

Violência de gênero no Brasil: revisão de escopo sobre fatores de risco e agravos à saúde

Gender-based violence in Brazil: scoping review of risk factors and associated health consequences

Violencia de género en Brasil: revisión de alcance sobre factores de riesgo y consecuencias para la salud

Odette del Risco Sánchez <https://orcid.org/0000-0002-7094-0378>¹; Larissa Rodrigues <https://orcid.org/0000-0001-8714-7010>²; Erika Zambrano <https://orcid.org/0000-0001-9913-2975>²; Natividad Guerrero Borrego <https://orcid.org/0000-0001-5359-1420>³; Fernanda Garanhani Surita <https://orcid.org/0000-0003-4335-0337>¹

Resumo O estudo busca mapear formas de violência abordadas na literatura, fatores de risco para a exposição à violência de gênero e agravos à saúde associados, assim como regiões e níveis de atenção nas quais são produzidas as evidências no contexto brasileiro. A revisão foi conduzida segundo o método do Joanna Briggs Institute para revisões de escopo, com estratégia de busca aplicada nas bases de dados: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus, Web of Science, Embase e Cinahl. Foram incluídos 55 estudos produzidos em contextos de saúde no Brasil nos últimos cinco anos. As evidências mostram que a violência tem caráter cíclico e transgeracional. A violência psicológica é a forma mais prevalente nos estudos primários, no entanto é menos reportada nos sistemas de notificação nacionais. Características sociodemográficas como idade, usos de substâncias psicoativas, situação conjugal, religião, renda e escolaridade, acrescentam vulnerabilidades à exposição à violência, porém existe alta variabilidade e divergências entre os achados dos estudos. Destaca-se a necessidade de que as evidências sobre boas práticas na abordagem da violência nos serviços de saúde sejam sistematizadas.

Palavras-chave Violência de gênero, Violência contra a mulher, Fatores de risco, Resultados de saúde, Revisão de escopo

Abstract This study aims to map the forms of violence discussed in the literature, the risk factors of exposure to gender-based violence, and the associated health complications, as well as the regions and levels of care where evidence is produced within the Brazilian context. The review was conducted following the Joanna Briggs Institute's method for scoping reviews, with a search strategy applied across the following databases: PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde, Scopus, Web of Science, Embase, and Cinahl. A total of 55 studies conducted in health contexts in Brazil over the past five years were included. The evidence indicates that violence is cyclical and transgenerational. Psychological violence is the most prevalent in primary studies, although it is underreported in national reporting systems. Sociodemographic factors such as age, use of psychoactive substances, marital status, religion, and education contribute to increased vulnerability to violence. However, there is considerable variability and divergence across the studies. The findings underscore the need for systematized evidence on best practices for addressing violence in health services.

Key words Gender-based violence, Violence against women, Risk factors, Health outcomes, Scoping review

Resumen El presente estudio busca mapear formas de violencia abordadas en la literatura, factores de riesgo para la exposición a la violencia de género y problemas de salud asociados, así como regiones y niveles de atención en los que ha sido producida la evidencia en el contexto brasileño. La revisión se realizó según el método de Joanna Briggs Institute para revisiones de alcance, con una estrategia de búsqueda aplicada en las siguientes bases de datos: PubMed, Biblioteca Virtual en Salud, Scopus, Web of Science, Embase y Cinahl. Se incluyeron 55 estudios producidos en contextos de salud en Brasil en los últimos cinco años. La evidencia muestra que la violencia tiene un carácter cíclico y transgeneracional. La violencia psicológica es la forma más prevalente en los estudios primarios, sin embargo, se reporta menos en los sistemas nacionales de notificación. Las características sociodemográficas como la edad, el uso de sustancias psicoactivas, el estado civil, la religión, los ingresos y la educación añaden vulnerabilidades a la exposición a la violencia; sin embargo, existe una alta variabilidad y divergencias entre los hallazgos de los estudios. Se destaca la necesidad de sistematizar evidencia sobre buenas prácticas en el abordaje de la violencia en los servicios de salud. **Palabras clave** Violencia de género, Violencia contra la mujer, Factores de riesgo, Resultados de salud, Revisión de alcance

¹ Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Vital Brasil 80, Cidade Universitária. 13.083-888 Campinas SP Brasil. oderisco89@gmail.com

² Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

³ Centro de Estudios Sobre la Juventud. La Habana, Cuba.

Introdução

A violência de gênero (VG) abrange diversas formas de violência baseadas em diferenças socialmente atribuídas ao gênero nas quais “as ações violentas são produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais com cenários sociais e históricos não uniformes”¹. A VG é um problema de saúde pública e grave violação aos direitos humanos.

Grupos historicamente vulnerabilizados, como mulheres e meninas cisgêneras ou pessoas com identidades divergentes da heteronormatividade, podem sofrer, ao longo da vida, violência física, sexual, psicológica, moral, econômica e ainda outras como exploração sexual, gravidez forçada, estupro corretivos e crimes de ódio, impactando negativamente na sua saúde e bem-estar^{2,3}.

