

## Subnotificação de violência contra as mulheres: uma análise de duas fontes de dados

Underreporting of violence against women:  
an analysis of two data sources

Nádia Machado de Vasconcelos (<https://orcid.org/0000-0002-2323-3064>)<sup>1</sup>  
Regina Tomie Ivata Bernal (<https://orcid.org/0000-0002-7917-3857>)<sup>2</sup>  
Juliana Bottoni de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-9308-7445>)<sup>2</sup>  
Polyanna Helena Coelho Bordoni (<https://orcid.org/0000-0002-1562-0558>)<sup>3</sup>  
Caroline Stein (<https://orcid.org/0000-0003-4777-1630>)<sup>4</sup>  
Carolina de Vargas Nunes Coll (<https://orcid.org/0000-0003-0808-8230>)<sup>5</sup>  
Joseph Murray (<https://orcid.org/0000-0002-5511-3454>)<sup>6</sup>  
Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)<sup>7</sup>

**Abstract** This article aims to estimate the underreporting of violence against women (VAW) in the Notifiable Diseases Information System (SINAN), based on data from the National Survey of Health (NSH), in Brazil and subnational units (SU). This work was an ecological study using SINAN and NSH, both from 2019. In SINAN, reports of sexual, physical, and psychological VAW, aged 18 years or older, were selected. In the NSH, women of the same age group who reported psychological, physical, or sexual violence, and who had sought health care due to consequences of the violence were selected. SINAN underreporting was calculated in reference to the NSH's estimated population, for Brazil and each SU. Underreporting of VAW in Brazil was 98.5%, 75.9%, and 89.4% for psychological, physical, and sexual violence, respectively. The North and Northeast states presented the lowest reporting rates among the states. VAW in Brazil is highly underreported by the health sector, showing the need for adequate training of health professionals to recognize situations of violence and raise awareness of the importance of reporting.

**Key words** Gender-based violence, Violence against women, Epidemiological monitoring, Disease notification, Brazil

**Resumo** O objetivo do artigo é estimar a subnotificação da violência contra as mulheres (VCM) no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) a partir de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), para o Brasil e as unidades federadas (UF). Estudo ecológico utilizando o SINAN e a PNS, ambos do ano de 2019. No SINAN, foram selecionadas as notificações de casos de violências sexual, física e psicológica contra mulheres com idade igual ou superior a 18 anos. Na PNS, foram selecionadas as mulheres da mesma faixa etária com relato de violência psicológica, física ou sexual que tenham procurado atendimento em saúde em razão de consequência relacionada à violência vivida. Calculou-se a subnotificação do SINAN a partir da estimativa da população da PNS para o Brasil e cada UF. A subnotificação de VCM no Brasil foi de 98,5%, 75,9% e 89,4% para as violências psicológica, física e sexual, respectivamente. Os estados do Norte e Nordeste apresentaram os menores índices de notificação entre as UF. A VCM no Brasil apresenta grande subnotificação no setor saúde, demonstrando a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento de situações de violência e conscientização da importância da notificação.

**Palavras-chave** Violência de gênero, Violência contra a mulher, Vigilância epidemiológica, Notificação compulsória, Brasil

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. nadiamv87@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

<sup>3</sup> Polícia Civil de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

<sup>4</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington Seattle WA Estados Unidos.

<sup>5</sup> Centro de Desenvolvimento Humano e Violência, Universidade Ferial de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

<sup>6</sup> Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas RS Brasil.

<sup>7</sup> Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

## Introdução

A violência contra as mulheres (VCM) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”<sup>1</sup>. Constitui um problema de saúde pública mundial, devido à alta prevalência e à grande carga que gera para a sociedade, os sistemas de saúde e, principalmente, para suas vítimas<sup>2</sup>. No Brasil, a prevalência estimada de violência doméstica ou familiar contra as mulheres pode chegar a 29%<sup>3</sup>.

A VCM pode acarretar várias consequências para as mulheres, com prejuízos de saúde mental, física e sexual. Estudo anterior mostrou, por exemplo, que mais da metade das mulheres que sofreram algum tipo de violência relataram depressão ou ansiedade após o evento, enquanto 36% daquelas que sofreram violência física tiveram alguma lesão corporal<sup>4</sup>. Para além disso, a VCM apresenta alta letalidade, sendo que, em 2021, um terço dos homicídios femininos decorreram de feminicídio<sup>5</sup>.

Devido à sua relevância, desde 2011 a violência integra a lista de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)<sup>6</sup>. A notificação compulsória é uma estratégia obrigatória e de responsabilidade de todos os profissionais de saúde<sup>7</sup>. Objetiva visibilizar a magnitude e a seriedade desse agravo, além de permitir conhecer o perfil da violência no Brasil. A vigilância epidemiológica pode subsidiar as ações de enfrentamento dos condicionantes e determinantes dos diferentes tipos de violências<sup>6</sup>. Sendo assim, o uso de informações epidemiológicas é fundamental para o planejamento, a implementação e a avaliação de políticas públicas que visem mudar a realidade do país.

