparadoras do comportamento suicida como desestruturação financeira; algumas vulnerabilidades referentes ao gênero; normas sociais rígidas; múltipla responsabilização na família e trabalho assim como presença de violência física e sexual e conflitos em relacionamentos com cônjuges. Alguns autores discutem a associação entre mulheres expostas a violência por parceiro íntimo e maior risco de depressão assim como associação entre violência por parceiro íntimo e tentativa de suicídio. Nesse estudo não foi possível afirmar a motivação das mulheres para as tentativas de suicídio e fazer, conseqüentemente associação com a violência. Contudo um dos fatores determinantes para o adoecimento psíquico de algumas mulheres, que as levaram ao suicídio, ou a tentativa pode ter sido a vivência com a violência e a violência por parceiro íntimo (DEVRIES; WATTS; YOSHIHAMA; KISS; SCHRAIBER, 2011; MENEGHEL *et al.*, 2013; BAHIA *et al.*, 2017; CORREIA *et al.* 2019).

O suicídio pode ser entendido como uma situação limite na vida de mulheres, visto como a única alternativa para fuga dos conflitos sociais ou interpessoais geradores de sofrimento intenso e mal-estar avassalador (MENEGHEL *et al.*, 2013). Nessas horas é de fundamental importância, quando identificado no atendimento uma pessoa com ideação suicida ou que tenha tentado suicídio, que o profissional acione a rede assistencial imediatamente, pois grande é a chance de reincidência. A tentativa de suicídio assim como a violência sexual têm a obrigatoriedade de serem notificadas em até 24 horas do conhecimento do agravo, devido a necessidade de se tomarem medidas urgentes como o encaminhamento e vinculação do usuário aos serviços de atenção psicossocial, de modo a prevenir que um novo caso de tentativa de suicídio se concretize. Nesse estudo, algumas das mulheres que morreram por causas autoprovocadas podem ter tentado suicídio outras vezes, e provavelmente passaram por atendimentos antes do óbito, e talvez não tenham tido acesso aos serviços de saúde mental tão necessários para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. O grande número de notificações e seu crescimento ao longo do período estudado não significa necessariamente, aumento da violência. Pode representar um aumento da sensibilização de profissionais em notificar violência (SILVA; OLIVEIRA, 2016).

No município do Rio de Janeiro, as delegacias têm o hábito de ao atender um caso de violência, solicitar que a vítima realize atendimento médico para que seja gerado um laudo médico, esse laudo pode subsidiar perícia de corpo delito do Instituto Médico Legal (IML). Desta forma, quase todas as situações de violência atendidas na delegacia acabam passando por serviços de saúde, possibilitando atendimento por profissionais de saúde, que segundo

portaria do MS devem realizar notificação. Contudo mesmo com a portaria em questão alguns casos ainda são subnotificados.

Como limitação do estudo tem-se os campos da notificação negligenciados pelos profissionais de saúde. Observa-se que no SINAN, campos como escolaridade; raça; situação gestacional; relação com agressão; ocorrência de violência outras vezes, são campos com grande percentual de não preenchimento. A incompletude dos campos dificulta uma análise mais precisa das situações, por isso a interpretação dos dados precisa ser feita com maior precaução. Além disso, também como limitação do estudo, tem-se o fato de que um número considerável de subnotificação e o fato do SINAN ser mais utilizado em unidades de saúde pública. Unidades de emergência do SUS, como Hospitais e UPAs, são as instituições de maior número de notificações. Unidades de Atenção Primária vêm aumentando o número de notificações ao longo dos anos, mas a maioria das notificações ainda são em hospitais.