Globalmente, a violência por parceiro íntimo (VPI) é uma das formas mais prevalentes⁴. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que a taxa de violência contra as mulheres entre 15 e 49 anos é de 25% na América Latina⁵. No Brasil, em 2023, houve crescimento em todos os indicadores de violência doméstica, com 1.467 feminicídios registrados⁶.

A erradicação de qualquer forma de violência e a igualdade de gênero estão entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, portanto, nas próximas décadas, diversos países, inclusive o Brasil, precisam empenhar esforços nesse sentido⁷.

A exposição recorrente à violência afeta a morbidade e mortalidade das vítimas, provocando diversas lesões físicas (fraturas, contusões, queimaduras), doenças crônicas e múltiplos agravos à saúde mental (depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, dificuldades de sono, transtornos alimentares, comportamentos e ideação suicida) e à saúde sexual e reprodutiva (aborto espontâneo, ISTs)⁸⁻¹⁰.

A VG permanece como um problema persistente na vida de mulheres e pessoas com útero. Estudos apontam que a intersecção de fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais estão associados a maiores riscos de vitimização^{4,11}, e ressalta-se que, por exemplo, mulheres jovens e negras são mais vulneráveis a essa forma de violência⁶.

A relação entre a violência e o nível socioeconômico e educacional, idade, cor de pele/raça, uso de substâncias psicoativas, identidade de gênero e orientação sexual em contextos nos quais prevalecem atitudes que legitimam a violência mostram a complexidade do fenômeno^{12,13}.

Considerando os impactos da VG na saúde, torna-se necessária a abordagem de agravos decorrentes da violência com vistas a discutir cuidados integrais nos serviços de saúde com base em ações intersetoriais e multidisciplinares¹⁴.

Diante do contexto, esta revisão tem como objetivo mapear formas de violência abordadas na literatura, fatores de risco para a exposição à violência de gênero e agravos à saúde associados, assim como regiões e níveis de atenção nas quais são produzidas as evidências em relação à VG no contexto brasileiro.

Métodos

A presente revisão foi conduzida segundo o método do JBI (Joanna Briggs Institute) para revisões de escopo¹⁵. Na área da saúde, esse tipo de revisão permite o mapeamento da literatura em relação ao fenômeno de interesse e o rastreamento das evidências produzidas a partir da análise de diversos tipos de fontes de dados. Foi feito registro no Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/P6H2S) e sua estrutura compreendeu as etapas a seguir.

Formulação da pergunta de pesquisa

A pergunta de pesquisa foi elaborada através da estratégia P (população: gênero feminino, faixa etária 10-49 anos) C (conceito: violência de gênero) e C (contexto: regiões e níveis de atenção em saúde do Brasil).

Para a revisão de escopo foram elaboradas as seguintes perguntas de pesquisa:

- Em quais regiões e níveis de atenção em saúde têm sido produzidas as evidências em relação à VG?
- Quais formas de violência são abordadas nos estudos?
- Quais são os fatores de risco associados à exposição à VG?
- Quais consequências na saúde têm sido associadas à violência nos estudos?

Estratégia de busca e seleção de fontes de evidências

A busca nas bases de dados foi empreendida em 5 de junho de 2024, com delimitação para produção janeiro de 2019 a junho de 2024. Essa fase foi conduzida por pesquisadoras experientes no desenvolvimento desse tipo de estudos e previa consulta com uma bibliotecária de ciências da saúde. Uma busca manual foi desenvol-

vida para identificação de evidências nacionais e de dados secundários de órgãos governamentais da área da saúde.

A busca foi delimitada aos idiomas inglês, espanhol e português. Os termos de busca foram definidos segundo os DeCS/MeSH – Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings e os termos livres.

Para a apresentação do processo de busca e seleção das evidências foi empregado o PRISMA extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)¹⁶. As publicações identificadas foram importadas para o *software* Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI – <https://www.rayyan.ai/>); através dele foi realizada a detecção e remoção de duplicatas, assim como a avaliação independente e às cegas por duas pesquisadoras. Inicialmente, para a pré-seleção dos materiais, foram lidos os títulos, palavras-chave e resumos.

Os critérios de seleção foram testados a partir de uma amostra de 25 títulos/resumo, que foram avaliados pela equipe segundo os critérios descritos no protocolo. Os textos selecionados também foram lidos integralmente por duas pesquisadoras (LR e ORS), que avaliaram sua correspondência segundo a relevância das publicações e os critérios de inclusão. As divergências no processo de seleção foram resolvidas mediante consenso. Sempre que necessário, nas divergências, a terceira revisora (FGS) foi acionada.