Desde a sua obrigatoriedade em 2011, houve grande avanço da notificação de violências no Brasil. Estudo<sup>8</sup> mostrou que o número de notificações de violência interpessoal subiu de 107.530 casos em 2011 para 242.347 em 2015. Em relação à VCM, o aumento foi de 56.800 notificações de violência interpessoal em 2011 para 185.868 em 2019<sup>9</sup>. Além disso, houve aumento no número de municípios notificantes, de 2.047 em 2011 para 3.194 em 2014<sup>10</sup>.

Porém, mesmo após uma década de obrigatoriedade, a notificação ainda se apresenta como um grande desafio para os órgãos governamentais. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, que divulga dados das Secretarias Estaduais de

Segurança Pública e/ou Defesa Social, aponta que em 2020 e 2021 ocorreram 35.644 e 37.872 estupros de meninas menores de 14 anos, respectivamente<sup>5</sup>. Porém, no SINAN foram registrados 20.170 e 14.344 casos de violência sexual para essa mesma população<sup>9</sup>. Além disso, estudos anteriores<sup>11,12</sup> mostraram que aproximadamente 2/3 dos profissionais que identificam um caso de violência não realizam a devida notificação.

Ainda faltam estudos que quantifiquem a subnotificação da VCM no SINAN, e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>13</sup>, maior inquérito domiciliar em saúde do país, pode auxiliar nesse desafio. Em sua edição de 2019, a PNS ampliou o questionário sobre violência, tornando possível estimar a prevalência de alguns subtipos de VCM, como a psicológica, a física e a sexual<sup>13</sup>. Além disso, o questionário trouxe perguntas em relação a agressores, local de ocorrência da violência e procura de serviços de saúde, o que possibilita melhor aproximação da PNS com os requisitos de preenchimento na Ficha de Notificação Individual (FNI) que alimenta o SINAN.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi estimar a subnotificação da violência contra as mulheres no SINAN a partir de dados da PNS, para o Brasil e as unidades federadas.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo ecológico com dados do SINAN e da PNS, ambos de 2019. A população de estudo foi composta por mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos municípios brasileiros.

O SINAN é constituído por notificações que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de Setembro de 2017). Essa notificação é realizada por profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, mediante preenchimento da FNI, e encaminhadas às Secretarias Municipais de Saúde. Nesse local, é feita a digitalização e a consolidação dos dados, que são então encaminhados, de forma ascendente, para as Regionais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e finalmente concentradas no Ministério da Saúde, que alimenta o sistema com dados disponibilizados publicamente no sítio eletrônico do DATASUS<sup>6</sup>.

A PNS 2019 foi uma pesquisa transversal de base populacional, em que utilizou-se amostra por conglomerados em três estágios de seleção: setores censitários ou conjunto de setores censi-

tários (unidades primárias); domicílios (unidades secundárias); e moradores (unidades terciárias). Nessa edição, foram feitas entrevistas em 90.846 domicílios, tendo uma taxa de resposta de 96,5% da amostra planejada inicialmente. Entre os entrevistados, 46.869 foram mulheres acima de 18 anos, que compõem a amostra utilizada nesse estudo<sup>4</sup>.

Em 2019, o questionário da PNS apresentou um módulo dedicado a perguntas sobre vivência da violência (módulo V), aplicado aos entrevistados de 18 anos ou mais. Foram coletados dados sobre violências psicológica, física e sexual experimentadas nos últimos 12 meses, além de dados sobre agressor, local de ocorrência, procura de atendimento em estabelecimento de saúde e local de atendimento. É importante salientar que para os entrevistados que relataram mais de um episódio de violência, os dados sobre atendimento em saúde se referiram ao episódio mais grave dos últimos 12 meses.

A base de dados da PNS de 2019 foi utilizada para estimar a subnotificação de VCM do SINAN 2019. As variáveis que compõem cada subtipo de violência segundo a fonte de dados estão descritas no Quadro 1.

Na base de dados do SINAN foram selecionadas as notificações de casos de violências sexual, e/ou física e/ou psicológica contra mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, excluindo-se os casos de lesões autoprovocadas. As notificações contendo mais de uma violência foram classificadas na seguinte ordem: sexual, física e psicológica (Figura 1a).

Na base de dados da PNS foram selecionadas as mulheres da mesma faixa etária, com relato dos mesmos subtipos de violência e que tivessem procurado atendimento em razão de consequência para a saúde relacionada à experiência de violência em alguma unidade notificadora (questão V038). As mulheres com mais de um relato de violência foram classificadas com o mesmo critério do SINAN (Figura 1b).

