

# NOTA TÉCNICA SOBRE PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS E AUTOPROVOCADAS PARA MENINAS, MULHERES E VIOLÊNCIA CONTRA O GÊNERO FEMININO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO <sup>1</sup>

Eralda Ferreira Silva (SES/OFRJ),

Giulia Luz (SEM/OFRJ),

Miriam Krenzinger (UFRJ/OFRJ),

Cristiane Brandão (UFRJ/OFRJ).



De acordo com o Ministério da Saúde, em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da [Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011](#), que universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, a incluindo na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan. 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 passam a ser agravos de notificação imediata (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) para as Secretarias Municipais de Saúde. A Portaria ministerial vigente que trata da notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas nos serviços de saúde públicos e privados é a [Portaria de Consolidação nº 4 de 28/09/2017 \(Anexo V\)](#) e a Resolução SES nº 2485 de 18 de outubro de 2021, que estabelece as Doenças de Notificação Compulsória no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

**1.Elaboração do Perfil: Eralda Ferreira da Silva Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária a Saúde Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Agosto de 2025.**

**Fonte: NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 264/2024 - CGESMU/DGCI, DESCO E DEPPROS/SAPS/MS; CGVIVA/DAENT/SVSA/MS; E DAHU/SAES/MS.**

# Objetos de Notificação Compulsória

Conforme exposto na norma citada, são objetos de notificação compulsória casos suspeitos ou confirmados de 'Violência doméstica e/ou outras violências', e de notificação imediata casos de 'Violência sexual e tentativa de suicídio'. O instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, publicado em 2016, define como objetos de notificação:

OBJETO DE NOTIFICAÇÃO	Casos suspeitos ou confirmados
Homens e mulheres em todos os ciclos de vida	Doméstica (intrafamiliar), Sexual, Autoprovocada, Tráfico de pessoas, Trabalho escravo, Trabalho Infantil, Intervenção legal, Tortura, Violências homofóbicas, VIOLÊNCIA COMUNITÁRIA (extrafamiliar)
Notificar violências contra:	Crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiência e população LGBT

Além da notificação à autoridade sanitária, casos específicos suspeitos ou confirmados de violências, devem realizar a comunicação obrigatória aos órgãos competentes, são eles:

- [Estatuto da Criança e do Adolescente](#) determina a comunicação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violências contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar.
- [Estatuto do Idoso](#) determina a comunicação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violência contra idosos à autoridade policial, Ministério Público ou Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso.
- [Estatuto da Pessoa com Deficiência](#) determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa com deficiência à autoridade policial e ao Ministério Público.
- [Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019](#), determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra mulheres à autoridade policial (em fase de regulamentação).

## Metodologia e panorama geral

Este é um estudo descritivo do estado do Rio de Janeiro, sobre os casos suspeitos e confirmados de violências ocorridas no período de 2015 a 2025, contra pessoas do sexo feminino em todas as faixas etárias, registradas no sistema de informações de notificações compulsórias -SINAN/MS.

Quanto a morbidade foram analisados dados do sistema de informações ambulatoriais -SIA/SUS e do sistema de informações hospitalares -SIH/SUS, no período de 2015 a 2024 e no caso da mortalidade os dados do sistema de informações de mortalidade -SIM/SUS, no período de 2015 a 2023.

# 70%

### Notificações contra o sexo feminino

A primeira constatação dos dados coletados é que 70% das notificações de violências registradas no SINAN ocorreram contra o sexo feminino.