A literatura identifica diferentes fatores para a subnotificação: dificuldade de identificação e reconhecimento dos casos de violência pelos profissionais, que tem relação à falta de qualificação profissional acerca das questões de violência; sobrecarga de trabalho e responsabilidades; possibilidade de profissionais sofrerem constrangimento e ameaças (que em unidades de atenção primária o risco pode ser maior considerando que se localizam mais próximas das residências dos usuários e o fato de o profissional ter contato direto com toda a família, incluindo o agressor, dificulta a notificação); desconhecimento dos protocolos e fluxos de atendimento e encaminhamentos aos serviços de referência; desamparo e isolamento das equipes de urgência e emergência entre outros. (VELOSO et al., 2013; KIND et al., 2013; AVANCI; PINTO; ASSIS, 2017).

Vale destacar a duplicidade de registros encontrada pelo presente estudo com relação ao banco do SINAN, sugerindo que serviços de vigilância ainda apresentam falhas nas rotinas de identificação de duplicidades, rotinas essas que precisam ser fortalecidas, de forma que ocorram a identificação e a exclusão dos casos duplicados em tempo hábil como discute Delzivo (2018).

O SINAN, como sistema de informação de violência no setor da saúde, deve ser fortalecido para produção e qualificação da informação, mas também pela capacidade de possibilitar o acionamento e articulação, em tempo oportuno, da rede de cuidado e proteção. Isso exige um serviço de vigilância extremamente articulado com serviços de assistência e cuidado em saúde, para que os casos notificados sejam referenciados e tenham atendimentos subsequentes em setores que compõem a rede de proteção. Os profissionais de saúde da linha de frente, que muitas vezes representam o primeiro atendimento a essas mulheres, precisam

ter qualificação adequada para a identificação, o acolhimento e atendimento assim como para o encaminhamento a essa rede, visando interromper a violência e minimizar os riscos para essas mulheres.

Apesar de todo avanço com legislação e iniciativas de cuidado às vítimas e de estratégias de prevenção à violência, muitas dificuldades ainda persistem no que se refere à qualidade da assistência como à articulação dos diferentes setores (saúde, assistência social, justiça, segurança pública, trabalho, creche etc.) que poderiam compor uma rede de proteção. Os setores ainda não atuam de forma intersetorial, na maioria das vezes a mulher vítima de violência, apresenta uma trajetória pelos setores de forma fragmentada, como um somatório de serviços e não um cuidado integral.

Com relação à dificuldade da assistência integral no enfrentamento à violência contra a mulher destaca-se a importância do fortalecimento da rede integral assim como a criação de mais equipamentos como os serviços especializados de atendimento a mulheres, que, no município do Rio de Janeiro, são poucos e concentrados no Centro da cidade e Zona Norte, dificultando mulheres de áreas mais distantes terem atendimento específico. Esses Centros são importantes, pois apresentam orientação jurídica, social e psicológica especializada para demandas de mulheres que sofrem violência. Além disso, as Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAM) também são poucas e de difícil acesso, fator que pode dificultar o registro da ocorrência policial por parte das mulheres vítimas.

A rede de proteção à mulher se estabelece como frágil e tende a ser um somatório de poucos equipamentos e serviços que não atuam de forma articulada. Somado a isso, a rede de saúde, como as de outros setores no município do Rio de Janeiro e no país como um todo, possui política de contratação de recursos humanos frágil no ponto de vista contratual e salarial, com grande rotatividade de profissionais e redução de investimento nos órgãos e equipamentos o que gera descontinuidade dos atendimentos e redução dos serviços.

Esse estudo mostrou a necessidade de o sistema de vigilância em saúde estar conectado com a assistência em saúde para que as notificações sejam de fato disparadoras do cuidado e do acionamento da rede de proteção. As medidas de enfrentamento à violência contra a mulher ainda precisam ser muito mais organizadas e eficazes tendo em vista o grande número de vítimas que a violência vem causando no município. Além disso, os números mostraram o quanto à violência autoprovocada tem aumentado e causado mortes. Muitos desses óbitos poderiam ser evitados se houvesse uma política eficaz de prevenção de violência e uma rede de cuidado articulada contínua e sistemática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que mulheres com notificações prévias morrem mais de causa externas do que as não notificadas. Enquanto as causas externas representam a quarta causa de óbito das mulheres em geral, nas que tiveram notificações prévia é a primeira causa de óbito. O sistema de informação em saúde possibilita a visibilidade da questão da violência e subsidia a formulação de política assistencial. Demonstra o quanto se faz necessário articular o sistema de vigilância em saúde com a assistência. Um sistema de vigilância em saúde articulado com o assistencial pode proporcionar um fomento do cuidado, que muitas vezes precisa de urgência, considerando risco de morte.