A proporção de violência do SINAN e da PNS por unidade federadas (UF) foi calculada por:

$$\text{Proporção}_{ijk} = \frac{\text{Frequência}_{ijk}}{\text{População PNS}_j},$$

Sendo:

Frequência = número de casos da i-ésima fonte de dados, da j-esima UF e k-ésima violência

População PNS = estimativa da população na j-ésima UF

i = 1,2 (fonte de dados)

j = 1, 2, ..., 27 (UF)

k = 1, 2, 3 (tipo de violência)

A subnotificação do SINAN foi calculada por:

$$\text{Subnotificação SINAN}_{jl} = \frac{\text{Proporção SINAN}_{jl}}{\text{Proporção PNS}_{jl}}$$

j = 1, 2, ..., 27 (UF)

l = 1, 2, 3 (tipo de violência)

A estimativa da população da PNS para cada UF foi calculada no módulo *survey* do STATA. As análises das bases de dados foram realizadas no programa Rstudio.

Este estudo utilizou dados provenientes de bases secundárias de domínio público que não permitem a identificação dos indivíduos, portanto dispensou a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019.

## Resultados

Na PNS 2019, a prevalência de mulheres com 18 anos ou mais que relataram algum tipo de violência nos últimos 12 meses foi de 19,4%. Entre as que relataram qualquer subtipo de violência, apenas 16,9% procuraram atendimento em saúde, o que perfaz um total populacional de 1.398.465 relatos de VCM com busca de atendimento em saúde em 2019. A maioria das entrevistadas (94%) relatou um único tipo de violência (dados não mostrados em tabela).

No SINAN de 2019 foram notificados 129.924 casos de violência contra mulheres com 18 anos ou mais e a maioria das notificações de VCM (67%) apresentou um único tipo de violência (dados não mostrados em tabelas).

A violência psicológia foi o subtipo que apresentou menor notificação no Brasil, com apenas 1,5%, e em todas as UFs. Paraná (4,3%), Pará (4,0%) e Ceará (3,7%) são as UFs com maior percentual de notificação. Já Acre, Sergipe e Rio Grande do Norte mostraram os menores percentuais de notificação, com 0,1% cada (Figura 2).

A violência física apresentou maior índice de notificação, com 75,9% no Brasil, sendo que Rondônia foi a UF com maior percentual de notificação (46,1%), seguida por São Paulo (43,0%) e Minas Gerais (40,1%). Na outra ponta, Pará, Sergipe e Ceará apresentaram os menores percentuais de notificação, com 6,6%, 7,1% e 7,4%, respectivamente (Figura 3).

Por último, a violência sexual apresentou 10,6% de notificação no Brasil, com grande discrepância de notificação entre os estados. En-

quanto o Distrito Federal apresentou percentual de 84,0% de notificações, o segundo estado mais notificador, Paraíba, teve 38,9% de notificações, seguido pelo Pará, com 35,1%. Por outro lado, Sergipe apresentou apenas 0,9% de notificação, Piauí 1,9% e Amapá 2,2%. Importante ressaltar que não foi possível calcular o percentual de notificações para Rio Grande do Sul e Mato Grosso, uma vez que não houve relato de violência sexual por parte de mulheres entrevistadas na PNS 2019 para esses dois estados (Figura 4).