As bases de dados incluem PubMed, BVS, Scopus, Web of Science, Embase e Cinahl. Os termos de pesquisa para esta revisão incluíram combinações e variações das seguintes palavras e frases: “Violência Doméstica”, “Violência contra a Mulher”, “Violência de Gênero”, “Violência por Parceiro Íntimo”, “Delitos Sexuais”, “Mulheres Maltratadas”, “Maus-Tratos Conjugais”, “Exposição à Violência”, “Fatores de Risco”, “Saúde da Mulher”, “Saúde Mental”. Os operadores booleanos AND/OR foram utilizados para construir a equação.

Crítérios de elegibilidade

Os artigos selecionados responderam aos seguintes critérios: 1) participantes do gênero feminino, incluindo a faixa etária de 10-49 anos; 2) estudos secundários e primários, incluindo estudos com métodos quantitativos, qualitativos e mistos; e 3) evidências produzidas no contexto da saúde e nos níveis de atenção e assistência em saúde (primária, secundária e terciária) no Brasil.

Extração de dados

Para auxiliar na extração dos dados, foram identificadas as características dos estudos e seus principais achados, sendo sistematizadas as seguintes informações: título, autores/ano, localidade do estudo, data de coleta, desenho de estudo, objetivo(s), participantes/população-alvo, níveis de atenção e assistência à saúde, principais resultados, limitações e recomendações.

Os artigos foram exportados para um banco de dados em Microsoft Excel – Windows (<https://products.office.com/>). Com vistas a garantir a consistência e confiabilidade dos dados extraídos, um dos revisores (ORS) extraiu os dados e um segundo verificou o processo (LR). A ficha para extração de dados foi revisada, discutida e validada pela equipe.

Análise e apresentação dos resultados

O *software* NVivo 14 (QSR International, MA, USA) foi utilizado para a organização e análise temática do material¹⁷. Os dados coletados foram organizados mediante matrizes de síntese e diagrama para identificar, caracterizar e sumarizar evidências, elaborando considerações quanto a fatores e grupos de risco para violência e sintomas e sinais clínicos associados à violência. As implicações dos estudos e suas recomendações foram discutidas pela equipe.

Resultados

No total, foram recuperados 3.798 artigos e eliminadas 1.757 duplicidades. Outros 40 estudos foram identificados através da leitura de referências, sendo incluídos 55 artigos produzidos no Brasil para análise do texto completo (Figura 1).

Para a organização dos resultados, quatro categorias temáticas foram construídas: 1) contextos da produção de evidências: regiões e níveis de atenção em saúde, 2) formas de violência, 3) fatores de risco à exposição à violência de gênero e 4) impactos da violência de gênero na saúde. A seguir são apresentadas por meio de pontos relevantes encontrados durante a análise.

Contextos da produção de evidências: regiões e níveis de atenção em saúde

Quanto às regiões do Brasil, 30 artigos apresentam dados primários coletados em serviços de saúde, distribuídos por Nordeste (n = 9), Norte (n = 1), Sul (n = 7) e Sudeste (n = 11).

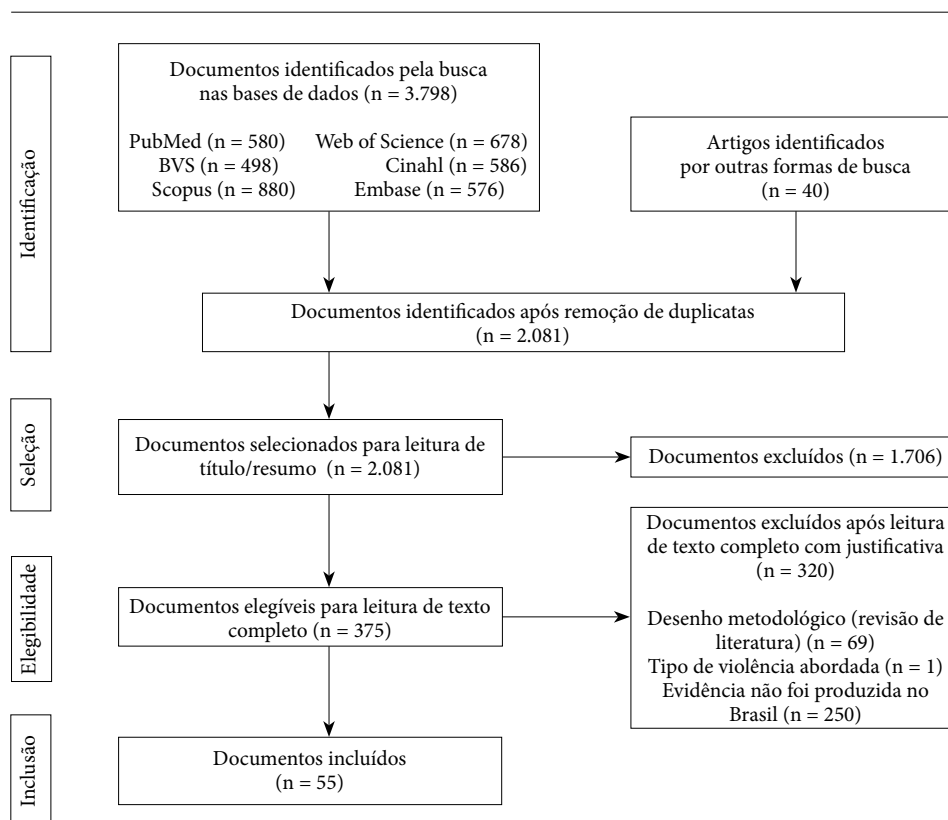


Figura 1. Processo de seleção de documentos (PRISMA).