A política de enfrentamento a violência contra a mulher ainda tem muito que avançar na implementação de programas de prevenção e qualificação de profissionais que atuam na linha de frente, principalmente da saúde, que muitas das vezes corresponde ao setor que realiza o primeiro atendimento. Profissionais de saúde precisam ser mais bem treinados tanto na identificação, como no acolhimento aos casos, nos encaminhamentos para os serviços existentes de garantia de direitos, assim como na notificação, considerando o número de campos negligenciados no preenchimento da ficha. Quanto mais precocemente a violência for identificada e a mulher tiver acesso às orientações pertinentes, casos mais graves poderão ser minimizados. Daí a importância da atenção primária aumentar a notificação e a articulação com rede de cuidado. Profissionais das unidades de atenção primária têm possibilidade de identificar casos de violência de forma precoce e podem criar ações de prevenção à violência com grande alcance populacional.

A rede de serviços e proteção à mulher precisa ser fortalecida, além da saúde, outros órgãos precisam atuar de forma articulada e qualificada para que a mulher que vivencia a violência tenha acesso a recursos que possibilitem sua proteção e saída da situação. A violência consiste em um fenômeno complexo e multifatorial e com isso implica na necessidade de articulações multidisciplinares e intersetoriais.

REFERÊNCIAS

- AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.** Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2825–2840, set. 2017.
- BAHIA, C. A. et al.** Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida : perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil Self-harm throughout all life cycles : profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals. **Cad. saúde coletiva, (Rio J.)**, v. v. 22, n., p. 2841–2850, 2017.
- BARUFALDI, L. A. et al.** Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, set. 2017.
- BASS J., GARFIELD C.** Statistical linkage keys: How effective are they? In Symposium on Health Data Linkage, Sydney, 2002.
- BASTOS, L.S.; OLIVEIRA, R.V.C.; VELASQUE, L.S.** Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cadernos de saúde publica*, v. 31, p. 487-495, 2015.
- BIGLIARDI, A.M.; ANTUNES, M.C.; WANDERBROOKE, A.C.N.S.** O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 262-285, jul. 2016.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G.** Survival probabilities (the Kaplan-Meier method). *Bmj*, v. 317, n. 7172, p. 1572-1580, 1998.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G.** The logrank test. *Bmj*, v. 328, n. 7447, p. 1073, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2004 nov 05; Seção 1:84.
- BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência in Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de

Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016 in Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424.

BUENO, S.; LIMA, R. S. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. FBSP, São Paulo, 2020.

CAICEDO-ROA, M. et al. Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 6, p. e00110718, 2019.

CASSAB, L. A. Violência de Gênero. In FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth (Org.). Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. / Organizado por Elizabeth Fleury-Teixeira e Stela N. Meneghel. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

CAMARGO JR, K.R., COELI C.M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic record linkage. Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2000;16(2):439-47.

CARVALHO, M. S., ANDREOZI, V. L., CODEÇO, C. T., BARBOSA, M. T., & SHIMAKURA, S. E. (2005). Análise de sobrevivência. *Rio de Janeiro: Fiocruz.*

CERQUEIRA, D. et al. 2010-Atlas-Da-Violencia-2020. p. 1–96, 2020.

COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S.; CAMARGO JR., K. R. de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 4, p. 795–802, 2015.