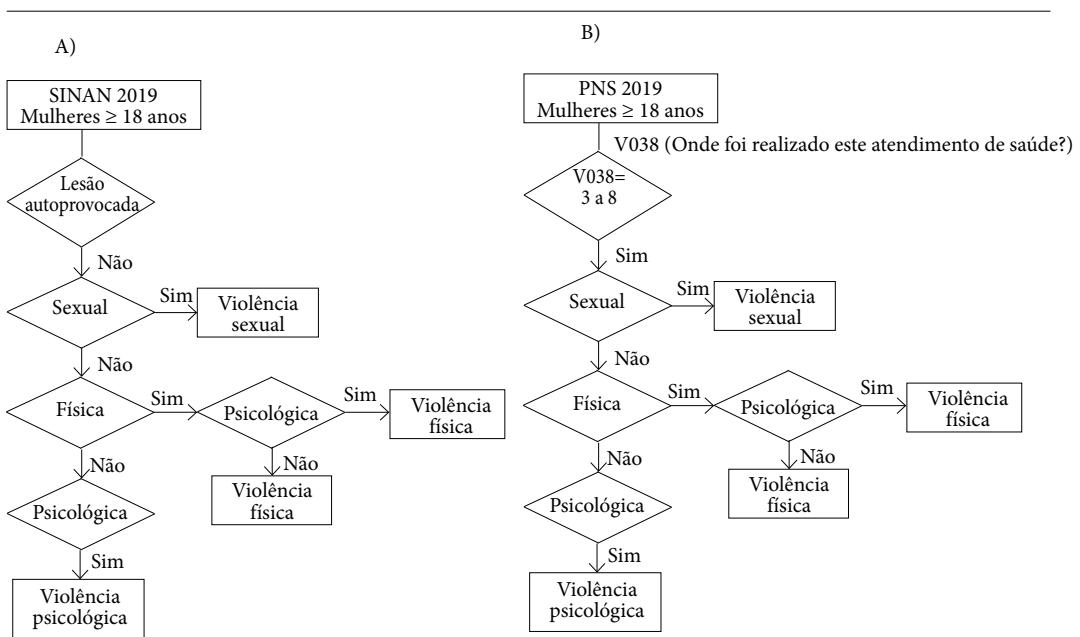
## Discussão

O presente estudo estimou a subnotificação de VCM no SINAN a partir de dados da PNS 2019. Foi constatado um elevado percentual de subnotificação no país, sendo que o número de mulheres que sofreram violência e procuraram atendimento em saúde foi dez vezes maior do que o número de notificações de VCM. A violência psicológica foi a mais subnotificada, enquanto a violência física teve o maior percentual de notificação. Além disso, os estados do Norte e do Nordeste brasileiro são os que apresentaram maior percentual de subnotificação.

**Quadro 1.** Comparativo das variáveis estudadas, por subtípico de violência e segundo fonte de dados utilizada. Brasil, 2019.

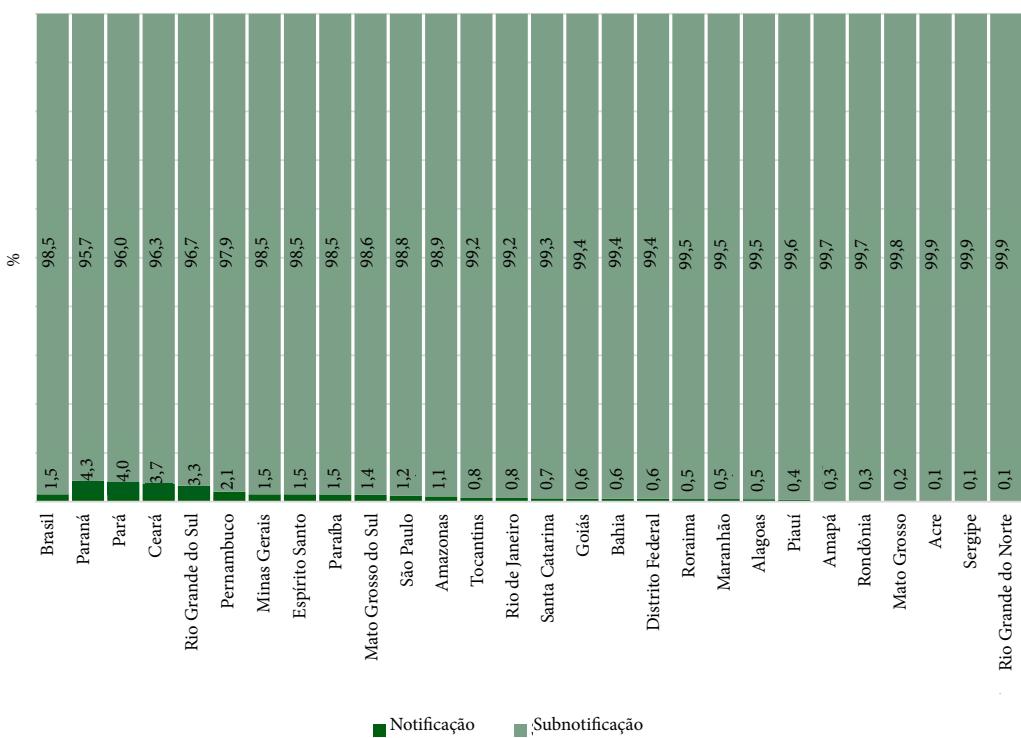
Violência	Fonte de dados	
	SINAN	PNS
Sexual	Q56. Tipo de Violência – Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.	Nos últimos 12 meses, alguém: Tocou, manipulou, beijou ou expôs partes do seu corpo contra sua vontade? (V02701) Te ameaçou ou forçou a ter relações性uais ou quaisquer outros atos sexuais contra sua vontade? (V02702)
Física	Q56. Tipo de Violência – Física: são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.	Nos últimos 12 meses, alguém: Te deu um tapa ou uma bofetada? (V01401) Te empurrou, segurou com força ou jogou algo em você com a intenção de machucar? (V01402) Te deu um soco, chutou ou arrastou pelo cabelo? (V01403) Tentou ou efetivamente estrangulou, asfixiou ou te queimou de propósito? (V01404) Te ameaçou ou feriu com uma faca, arma de fogo ou alguma outra arma ou objeto? (V01405)
Psicológica	Tipo de Violência - psicológica/moral: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem.	Nos últimos 12 meses, alguém: Te ofendeu, humilhou ou ridicularizou na frente de outras pessoas? (V00201) Gritou com você ou te xingou? (V00202) Usou redes sociais ou celular para ameaçar, ofender, xingar ou expor imagens suas sem o seu consentimento? (V00203) Ameaçou verbalmente lhe ferir ou machucar alguém importante para você? (V00204) Destruiu alguma coisa sua de propósito? (V00205)

Fonte: Viva instrutivo 2016: notificação de violência interpessoal e autoprovocada<sup>6</sup>; questionário Pesquisa Nacional de Saúde 2019<sup>4</sup>.