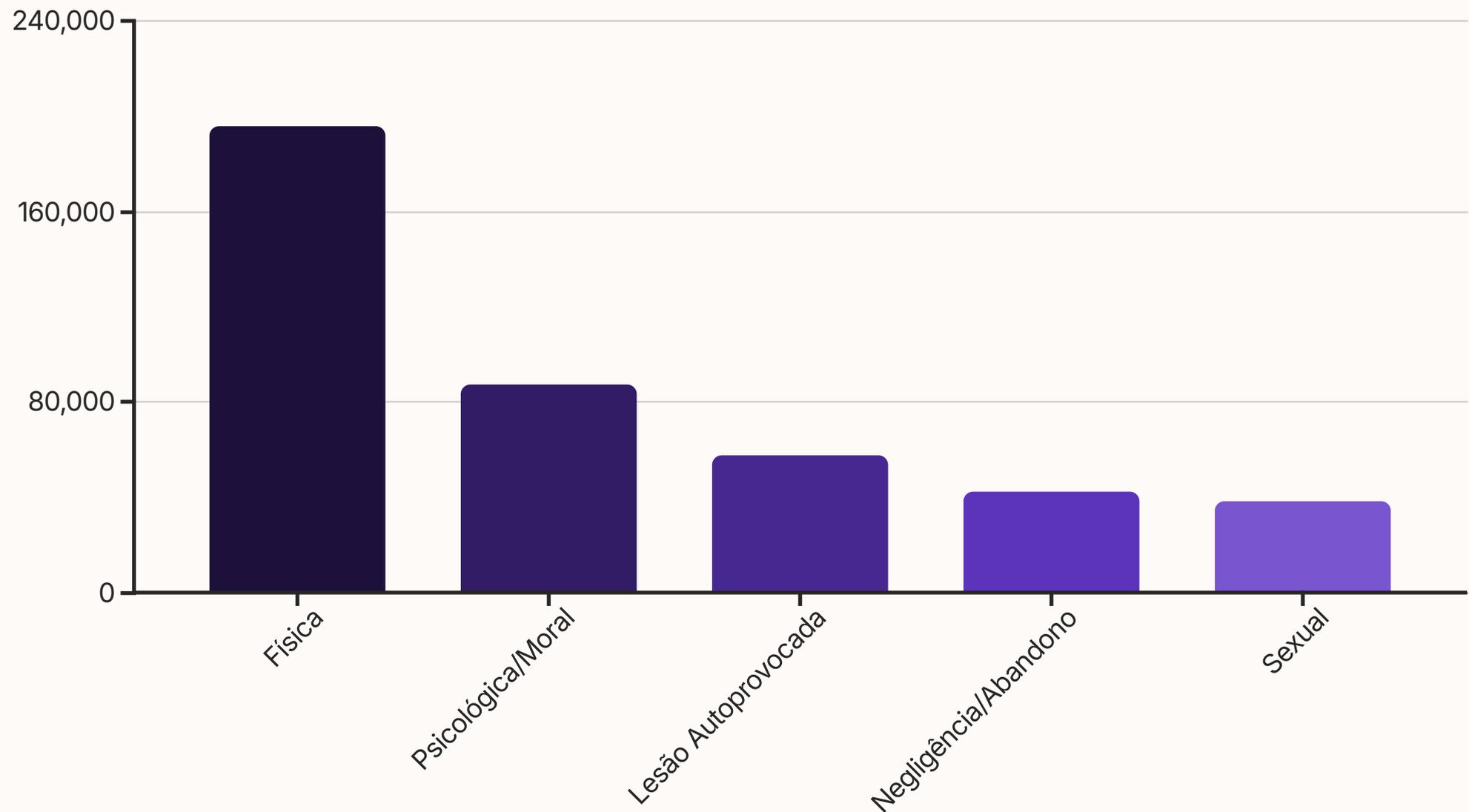
# 80%

### Agressores do sexo masculino

No tipo de violência física, mais predominante em todos os anos avaliados, o sexo do provável agressor/autor da violência é 80% do sexo masculino.

Os tipos de violências mais predominantes no estado contra pessoas do sexo feminino foram: a violência física, psicológica e moral, lesão autoprovocada, sexual e negligência e abandono, conforme visto no quadro 1, desta forma, estes serão os casos principais aqui abordados.