CORREIA, C. M. et al. Violência na infância e adolescência: história oral de mulheres que tentaram suicídio. *REBEN: Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1525–1532, 2019. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>.

DELZIOVO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013*. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 27, n. 1, mar. 2018.

DREVIES, K.; WATTS, C.; YOSHIHAMA, M.; KISS, L.; SCHRAIBER, L. B. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the

WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women. *Soc. Sci. Med.*, 73, 79- 86.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 307-314, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 451–454, set. 2016.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, 29 mar. 2018.

GUILLEN, L.C. et al. Match quality of a linkage strategy based on the combined use of a statistical linkage key and the Levenshtein distance to link birth to death records in Brazil. *International Journal of Population Data Science*, v. 1, n. 1, 2017.

KASSAMBARA A.; KOSINSKI M; BIECEK P. (2021). survminer: Drawing Survival Curves using 'ggplot2'. R package version 0.4.9. <https://CRAN.R-project.org/package=survminer>.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde TT - Subnotificación e (in)visibilidad de la violencia contra las mujeres en la atención primaria a la salud TT - Primary healthcare and underreporting and (in)vi. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1805–1815, 2013.

LIMA, J. DE S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil TT - The management's view about the implementation of the form for the notification of domestic, sexual and ot. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 661–673, 2015.

MARGARITES, A. F.; MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? p. 12, 2017.

MENDES, A. P. (ORG.) et al. DOSSIÊ MULHER 2020. Rio de Janeiro : Instituto de Segurança Pública, 2020. -- (Série estudos ; 2), v. 15. ed., n. Série estudos, 2020.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 3, p. 564–574, jun. 2011.

- MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P.** Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 3077–3086, set. 2017.
- MINAYO, M. C. DE S. et al.** Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR).** 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 65 p.
- MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O.** Estatística básica. Saraiva Educação SA, 2017.
- NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P.** Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887.
- ONU MULHERES BRASIL.** Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres. Brasília/DF, abril de 2016.
- PINTO, L.W. et al.** Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 203-222.
- SCHRAIBER, L. B.; D' OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T.** Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. s205–s216, 2009.
- SILVA, L. E. L. DA; OLIVEIRA, M. L. C. DE.** Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012 TT - *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 331–342, 2016.
- SOARES FILHO, A. M.** Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Revista de Saude Publica*, v. 45, n. 4, p. 745–755, 2011.
- SOUTO, R. M. C. V. et al.** Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2811–2823, 2017.
- VELOSO, M. M. X. et al.** Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil TT. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1263–1272, 2013.
- VIEIRA, S.** Bioestatística: tópicos avançados. In: *Bioestatística: tópicos avançados*. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** RESPECT women: Preventing violence against women. Geneva: WHO; 2019.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que mulheres com notificações prévias morrem mais de causa externas do que as não notificadas. Enquanto as causas externas representam quarta causa de óbito nas mulheres em geral, nas que tiveram notificações prévias é a primeira causa de óbito.

O sistema de informação em saúde possibilita a visibilidade da questão da violência e subsidia a formulação de política assistencial. Demonstra o quanto se faz necessário articular o sistema de vigilância em saúde com a assistência. Um sistema de vigilância em saúde articulado com o assistencial pode proporcionar um fomento do cuidado, que muitas vezes precisa de urgência, considerando risco de morte.

A política de enfrentamento a violência contra a mulher ainda tem muito que avançar na implementação de programas de prevenção e qualificação de profissionais que atuam na linha de frente, principalmente da saúde que muitas das vezes se trata do primeiro atendimento. Equipes de saúde precisam ser atualizadas com treinamentos tanto para identificação, como para o acolhimento aos casos, e compartilhamentos dos cuidados com a rede, assim como na notificação, considerando o número de campos negligenciados no preenchimento da ficha.