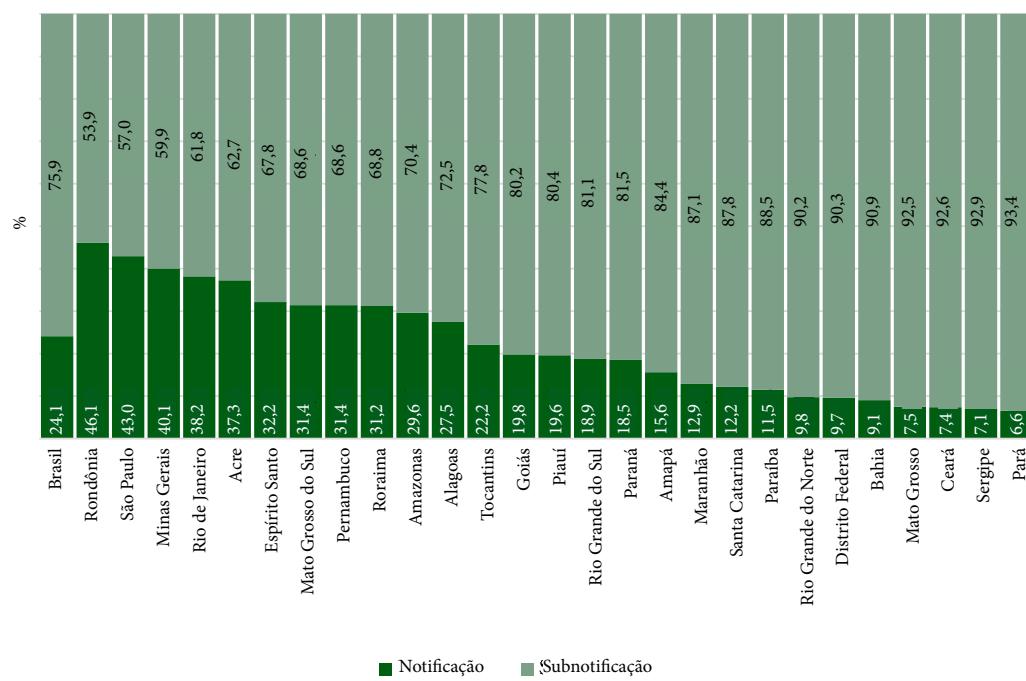
**Figura 1.** Critério de seleção de mulheres e classificação de violência por tipo de fonte de dados.

Fonte: SINAN, 2019; PNS, 2019.



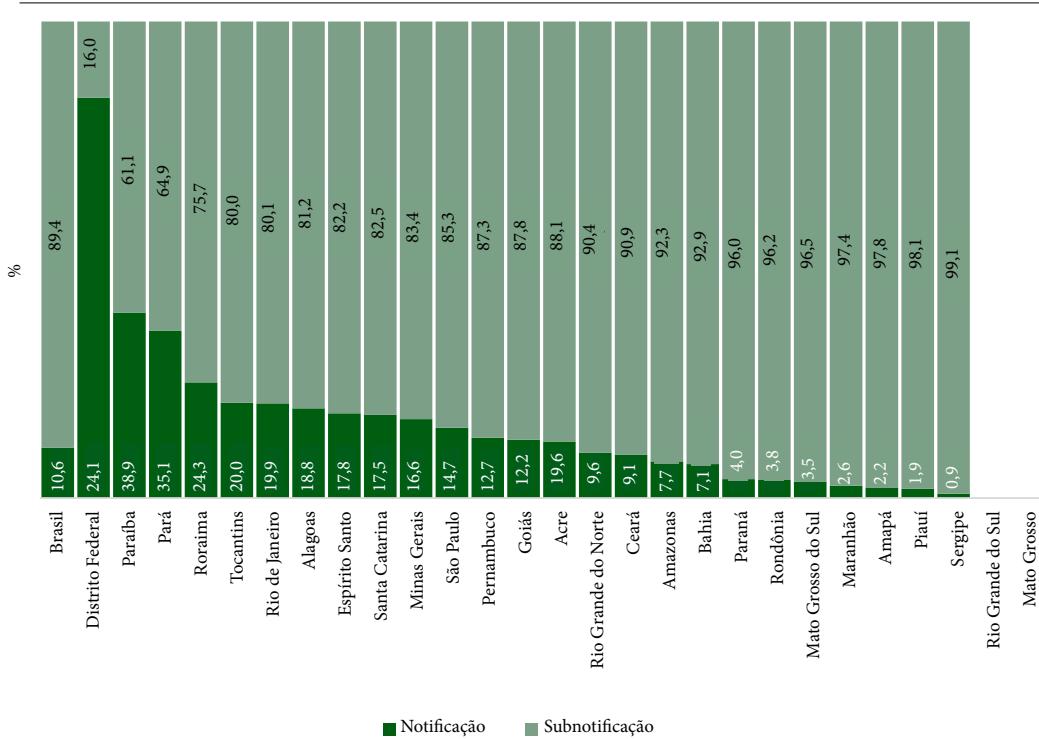
**Figura 2.** Proporção (%) de notificações e subnotificações de violência psicológica do SINAN para o Brasil e as UFs, 2019.