## Principais Tipos de Violência (2015-2025)

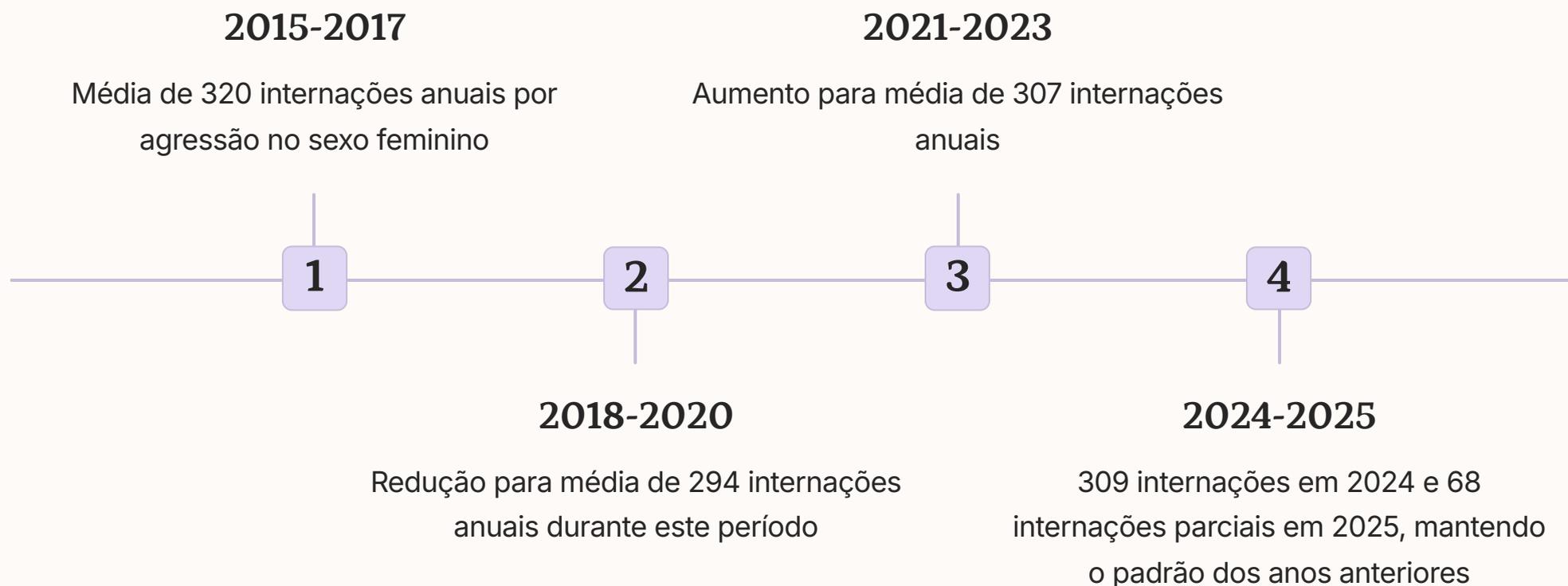


As notificações de violências nas 5 tipologias elencadas para este estudo no sexo feminino, no período de 2015 a 2024 somaram 399.496, ocorridas e notificadas no estado do Rio de Janeiro de residentes do estado. No ano de 2025 até a semana epidemiológica 22 (25/05/2024 a 31/05/2025) foram registradas 22.223 notificações nestas tipologias, mais de um terço do total do ano anterior completo.

- ❏ O aumento do número de notificações não é o indicador para medir a violência no território, mas para avaliar a qualificação dos profissionais de saúde no atendimento diário aos usuários, de reconhecer os tipos de violências ocorridas e dar visibilidade a este importante problema de saúde pública.

# Internações por Agressão X Sexo Feminino

A ascendência da tipologia de violência física nas notificações se reflete no percentual de internação por agressão no sexo feminino no mesmo período, com **61% dos casos se concentrando na faixa etária de 15 a 39 anos**.