Fonte: Autores.

Dois artigos multicêntricos apresentam dados coletados em serviços de saúde de duas regiões, um deles de Nordeste e Sudeste, outro de Sudeste e Sul (Figura 2).

Os serviços de saúde incluídos pertencem à rede de atenção primária ($n = 12$), a hospitais e maternidades, assim como a outros serviços especializados ($n = 17$), em sua maioria do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos artigos inclui clínicas privadas de atenção pré-natal e serviços públicos, e outro uma penitenciária feminina como parte de um projeto voltado aos cuidados em saúde dessa população na região Sudeste. Entre os serviços de saúde, aqueles destinados à atenção pré-natal e pós-natal foram locais onde a coleta de dados esteve concentrada.

Observam-se evidências produzidas a partir da análise do comportamento da VG a partir de inquéritos em saúde com amostras nacionalmente representativas, como a Pesquisa Nacional de Saúde ($n = 4$) e o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira ($n = 1$) (Quadro 1).

A maioria dos estudos foram produzidos por autores filiados a instituições brasileiras, e essas, em sua maioria, são universidades públicas. No entanto, foram identificadas colaborações de pesquisadores nacionais com instituições estrangeiras de Austrália ($n = 1$), Chile ($n = 1$), UK ($n = 5$) e dos Estados Unidos ($n = 3$). Dois artigos foram produzidos por autores dos Estados Unidos, assim como uma das publicações foi elaborada por pesquisadores do Brasil, Canadá e Estados Unidos (Quadro 1).

Quanto às características dos estudos, a maioria emprega desenhos metodológicos observacionais, prevalecendo os estudos transversais ($n = 25$). Alguns dos artigos analisados empregam a análise de dados secundários de pesquisas nacionais ($n = 5$), registros hospitalares ($n = 3$) e, especialmente, do sistema de notificações estabelecidos no país ($n = 19$). Foram incluídos três estudos qualitativos com dados coletados por intermédio de entrevistas individuais (Figura 2).