Fonte: SINAN, 2019.



**Figura 3.** Proporção (%) de notificações e subnotificações de violência física do SINAN para o Brasil e as UF, 2019.

Fonte: SINAN, 2019.



**Figura 4.** Proporção (%) de notificações e subnotificações de violência sexual do SINAN para o Brasil e as UF, 2019.

Fonte: SINAN, 2019.

Os resultados mostraram que a violência psicológica foi a mais subnotificada em todos os estados brasileiros, sendo que o melhor índice de notificação, no Paraná, não chega a 5% dos casos, e em alguns estados a notificação é aproximadamente zero. Por outro lado, a violência psicológica é o subtipo mais prevalente de violência na PNS 2019, além de as consequências psicológicas serem as mais relatadas pelas mulheres em razão de qualquer subtipo de violência<sup>4</sup>. Esses achados mostram, por um lado, a magnitude da violação da saúde mental que a vivência de violência traz para as mulheres, e, por outro, o quanto a violência psicológica parece ser marginalizada no setor saúde. O modelo biomédico ainda persiste no Brasil, com práticas em saúde centralizadas na lógica médico-hospitalar<sup>14</sup>. Nesse modelo, o sofrimento psíquico é encarado apenas como transtorno que necessita resolução fisiológica e sua associação a outros determinantes sociais, como a violência, é ignorado ou considerado de menor relevância<sup>15</sup>. Dessa forma, a massiva subnotificação da violência psicológica pode se relacionar ao não reconhecimento de situações psicologicamente abusivas como violência, mas também à ausência de capacitação dos serviços de saúde para apoio efetivos a essas mulheres<sup>16</sup>.

A violência física foi a com menor subnotificação nos estados brasileiros, sendo menor do que 70% em um terço das UFs. As lesões físicas são geralmente as que demandam maior atenção da saúde, por atentarem diretamente contra a vida e muitas vezes deixarem suas vítimas em risco de morte<sup>17</sup>. Além disso, as consequências físicas costumam ser mais visíveis, o que pode elevar o reconhecimento da violência e engajar mais profissionais na notificação desses casos<sup>18</sup>.

A subnotificação para violência sexual encontrada neste estudo mostrou grande discrepância entre as UFs, mas chama atenção o alto percentual de notificação encontrado para o Distrito Federal (DF), com 84% de notificações para esse subtipo de violência. Vale ressaltar que o DF tem população semelhante à das capitais médias no país. Dessa forma, a organização da vigilância nesse distrito pode estar mais avançada do que em outros estados com população interiorizada e rural. Mais estudos são necessários para conhecer a subnotificação padronizada por porte e urbanização dos locais estudados, possibilitando uma comparação mais justa.

Outro achado foi o de que os estados das regiões Norte e Nordeste tiveram os maiores índices de subnotificação para todos os subtipos de VCM analisados. Estudos anteriores<sup>19,20</sup> mostraram que

essas duas regiões apresentam os maiores índices nacionais de VCM. Entretanto, a subnotificação se relaciona com a precária implementação do sistema de vigilância, por serem regiões com menor investimento público, vazios assistenciais, com menor acesso a informatização e capacitação<sup>21,22</sup>.

Desde 1996, a violência é considerada assunto prioritário de saúde pública pela OMS<sup>23</sup>, porém esse agravio segue estigmatizado. Há carência de treinamento e sensibilização dos profissionais de saúde para reconhecer os sinais indiretos da violência e para entender a importância de sua notificação<sup>11</sup>.

Mulheres que convivem com a violência estão mais inclinadas a buscar serviços de saúde com demandas indiretas, sendo necessário que os profissionais de saúde estejam atentos e preparados para a conduta correta frente a esses casos<sup>24</sup>. Deve-se suspeitar de violência quando a mulher apresenta sintomas de saúde inespecíficos, como cefaleia, dores abdominais e lombares, distúrbios do sono, fibromialgia e síndrome do intestino irritável<sup>25</sup>. Além disso, mulheres que convivem com a violência estão mais propensas a hábitos de vida não saudáveis, como inatividade física, tabagismo e consumo abusivo de álcool<sup>2</sup>.

Mais do que isso, os profissionais de saúde precisam ser orientados em relação à obrigatoriedade e ao alcance das notificações de situações suspeitadas e confirmadas de violência. Estudos anteriores<sup>18,26,27</sup> mostraram que as principais barreiras para a notificação da violência são: dificuldade de reconhecer a violência, não compreensão da importância da notificação, falta de familiaridade com a ficha de notificação, além de medo de represália por parte do agressor. Dessa forma, a notificação compulsória ainda é um desafio, sendo necessária a sensibilização e a capacitação dos profissionais que atuam no nível local, além de diálogo intersetorial para consolidação de fluxos e protocolos<sup>28</sup>.