O número elevado da violência contra a mulher demonstra que se faz necessário o fortalecimento da rede de serviços de proteção à mulher, e que, além da saúde, outros órgãos precisam atuar de forma articulada e qualificada para que a mulher que vivencia a violência tenha acesso a recursos que possibilitem sua proteção e saída da situação. A violência consiste em um fenômeno complexo e multifatorial e com isso implica na necessidade de articulações multidisciplinares e intersetoriais para seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

ABATH, M. DE B. Avaliação da implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes no Recife, Pernambuco. Thesis—[s.l.] Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2014.

ACOSTA, D. F. et al. Violence against women committed by intimate partners: (in)visibility of the problem TT - Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in)visibilidade do problema. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2015.

AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; ASSIS, S. G. . Atendimento dos casos de violência em serviços de urgência e emergência brasileiros com foco nas relações intrafamiliares e nos ciclos de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2825–2840, set. 2017.

BAHIA, C. A. et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida : perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil Self-harm throughout all life cycles : profile of victims using urgent and emergency care services in Brazilian state capitals. *Cad. saúde coletiva*, (Rio J.), v. 22, n., p. 2841–2850, 2017.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade e Estado*, v. 29, n. 2, p. 449–469, ago. 2014.

BARSTED, L.A.L. Convenção de Belém do Pará. In FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth (Org.). *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.* / Organizado por Elizabeth Fleury-Teixeira e Stela N. Meneguel. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

BARUFALDI, L. A. et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, set. 2017.

BASS J., GARFIELD C. Statistical linkage keys: How effective are they? In *Symposium on Health Data Linkage*, Sydney, 2002.

BASTOS, L.S.; OLIVEIRA, R.V.C.; VELASQUE, L.S. Obtaining adjusted prevalence ratios from logistic regression models in cross-sectional studies. *Cadernos de saúde publica*, v. 31, p. 487-495, 2015.

BESSONI BOUDOUX SALGADO, A. Violência feminicida: uma abordagem interseccional a partir de gênero e raça. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, v. 3, n. 1, p. 37, 1 jun. 2017.

BIGLIARDI, A.M.; ANTUNES, M.C.; WANDERBROOCKE, A.C.N.S. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.*, São Paulo, v. 36, n. 91, p. 262-285, jul. 2016.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Survival probabilities (the Kaplan-Meier method). *Bmj*, v. 317, n. 7172, p. 1572-1580, 1998.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. The logrank test. *Bmj*, v. 328, n. 7447, p. 1073, 2004.

BLAY, E. A. Violência contra uma mulher e políticas públicas. *Estud. av. São Paulo*, v. 17, n. 49, p. 87-98, dezembro de 2003.

BRASIL. Decreto nº1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. *Diário Oficial da União 1996*; 2 ago.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. [s.l.] Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2004 nov 05; Seção 1:84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1271, 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. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2014 jun 09; Seção 1:67.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência in *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016 in *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424.*

BUENO, S.; LIMA, R. S. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. FBSP, São Paulo, 2020.

CAICEDO-ROA, M. et al. Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. e00110718, 2019.

CASSAB, L. A. Violência de Gênero. In FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth (Org.). *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência.* / Organizado por Elizabeth Fleury-Teixeira e Stela N. Meneguel. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.

CAMARGO JR, K.R., COELI C.M. Reclink: aplicativo para o relacionamento de bases de dados, implementando o método probabilistic record linkage. *Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública* 2000;16(2):439-47.

CARNEIRO, S. *Mulheres Negras e Violência Doméstica: decodificando os números / Suelaine Carneiro - São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017.*