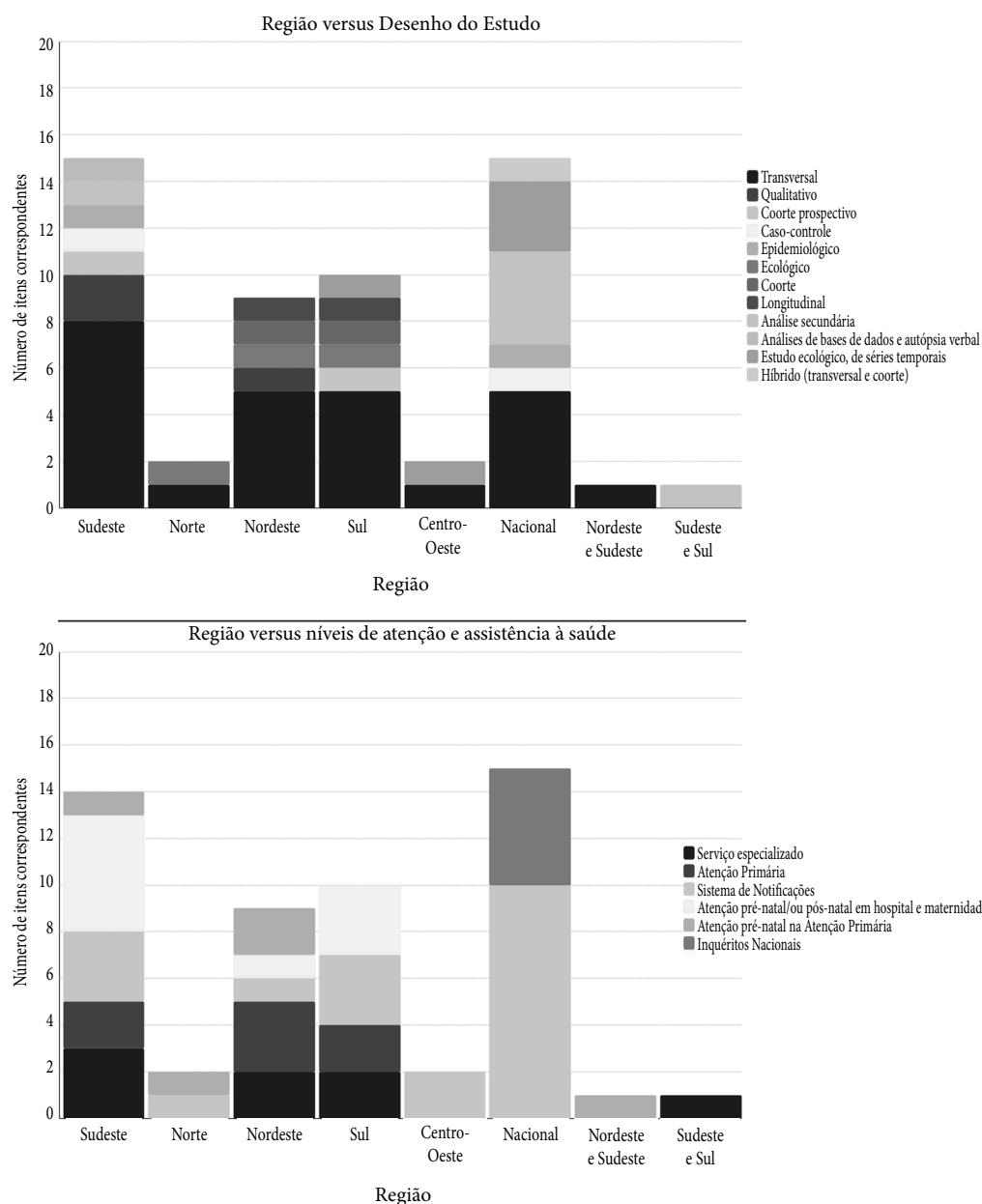


Figura 2. Produção de evidências por regiões, delineamento dos estudos e níveis de atenção e assistência à saúde.

Fonte: Autores.

Formas de violência

A maioria dos artigos inclui a violência perpetrada pela parceria ($n = 50$), sobretudo por homens. Entre os tipos relatados, as violências física ($n = 44$), psicológica/moral ($n = 38$) e sexual ($n = 42$) são as mais abordadas; porém não ocorrem de modo isolado (Quadro 2).

Os trabalhos que incluem mulheres transgênero, lésbicas e bissexuais, além das formas anteriormente expostas, também consideram nas análises outras manifestações, como lesões autoinflingidas, exploração sexual, homofobia e transfobia, xenofobia e violência familiar^{13,18}.

Observa-se que alguns deles incluíram a violência patrimonial/econômica ($n = 8$), além

Quadro 1. Características dos estudos.

Autores/ ano/país dos autores	Data de coleta de dados	Desenho do estudo	Participantes	Níveis de atenção e assistência à saúde	Região
Leite <i>et al.</i> , 2022 Brasil e Austrália	2018	Qualitativo	Mulheres com diagnóstico de câncer de mama submetidas à mastectomia (n = 16).	Hospital especializado tratamento oncológico	Sudeste
Vaz <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2009-2011	Coorte prospectivo	Gestantes usuárias de um serviço de atenção pré- natal (n = 161)	Atenção Primária (atenção pré- natal)	Sudeste
Sánchez <i>et al.</i> 2023 Brasil	2019-2021	Estudo transversal	Gestantes e puérperas usuárias de um serviço de atenção pré-natal e pós- natal (n = 600)	Hospital especializado saúde da mulher (atenção pré- natal/pós-natal)	Sudeste
Both <i>et al.</i> 2020 Brasil e Chile	2017	Estudo transversal	Mulheres sobreviventes de violência (n = 56).	Hospital	Sul
Silva e Leite, 2020 Brasil	2017	Estudo transversal	Puérperas em uma maternidade (n = 330)	Hospital (maternidade)	Sudeste
Pinto <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2011-2017 2011-2016	Caso-controle	Mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SINAN cujo autor era atual ou ex-parceiro íntimo e óbito por qualquer causa básica registrado no SIM.	Dados do SINAN/ SIM	Nacional
Santos e do Carmo, 2023 Brasil	2009-2018	Estudo transversal	Pessoas do sexo feminino nas idades de 20 a 59 anos com notificações de VPI no SINAN.	Dados do SINAN	Centro- Oeste
Formiga <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2018	Estudo transversal	Mulheres atendidas no SUS (n = 343).	Atenção Primária	Nordeste
Vasconcelos <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2019	Estudo epidemiológico transversal	Pessoas do sexo feminino nas idades de 18-59 anos.	Dados do PNS 2019	Nacional
Moroskoski <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2014-2018	Estudo ecológico	Mulheres de 15 a 59 anos com notificação de violência no SIM	Dados do SIM	Sul
Conceição <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2019- 2020	Estudo transversal	Gestantes durante terceiro trimestre gestacional (n = 233)	Atenção Primária (atenção pré- natal)	Nordeste
Ribeiro <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2010-2013	Estudo de coorte	Gestantes acompanhadas após o parto, e 12-36 meses (n = 1.146)	Atenção Primária (atenção pré- natal)	Nordeste
Signorelli <i>et al.</i> , 2023 Brasil	2019	Estudo transversal	Mulheres entre 18-59 anos (n = 34.334)	Base de dados PNS 2019	Nacional
Ribeiro <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2010-2011	Estudo transversal	Gestantes de São Luís, Maranhão e 943 de Ribeirão Preto, São Paulo (n = 992)	Atenção Primária (atenção pré- natal)	Nordeste e Sudeste
Kwaramba <i>et al.</i> , 2019 Brasil	2014	Estudo transversal	Mulheres registradas em uma UBS de Maringá (n = 419)	Atenção Primária	Sul

continua

Quadro 1. Características dos estudos.