## Distribuição por Faixa Etária

No ano de 2025 ocorreram 68 internações no sexo feminino por esta mesma causa básica, sendo que **67% na faixa etária de 15 a 39 anos** mantendo o padrão dos anos anteriores.

## Distribuição por Faixa Etária e Tipo de Violência

### Violência Física

196.176 casos (47% do total)

As faixas etárias de 15-19, 20-29 e 30-39 anos somaram **65% dos casos**.

### Violência Psicológica e Moral

87.249 casos (21% do total)

As faixas etárias 20-29, 30-39, 40-49 anos somaram **67% dos casos**.

### Lesão Autoprovocada

57.071 casos (14% do total)

As faixas etárias 15-19, 20-29 e 30-39 somaram **69% dos casos**.

### Negligência e Abandono

42.287 casos (10% do total)

**58% dos casos** ocorreram nas faixas menor de 1 ano, 1-4 anos, 5-9 anos, sendo que **20% dos casos** ocorreram na faixa etária idosa, de 60 a 69 anos.

### Violência Sexual

38.537 casos (9% do total)

**79% ocorreram** na faixa etária a partir de 1 ano de idade a 29 anos, com um percentual de **23,4% dos casos** na faixa etária de 10 a 14 anos.

# Violência e Deficiência

Outro ponto de vulnerabilidade para as pessoas em situação de violência é a presença de alguma deficiência, que pode impedir algum tipo de reação de defesa ou a perda da credibilidade nos relatos das violências ocorridas.

1

## Lesão Autoprovocada

A presença de transtorno mental em **63,10%** dos casos e de transtorno de comportamento em **71,87%** dos casos pode ser visto como fator de risco para a ocorrência desta violência.

2

## Violência Física

A deficiência física em **41,35%** dos casos e a deficiência auditiva em **41,97%** dos casos, pode ter sido o fator de vulnerabilidade para esta ocorrência.

3

## Violência Sexual

Nos casos de violência sexual em pessoas com deficiência a intelectual representou possível fator de risco em **28,31%** dos casos.

## Violência Psicológica e Moral

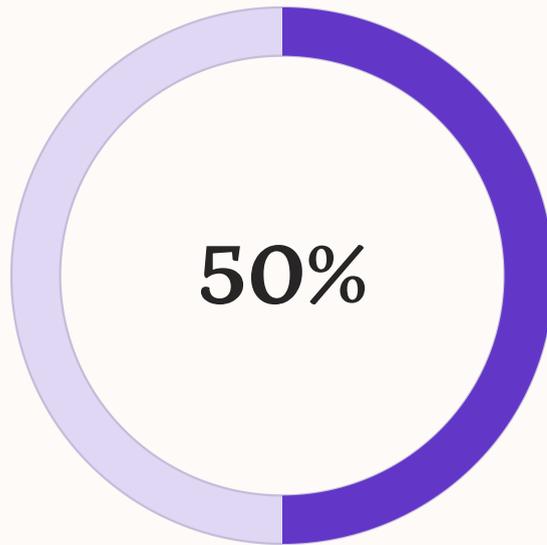
Para a tipologia de violência psicológica e moral a condição de deficiência física, visual e auditiva prevaleceu em **26,05%**, **28,31%** e **25,57%**, respectivamente.

## Negligência e Abandono

Na tipologia de violência negligência e abandono a fragilidade da pessoa seguiu o mesmo padrão da violência psicológica e moral, sendo deficiência física **11,03%**, deficiência visual, **9,01%** e deficiência auditiva **6,07%**.

## Óbitos por Agressão no Sexo Feminino

Quando se compara os percentuais de casos notificados de violências física e os óbitos por agressão no sexo feminino, verifica-se que são as mesmas faixas etárias mais vulneráveis e ressalta-se a importância de ações como o afastamento do agressor, através de medidas protetivas, denúncia pela vítima a autoridade policial e loca de acolhimento a pessoas e família, caso necessário.