- CARVALHO, M. S., ANDREOZI, V. L., CODEÇO, C. T., BARBOSA, M. T., & SHIMAKURA, S. E. (2005). Análise de sobrevivência. *Rio de Janeiro: Fiocruz*.
- CERQUEIRA, D. et al. Atlas da Violência 2020. Atlas da Violência 2020. Brasília. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública 2020.
- COELI, C. M.; PINHEIRO, R. S.; CAMARGO JR., K. R. de. Conquistas e desafios para o emprego das técnicas de record linkage na pesquisa e avaliação em saúde no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 4, p. 795–802, 2015.
- CORREIA, C. M. et al. Violência na infância e adolescência : história oral de mulheres que tentaram suicídio. *REBEN: Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1525–1532, 2019. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0814>.
- COUTINHO, L.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 992-998, 2008.
- CRENSHAW, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero (L. Schneid, Trad.). *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188.
- DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. supl, p. 1163–1178, 2006.
- DELZIOVO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 27, n. 1, mar. 2018.
- D'OLIVEIRA A.F.; SCHRAIBER L.B.; FRANÇA-JUNIOR I., LUDERMIR A.B.; PORTELLA A.P.; DINIZ C.S., et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2): 299-311. DOI: 10.1590/S0034-8910200900500001320.
- DREVIES, K.; WATTS, C.; YOSHIHAMA, M.; KISS, L.; SCHRAIBER, L. B. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women. *Soc. Sci. Med.*, 73, 79- 86.
- ESCORSIM, S. M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *Revista Katálisis*, 2014.
- FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B.. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 307-314, Aug. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000200008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>.
- GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 451–454, set. 2016.

- GARCIA, L. P. et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, e00011415, 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000400704&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2021. Epub Apr 19, 2016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011415>.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1269–1278, 2006.
- GIRIANELLI, V. R. et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016 TT - Quality of the notifications of interpersonal and self-inflicted violence in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 2009-2016. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 318–326, 2018.
- GONÇALVES, S. A. A interseccionalidade de gênero e raça para análise de morte de mulheres negras in CLAZANA, M.E., MALOMALO, B, PIÑEIRO, E.S. (Orgs.) - As desigualdades de gênero e raça na América Latina no século XXI.
- GUILLEN, L.C. et al. Match quality of a linkage strategy based on the combined use of a statistical linkage key and the Levenshtein distance to link birth to death records in Brazil. *International Journal of Population Data Science*, v. 1, n. 1, 2017.
- HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo social, Revista de Sociologia sa USP*, v. 26, n. 1, p. 61–73, 2014.
- IPEA org. - Atlas da Violência 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.
- KASSAMBARA A.; KOSINSKI M; BIECEK P. (2021). *survminer: Drawing Survival Curves using 'ggplot2'*. R package version 0.4.9. <https://CRAN.R-project.org/package=survminer>.
- KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde TT - Subnotificación e (in)visibilidad de la violencia contra las mujeres en la atención primaria a la salud TT - Primary healthcare and underreporting and (in)vi. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 9, p. 1805–1815, 2013.
- LEITE, F. M. C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.
- LEITE, F. M. C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2971–2978, set. 2017.
- LIMA, J. DE S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil TT - The management's view about the implementation of the form for the notification of domestic, sexual and ot. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 661–673, 2015.
- MANSO, F. V. e CAMPAGNAC, V. (orgs). *Dossiê mulher : 2019*— 14. ed. — Rio de Janeiro : RioSegurança, 2019. 115 p. : il. ; 23 cm. — (Série Estudos ; 2).

- MARGARITES, A. F.; MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? p. 12, 2017.
- MATOS, M. Gênero. In FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth (Org.). Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência. / Organizado por Elizabeth Fleury-Teixeira e Stela N. Meneghel. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- MATOS, M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Revista Estudos Feministas, v. 16, n. 2, p. 330–357, 2008.
- MENDES, A. P. (org.) et al. DOSSIÊ MULHER 2020. Rio de Janeiro : Instituto de Segurança Pública, 2020. -- (Série estudos ; 2), v. 15. ed., n. Séries Sstudo, 2020.
- MENEGHEL, S. N. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. p. 8, 2017.
- MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 564–574, jun. 2011.
- MENEGHEL, S. N.; MARGARITES, A. F. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: Iniquidades de gênero ao morrer. Cadernos de Saude Publica, v. 33, n. 12, 2017.
- MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 9, p. 3077–3086, set. 2017.
- MINAYO, M. C. DE S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 2007–2016, jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica [Internet]. 3. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2017 set 19]. 123 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 65 p.
- MOREIRA, G. A. R. et al. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil TT - Reporting of sexual violence against women in Brazil. Rev. bras. promoç. saúde (Impr.), v. 28, n. 3, p. ----, 2015.
- MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. O. Estatística básica. Saraiva Educação SA, 2017.
- NJAINÉ, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. (Org.) Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo. In:_____. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012. p. 11-17.