Autores/ ano/país dos autores	Data de coleta de dados	Desenho do estudo	Participantes	Níveis de atenção e assistência à saúde	Região
Sussmann <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2006-2007	Estudo transversal	Mulheres atendidas durante o pré-natal em UBS (n = 700)	Atenção Primária (atenção pré-natal)	Sudeste
Bernardino <i>et al.</i> , 2024 Brasil	4 anos de observação	Estudo ecológico	Casos confirmados de VPI contra mulheres atendidas em um serviço especializado.	Centro especializado medicina forense e odontologia.	Nordeste
Coll <i>et al.</i> , 2023 Brasil e UK	2015	Coorte prospectivo	Diades mãe-filho (n = 3.730 aos 4 anos de idade das crianças e n = 3.292 aos 6-7 anos)	Hospital (maternidades)	Sul
Buffarini <i>et al.</i> , 2022 Brasil e UK	2015	Coorte	Mães com experiências adversas na infância e VF com dados coletados quando as crianças tinham 4 anos (n = 3.712 participantes para maus-tratos-infantis e n = 3.529 para VPI)	Hospital	Sul
Santos <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2014	Estudo transversal	Mulheres usuárias de serviços de saúde (n = 991)	Atenção Primária	Sudeste
Caprara <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2011-2016	Estudo longitudinal	Puérperas de três hospitais públicos (n = 232)	Hospital	Sul
Caicedo-Roa <i>et al.</i> , 2023 Brasil	2018-2019	Estudo caso-controle.	Mulheres vítimas de feminicídios (n = 24) e grupo controle de mulheres residentes em Campinas (n = 96).	Dados do SIM	Sudeste
Tsuyuki <i>et al.</i> , 2020 Brasil e USA	2012-2014 2011-2013	Análise secundária de dados transversais.	Mulheres HIV-positivas (n = 1534) e HIV-negativas (n = 1589).	Clínicas especializadas na atenção HIV e unidades básicas de saúde	Sudeste e Sul
Santos <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2017	Estudo transversal	Puérperas em uma maternidade pública (n = 330)	Hospital (maternidade)	Sudeste
Reynolds, 2022 USA	2011-2016	Análise secundária	Mulheres de 15 a 49 anos mortas por homicídio notificadas no registro nacional de óbitos do Brasil	Dados do SIM/ Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial/ SINAN	Nacional
Xavier Hall e Evans, 2020 USA	2016	Estudo qualitativo	Mulheres usuárias de serviços de saúde (n = 28)	Atenção primária	Sudeste
Caicedo-Roa <i>et al.</i> , 2019 Brasil	2015	Análises de bases de dados e autópsia verbal	Casos de femicídio (n = 19)	Dados do SIM	Sudeste

continua

Quadro 1. Características dos estudos.

Autores/ ano/país dos autores	Data de coleta de dados	Desenho do estudo	Participantes	Níveis de atenção e assistência à saúde	Região
Correia <i>et al.</i> , 2024 Brasil e USA	2020	Estudo longitudinal	Mães com parto durante a pandemia de COVID-19 entrevistadas 18 e 24 meses após o parto (n = 321).	Hospital	Nordeste
Santarem <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2000-2017	Estudo transversal	Mulheres sobreviventes de violência sexual (n = 711).	Hospital (serviço especializado para vítimas de violência sexual)	Sul
de Araújo Lima <i>et al.</i> , 2021 Brasil e UK	2015-2016	Estudo transversal	Usuárias de serviços de saúde (n = 369)	Atenção primária (consultas de enfermagem)	Nordeste
Fanger <i>et al.</i> , 2019 Brasil	2012-2013	Estudo transversal	Reeducandas (n = 1.013)	N/A	Sudeste
Silva <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2017	Estudo transversal	Usuárias de serviços públicos de saúde (n = 565)	Atenção primária	Sul
Lima <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2018	Estudo transversal	Gestantes em um serviço de atenção pré-natal (n = 65)	Atenção primária	Norte
Mrejen <i>et al.</i> , 2023 Brasil e UK	2019	Estudo transversal	Mulheres com idade superior aos 15 anos.	Dados do PNS 2019	Nacional
Diehl <i>et al.</i> , 2022 Brasil e UK	2012	Estudo transversal	Mulheres com idades entre 15-64 anos (n = 2.365)	Dados do Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012)	Nacional
Leite <i>et al.</i> , 2023 Brasil	2011-2018	Estudo transversal	Notificações de violência sexual contra as mulheres.	Dados do SINAN	Sudeste
Pinto <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2015-2017	Estudo transversal	Indivíduos com 10 anos ou mais de idade e orientação homossexual ou bissexual, bem como identidades de gênero transsexual ou travesti.	Dados do SINAN	Nacional
de Sousa Mascena Veras., 2024 Brasil e USA	2018 -2019	Análise secundária	Mulheres transgênero vivendo com HIV (n = 113)	Centro especializado na atenção a HIV	Sudeste
Moroskoski <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2000-2019	Estudo ecológico, de séries temporais.	Notificações de violência letal contra mulheres entre 15-59 anos.	Dados do SIM	Nacional
Freitas <i>et al.</i> , 2024 Brasil	2009-2020.	Estudo ecológico de série temporal.	Notificações de violência contra crianças/mulheres indígenas maiores de 10 anos.	Dados do SINAN	Centro- Oeste
Marinho Neto e Girianelli, 2024 Brasil	2015-2021	Desenho híbrido, combina estudos transversal e de coorte	Mulheres transgêneras e cisgêneras com idades entre 20 a 59 anos.	Dados do SINAN	Nacional