### Óbitos em faixas etárias específicas

Mais de 50% dos óbitos ocorridos estavam nas faixas de 20 a 34 anos e 15 a 19 anos



### Total de óbitos

Somaram 1.685 óbitos no período de 2015 a 2023 nestas faixas etárias

⊗ Diferente da ocorrência de agressões como causa de óbitos e internações no sexo masculino onde os autores são desconhecidos e motivados por desavenças e motivos torpe, nos casos de agressão como causa de óbitos em mulheres as relações entre os envolvidos são pessoais e de acordo com a investigação policial a situação pode ser caracterizada como feminicídio.

## Vínculo com o Agressor

Quando se observa o vínculo com o agressor do sexo masculino, nas notificações de violências no sexo feminino, nas tipologias: financeira e econômica, sexual, física, psicologia e moral, negligência e abandono, foi verificado diferentes padrões de relacionamento.



### Violência Financeira e Econômica

Predominância do vínculo cônjuge (41,54%) e ex-cônjuge (20,65%)



### Violência Física

Predominância do vínculo cônjuge (35,97%) e ex-cônjuge (18,68%)



### Negligência e Abandono

Maiores percentuais são para o vínculo do agressor pai (28,91%) e padrasto (23,31%)

### Violência Sexual

Há predomínio de vínculo dos agressores, amigos e conhecidos de 23,59% e de desconhecidos 25,29%.

### Violência Psicológica e Moral

Vínculos dos agressores mais frequentes são o ex-cônjuge, 28,02% e o namorado com 10,40% dos casos.

# Determinantes Sociais e Prevenção

## Raça/Cor

Na análise do determinante social de saúde raça/cor, a raça negra (soma dos pretos e pardos) predomina em todos os tipos de violências:

- 64,12% dos casos de negligência e abandono
- 59,26% dos casos de violência sexual
- 57,97% dos casos da tipologia psicológica e moral
- 56,75% da tipologia física
- 53,59% nos casos de lesão autoprovocada

## Escolaridade

O critério escolaridade é mais um determinante social de saúde importante, por mostrar a fragilidade no entendimento dos direitos individuais e da percepção da situação de violência que a família pode estar vivenciando.

Quanto menor a escolaridade menor a capacidade de autossuficiência financeira, troca de profissão, maior medo de desemprego e a busca por saídas da situação de violências.

### Prevenção e Proteção

São necessários recursos e estratégias sustentáveis do Estado para fortalecer a prevenção e a resposta à violência por parte do parceiro e à violência sexual, incluindo a prevenção primária, ou seja, impedindo que isso chegue a ocorrer.

### Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica de violências interpessoais e autoprovocadas é o ponto de início para inclusão do usuário na linha de cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde, principalmente na percepção e identificação de violências menos graves.

### Integração Intersetorial

A integração da saúde com a segurança pública, assistência social e o setor de educação do território é a melhor estratégia para dirimir as violências até que se possa extingui-las.

# Nota Técnica sobre o perfil e implicações para o Observatório do Femicídio

O Perfil de Violências elaborado pela equipe da Saúde do Estado do Rio de Janeiro traz uma leitura qualificada e longitudinal (2015–2025) das violências interpessoais e autoprovocadas contra meninas e mulheres no RJ, articulando SINAN/SIA/SIH/SIM e destacando aspectos de vínculo com o agressor e determinantes sociais.

A seguir, apresentamos uma análise dos achados e, principalmente, indicações operacionais para o Observatório do Femicídio (OFRJ) transformar esses resultados em monitoramento, prevenção e resposta intersetorial.