ONU MULHERES BRASIL. Diretrizes Nacionais para Investigar, Processar e Julgar com Perspectiva de Gênero as Mortes Violentas de Mulheres. Brasília/DF, abril de 2016.

PASINATO, W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*, n. 37, p. 219–246, dez. 2011.

PASINATO, W. Lei Maria da Penha: novas abordagens sobre velhas propostas. Onde avançamos? *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, vol. 10, núm. 2, maio-agosto, 2010, pp. 216-232 Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre, Brasil

PINTO, L.W. et al. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. (Org.). *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 203-222.

REICHENHEIM, M. E., De Souza, E. R., Moraes, C. L., De Mello Jorge, M. H. P., Da Silva, C. M. F. P., & De Souza Minayo, M. C. (2011). Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*. Lancet Publishing Group.

RUSSEL D., CAPUTTI J. *Femicide: the politics of women killing*. New York: Twayne Publisher; 1992.

SAFFIOTI, H. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva* 13 (4) p. 82-91, 1999.

SAFFIOTI, H. *Gênero patriarcado violência*. 2a ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SALGADO, A. B. B. Violência feminicida: uma abordagem interseccional a partir de gênero e raça. *Revista de Gênero, Sexualidade e Direito*, v. 3, n. 1, p. 37–57, 1 jun. 2017.

SARIYAR M.; BORG A. (2020). RecordLinkage: Record Linkage Functions for Linking and Deduplicating Data Sets. R package version 0.4-12.1. <https://CRAN.R-project.org/package=RecordLinkage>.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *REVISTA USP*, p. 10, 2001.

SCRAIBER, L. B. et al. *Violência Dói e não é Direito: a violência contra a mulher e os direitos humanos*. São Paulo: Editora Unesp, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D’ OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, p. s205–s216, 2009.

SCOTT, J.. *Gênero: uma categoria de análise histórica*. Educação e Realidade, Porto Alegre, v.16, n.2, p.5-22, jul/dez., 1990.

SILVA, L. E. L. DA; OLIVEIRA, M. L. C. DE. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012 *TT - Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 331–342, 2016.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Revista de Saude Publica*, v. 45, n. 4, p. 745–755, 2011.

SOUTO, R. M. C. V. et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, *Viva 2014. Ciencia e Saude Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2811–2823, 2017.

STÖCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet (London, England)*, v. 382, n. 9895, p. 859–865, 7 set. 2013.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil TT. *Ciência & Camp; Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1263–1272, 2013.

VIEIRA, S. Bioestatística: tópicos avançados. In: *Bioestatística: tópicos avançados*. 2010.

VIGANO, S. M. M.; LAFFIN, M. H. L. F. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. *História (São Paulo)*, v. 38, p. 1–18, 2019.

WICKHAM et al., (2019). Welcome to the tidyverse. *Journal of Open Source Software*, 4(43), 1686.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual*. 10th rev. Geneva: World Health Organization; 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global study on homicide 2019. The gender-related killing of women and girls*. Vienna: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *RESPECT women: Preventing violence against women*. Geneva: WHO; 2019.

ZUMA, C. E., et al. Violência de gênero na vida adulta. In: NJAINE, K., ASSIS, S. G., and CONSTANTINO, P. (Org.) *Impactos da Violência na Saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 149-185. ISBN: 978-85-7541-588-7.