continua

Quadro 1. Características dos estudos.

Autores/ ano/país dos autores	Data de coleta de dados	Desenho do estudo	Participantes	Níveis de atenção e assistência à saúde	Região
Cruz e Irff, 2019 Brasil	2018	Análise secundária de inquérito nacional	Mulheres com idades entre 20 e 49 anos.	PNS 2013	Nacional
Steiner <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2018-2019	Estudo transversal	Registros médicos de gestantes (n = 8.270)	Hospital (maternidade)	Sudeste
Mascarenhas <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2011-2017	Estudo transversal	Notificações de violência contra mulheres maiores de 15 anos (n = 454.984)	Dados do SINAN	Nacional
Moroskoski <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2009-2016	Estudo ecológico, de séries temporais.	Casos de violência em mulheres com idades entre 20-59 anos (n = 14.793)	Dados do SINAN	Sul
Sandoval <i>et al.</i> , 2020 Canadá, Brasil e USA	2014-2016	Análise secundária	Notificações de violência contra a mulher (n = 800.000) e 16.500 mortes associadas.	Dados do SINAN/SIM	Nacional
Mayrink <i>et al.</i> , 2021 Brasil	2013-2018	Estudo epidemiológico retrospectivo, observacional, descritivo e longitudinal.	Registros médicos de pacientes femininas com trauma maxilofacial (n = 216)	Registros de hospital especializado em trauma	Sudeste
Oliveira <i>et al.</i> , 2019 Brasil	2007-2015	Estudo ecológico	Notificações de violência em mulheres acima de 10 anos (n = 1.696)	Dados do SINAN	Norte
Frazão <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2017	Qualitativo	Mulheres diagnosticadas com depressão (n = 29)	Hospital	Nordeste
Teixeira <i>et al.</i> , 2019 Brasil	2017-2018	Estudo transversal de séries históricas	Registros de vítimas de violência sexual (n = 920)	Registros de hospital especializado em saúde da mulher	Nordeste
Meneghel <i>et al.</i> , 2020 Brasil	2000-2015	Análise de dados secundários	Registros de óbitos femininos por agressão (n = 1.384)	Dados do SIM	Nacional/Regional
Viana <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2011-2018	Estudo ecológico de série temporal	Notificações de VS contra mulheres de 10 a 19 anos (n = 96.018)	Dados do SINAN	Nacional
Sousa <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2009-2018	Estudo ecológico de série temporal	Notificações de violência contra a mulher em idades de 15-59 anos (n = 154.614)	Dados do SINAN	Nacional/Regional
Padilha <i>et al.</i> , 2022 Brasil	2019-2021	Estudo transversal	Notificações de violência contra a mulher (n = 342)	Dados do SINAN	Sul
Veloso e Monteiro, 2019 Brasil	2015-2016	Estudo transversal	Mulheres com idades entre 20 a 59 anos, atendidas em UBS (n = 369)	Atenção primária	Nordeste

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; VF: violência familiar; HIV: vírus da imunodeficiência humana; VS: violência sexual.

Fonte: Autores.

Quadro 2. Matriz de síntese.