## 1. Relevância estratégica do estudo:

a) Integração de múltiplas bases (notificações, internações e mortalidade): permite enxergar o “continuum da violência” — da lesão e da tentativa de feminicídio até os desfechos fatais — favorecendo vigilância e prevenção secundária/terciária.

b) Segmentação por ciclo de vida e vínculo com o agressor: qualifica o desenho de ações focalizadas (ex.: conjugal/ex-conjugal para violência física/psicológica; familiar no caso de negligência; conhecidos/desconhecidos em sexual).

c) Enfoque em determinantes sociais e deficiência: explicita fatores de vulnerabilidade (raça/cor, escolaridade, tipos de deficiência), essenciais para políticas de equidade e priorização territorial.

**DESTAQUE ==> Reconhecimento de limites interpretativos: o relatório lembra que aumento de notificações ≠ aumento da incidência, mas pode refletir maior capacidade de detecção/registro — alerta metodológico correto e necessário para a leitura responsável de séries históricas.**



## 2. Lacunas e melhorias recomendadas

- a) O relatório indica possibilidade de subnotificação e viés de porta de entrada: a prevalência de registros em serviços de média/alta complexidade tende a invisibilizar casos que ficam na Atenção Primária e rede psicossocial; urge qualificar a captação fora do hospital/UPA.
- b) Completitude e padronização de campos: raça/cor, escolaridade e vínculo com o agressor ainda sofrem com “ignorado/branco” em muitos municípios; sem saneamento, compromete-se a análise de risco e a alocação de recursos.
- c) Integração saúde-segurança-justiça ainda incipiente nos dados: a classificação de óbitos como possível feminicídio depende de atributos que pode ser plenamente alinhados entre SIM, investigações policiais e Justiça (ex.: local do crime, circunstâncias, medidas protetivas vigentes).
- d) Quase-casos (near-miss): faltam rotinas analíticas específicas para agravos sentinela altamente associados a feminicídio (estrangulamento/asfixia, TCE e lesões cervicais, agressões na gestação, repetição de atendimentos por violência).
- e) Tempo de resposta: o valor epidemiológico cai quando a informação não aciona proteção em tempo oportuno (ex.: violência sexual e tentativa de suicídio exigem acionamento imediato). É preciso mensurar “tempo até o cuidado/proteção”.

## 3. O que os resultados implicam para a prevenção

- a) Segmentação por risco: a concentração de casos e desfechos graves entre 15–39 anos pede linhas de cuidado específicas (saúde sexual e reprodutiva, CAPSij/CAPS-adulto, DEAM e Defensoria) e fluxos e protocolos rápidos de proteção.
- b) Violência sexual na infância/adolescência (picos 10–14): exige fluxo prioritário e notificações imediatas, com articulação ágil à rede de proteção e coleta de vestígios.
- c) Ciclo conjugal e ex-conjugal: confirma a centralidade das medidas protetivas e do acompanhamento ativo de reincidências; o dado de vínculo não pode ser “apêndice” — ele é determinante de risco letal.
- d) Interseccionalidades (raça/cor, escolaridade, deficiência): pedem ações afirmativas e apoio ampliado (acesso à renda, à justiça e à informação), além de comunicação pública segmentada.

## PRÓXIMOS PASSOS

Os dados do Perfil apresentado constituem uma base técnica consistente para uma mudança de paradigma: superar o uso meramente descritivo das notificações e avançar para uma **vigilância orientada à ação**. Com a governança intersetorial garantida pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional que compõe o Observatório do Femicídio do Estado do Rio de Janeiro, torna-se possível estruturar indicadores sensíveis ao risco letal, incorporar a análise de near-miss e estabelecer tempos de resposta pactuados entre os diferentes setores.

Dessa forma, o OFRJ pode transformar sistema de monitoramento das diferentes bases de informação em proteção efetiva, especialmente nos grupos etários e nos vínculos em que a letalidade é mais frequente, com atenção central à equidade racial e à inclusão das mulheres com deficiência.

A prioridade, agora, é operacionalizar: padronizar campos de registro, integrar bases de dados, territorializar a resposta e monitorar, de forma tempestiva, cada sinal de risco que já se encontra presente nas informações disponíveis.