Tendo em vista o cenário apontado, bem como a necessidade de constante atualização dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, desenvolveu um aplicativo para qualificação em notificação de violências, o NotiVIVA<sup>29</sup>. Esse aplicativo tem como objetivos orientar os profissionais de saúde em relação à identificação dos tipos de violência, melhorar o preenchimento da FNI e apoiar os encaminhamentos dos casos suspeitos ou confirmados de violência para a rede de atenção à saúde e proteção social. O lançamento do aplicativo ocorreu em novembro de

2022 e espera-se que sua divulgação e disseminação possa ampliar o conhecimento dos profissionais, contribuindo para a melhoria do índice de notificação de violências no país.

Para além da subnotificação, é necessário entender a baixa procura do setor saúde pelas mulheres que convivem com a violência. Apesar do alto índice de consequências na saúde secundárias à violência, estudo anterior<sup>4</sup> mostrou que apenas um quinto das mulheres buscou atendimento em algum equipamento de saúde. Muitas vezes, essas mulheres buscam outros setores, como o de segurança ou o judiciário, para denunciar os casos de violência, por perceberem esses espaços como mais adequados ou resolutivos<sup>30,31</sup>. Ao mesmo tempo, o setor saúde é entendido como local apenas para resolução de lesões e consequências físicas<sup>16</sup>. Dessa forma, muitas mulheres podem não relatar a situação vivida para profissionais de saúde por conta do estigma da violência<sup>32,33</sup>, mas também por não reconhecerem na saúde uma porta de entrada para a rede de atendimento para mulheres que convivem com a violência<sup>16,34</sup>. Assim, é necessária uma melhor articulação entre os diversos setores envolvidos no enfrentamento da VCM, como saúde, segurança pública, economia, educação e assistência social, para uma maior efetividade das políticas públicas e um maior alcance das mulheres que necessitam de auxílio para sair do ciclo de violência em que estão inseridas<sup>1</sup>.

Vale lembrar que este estudo foi realizado com dados anteriores à pandemia de COVID-19. Estudos mostraram que o isolamento social aumentou o índice de violência doméstica, ao mesmo tempo que a notificação diminuiu<sup>35</sup>. Essa realidade pode ter sido influenciada pelo fechamento de estabelecimentos de saúde, pelo

medo de adoecer das mulheres ao procurarem um serviço de saúde e pela sobrecarga dos profissionais<sup>36</sup>. Dessa forma, torna-se essencial a continuidade de inquéritos populacionais para que se possa mensurar os reais impactos da pandemia na VCM.

Entre as limitações deste estudo, ressalta-se seu desenho ecológico, que impede a inferência causal. Além disso, a violência é autorrelatada, sendo possível que haja subestimação da prevalência de VCM por viés recordatório e de informação. Destaca-se, ainda, que a PNS exclui de sua amostra as populações em baixo patamar domiciliar e as que vivem em agrupamentos quilombolas e indígenas, por exemplo. No entanto, por se tratar de inquérito de base domiciliar, é considerado inquérito com amostra representativa da população brasileira. Por último, na consideração de casos notificados no SINAN não é possível excluir o advento de uma mesma mulher ter gerado mais de uma notificação no sistema.

Em conclusão, o estudo mostrou que existe alto percentual de subnotificação da VCM no Brasil. Destaca-se que este estudo é representativo da subnotificação no setor saúde. Outros tipos de subnotificação, como em delegacias de polícia, e a subnotificação geral de casos, que inclua todas as mulheres, como as que não têm acesso à rede de atendimento à mulher, também devem ser investigados e estimados, para que seja possível conhecer o real número de mulheres que convivem com a violência no Brasil. Uma vez que as políticas públicas são construídas a partir de evidências e de dados dos sistemas de informação disponíveis no país, é urgente uma melhoria do índice de notificação para que os direitos das mulheres sejam garantidos e estejam na pauta das discussões dos poderes.

## Colaboradores

NM Vascoletos contribuiu com a concepção, a análise de dados, metodologia, liderou a escrita do manuscrito original, contribuiu com a revisão, edição e visualização do manuscrito. RTI Bernal contribuiu com a concepção do manuscrito, liderou a análise dos dados, contribuiu com a investigação, a metodologia, a escrita do manuscrito original, com a revisão, edição e visualização do manuscrito. JB Souza contribuiu com a análise dos dados, a metodologia, a revisão, edição e visualização do manuscrito. PHC Boedoni contribuiu com a metodologia, a revisão e a visualização do manuscrito. C Stein contribuiu com a análise de dados, a metodologia, a revisão, edição e visualização do manuscrito. CVN Coll contribuiu com a análise dos dados, a metodologia, a revisão, edição e visualização do manuscrito. J Murray contribuiu com a análise dos dados, a metodologia, a revisão, edição e visualização do manuscrito. DC Malta contribuiu com a concepção, a análise dos dados, a metodologia, foi responsável pela aquisição do financiamento, supervisionou o estudo e colaborou com a revisão, edição e visualização do manuscrito.

## Agradecimentos

A pesquisa foi concluída como parte de um trabalho mais amplo da Lancet Commission on Gender-Based Violence and the Maltreatment of Young People. Essa comissão recebeu apoio do Oak Foundation Children's First Fund, um fundo da Tides Foundation, Fondation Botnar, Finker-Frenkel Foundation, Wellcome Trust, Mena Catering e EMD Serono, uma empresa da Merck KgaA. As opiniões expressas são dos autores e não representam necessariamente as da The Lancet, dos financiadores da comissão ou de suas afiliadas.

## Financiamento

Bill & Melinda Gates Foundation.

## Referências

- Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Instituto DataSenado. *Pesquisa DataSenado: violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: Senado Federal; 2021.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de Saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social [Internet]. 2020. [acessado 2022 ago 3]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). *Anuário Brasileiro de segurança Pública 2022*. São Paulo: FBSP; 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Viva instrutivo 2016: notificação de violência interpessoal e autoprovocada [Internet]. 2016. [acessado 2022 set 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_)
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1.271 de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termo do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; jun 7.
- Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1799-1809.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS [Internet]. 2022. [acessado 2022 out 13]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):2007-2016.
- Souza EG, Tavares R, Lopes JG, Magalhães MAN, Melo EM. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. *Saude Debate* 2018; 42(Esp. 4):13-29.
- Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Cien Saude Colet* 2014; 19(10):4267-4276.
- Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouveia ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
- Raimundo JS, Silva RB. Reflexões acerca do predomínio do modelo biomédico, no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. *Rev Mosaico* 2020; 11(2):109-116.

15. Sousa PF, Maciel SC, Medeiros KT. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Temas Psicol* 2018; 26(2):883-895.
16. Soares JSF, Lopes MJM. Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. *Interface (Boticatu)* 2018; 22(66):789-800.
17. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):E200007.
18. Veloso MMX, Magalhães CMC, Cabral IR. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. *Mudanças* 2017; 25(1):1-8.
19. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Alves PP, Lima RS. *Atlas da Violência 2021*. Brasília: IPEA; 2021.
20. Cerqueira D, Bueno S, Alves PP, Lima RS, Silva ERA, Ferreira H, Pimentel A, Barros B, Marques D, Pacheco D, Lins GOA, Lino IR, Sobral I, Figueiredo I, Martins J, Armstrong KC, Figueiredo TS. *Atlas da Violência 2020*. Brasília: IPEA; 2020.
21. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):655-665.
22. Macedo DM, Foschiera LN, Bordini TCPM, Habigzang LF, Koller SH. Systematic review of studies on reports of violence against children and adolescents in Brazil. *Ciene Saude Colet* 2019; 24(2):487-496.
23. World Health Organization (WHO). Forty-ninth world health assembly. Prevention of violence: public health priority [Internet]. 1996. [cited 2022 jun 11]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49\\_1996-REC-1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178941/WHA49_1996-REC-1_eng.pdf)
24. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2):237-245.
25. Minayo MCS, Franco S. Violence and health [Internet]. 2018. [cited 2023 jul 7]. Available from: <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-32>
26. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.
27. Muniz BAA, Dantas ALM, Santana MM. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Trab Educ e Saúde* 2022; 20:e00620196.
28. Girianelli VR, Ferreira AP, Vianna MB, Teles N, Erthal RMC, Oliveira MHB. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. *Cad Saude Colet* 2018; 26(3):318-326.
29. Ribeiro AP, Machado EL, Malta DC. NotiViva: desenvolvimento de aplicativo para qualificação da vigilância de violências interpessoal e autoprovocada. In: *Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Salvador: Galoá; 2022.
30. Arboit J, Padoin SMM, Paula CC. Critical path of women in situation of violence: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(Supl. 3):321-332.
31. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Cienc Saude Colet* 2015; 20(1):249-258.
32. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Rev Estud Fem* 2002; 10(1):171-188.
33. Meneghel SN, Portella AP. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):3077-3086.
34. Kiss L, D’Oliveira AFL, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights* 2012; 14(1):64-77.
35. Bordoni PHC, Assis FH, Oliveira NA, Aguiar RA, Silva VC, Bordoni LS. Violência física contra mulheres: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) e no contexto da COVID-19. *J Heal Biol Sci* 2021; 9(1):1-8.
36. Pinto IV, Vasconcelos NM, Bordoni PHC, Santos AP, Malta DC, Bevilacqua PD. Atuação de estados e capitais no enfrentamento à violência contra as mulheres no contexto da COVID-19 no Brasil. *Rev Fem* 2021; 9(1):229-244.

Artigo apresentado em 20/05/2023

Aprovado em 01/09/2023

Versão final apresentada em 03/09/2023

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