Temáticas abordadas nos estudos	
Tipos de violência	Física ^{13,18-30,36,38-45,47,50-53,55-62,64-71}
	Psicológica/moral ^{13,18-23,25-30,36,38-41,43-45,50-52,55-62,64,66,67,69-71}
	Sexual ^{13,18-20,22-30,36,39-46,48-52,54-57,59-64,66,67,69-71}
	Patrimonial ^{13,18,19,23,27-30}
	Feminicídios/violência letal ³¹⁻³⁷
	Outras (exemplo: negligência, tortura, violência digital e comunitária) ^{13,18-30,50}
Características sociodemográficas associadas à VG	Adolescentes e mulheres em idade reprodutiva ^{13,19,20,27-32,35,36,38-50}
	Mulheres negras (pardas/pretas) ^{28,31,35,40,42,44,45,47-49,51-53}
	Mulheres indígenas ^{20,35,37,53}
	Pessoas com deficiência ^{30,31}
	Baixa escolaridade ^{20,21,28,33,34,38-40,42,43,48,50,55-58}
	Histórico de violência por parceiro íntimo ^{23,30,31,33,51,56}
	Experiências adversas na infância ^{23,24,44,51,52,56,60,63,64}
	Localidade (contexto rural, região da fronteira ou outros contextos de extrema desigualdade) ^{20,22,28,29,31,35-37,44,46,49,58,65}
	Baixa renda ^{19,21,38-40,44,45,56}
	Identidade de gênero e orientação sexual não heteronormativas ^{13,18,26}
	Uso de álcool e/ou outras substâncias psicoativas ^{20,23,30,33,41,43,44,52,55,56,58,60,61}
	Gestantes e/ou puérperas ^{21,25,27,30,39,41,51,57-59,67-69,71}
	Mulheres com filhos ^{32,34,62}
	Condições de saúde estigmatizantes (câncer, comprometimento da saúde mental, PVHIV) ^{21,24-26,52,60,66,67}
	Com parceria/casadas/em união ^{20,30,36,57,58}
	Solteiras/divorciadas/separadas ^{19,28,34,44,48,50,52,54,56}
	Situação laboral (sem emprego ou com emprego informal) ^{33,50,62}
Perpetradores da violência	Coabitação com parceiro ^{19,57}
	Mulher como chefe do lar ^{21,32}
	Religião ^{43,56,58}
	Parceiro ^{13,18,19-25,27-36,38-49,50,51,53,55-71}
	Famíliares/conhecidos ^{13,18,21,23,27-29,34,36,42,45-51,54,63,69}
	Desconhecidos ^{13,18,22,27-29,34,42,46,48-50,54,63}

PVHIV: pessoas vivendo com HIV.

Fonte: Autores.

de outras formas, como violência digital¹⁹, negligência²⁰, violência verbal/ameaças^{19,21,22} e violência comunitária²³.

A exposição à violência doméstica e familiar ao longo da vida, tanto direta como indireta, e de abuso na infância e adolescência também é explorada²³⁻²⁶. Outras formas pouco exploradas, como situações de tortura e tráfico humano, sobretudo em populações vulnerabilizadas como mulheres indígenas, cisgêneras e transgêneras^{13,27-29}, expulsão do lar e outras formas, embora não especificadas^{21,30}, foram abordadas. Geralmente esses tipos são englobados nas categorias “outros”, incluindo trabalho infantil, tortura ou negligência^{20,28-30}.

A violência letal, em especial os casos de feminicídios, são estudados mediante a análise de dados secundários dos sistemas nacionais de

notificações de agravos e de informações sobre mortalidade³¹⁻³⁷.

A violência sexual inclui abusos perpetrados durante a infância e a adolescência, coerção sexual e estupro conjugal ou por desconhecidos, além de outras formas cometidas por familiares/conhecidos e desconhecidos, tanto recentes como pregressas.

Fatores de risco à exposição à violência de gênero

Na maioria dos estudos, adolescentes e mulheres em idade reprodutiva^{13,19,20,27-32,35,36,38-50} e pessoas negras (pretas/pardas) são mais expostas a diversas formas de violência^{28,31,35,40,42,44,45,47-49,51-53}.

Alguns dos estudos permitem observar a interseção de cor de pele, idade, identidade de

gênero e orientação sexual como indicadores que acrescentam vulnerabilidades a mulheres negras cisgêneras e transgêneras, assim como a pessoas com orientação sexual não heteronormativa^{13,18,26}. Embora três estudos que mostram dados de estados e cidades das regiões Sul e Sudeste do país relatem que, entre vítimas de feminicídio e violência sexual, prevalecem as mulheres brancas^{32,34,54}. Outros artigos identificaram vulnerabilidades de mulheres indígenas^{20,35,37,53}.

Apresentar um menor nível de escolaridade esteve relacionado a diversas formas e intensidades da violência^{20,21,28,33,34,38-40,42,43,48,50,55-58}, porém alguns dos artigos mostram resultados divergentes^{19,32,44,53,59}.

O uso de álcool e outras substâncias psicotrópicas, tanto pela parceria como pelas vítimas, foi outro dos aspectos encontrados no contexto da violência, tanto na perpetração da violência como na vitimização, em 13 dos artigos^{20,23,30,33,41,43,44,52,55,56,58,60,61}.

Outras condições associadas ao status socioeconômico das mulheres, como ter baixa renda^{19,21,38-40,44,45,56}, ser chefe do lar^{21,32}, estar desempregada⁵⁰, beneficiária de Bolsa Família e viver situações de insegurança alimentar²¹, têm mostrado associação com a violência. No entanto, um dos estudos conduzidos em dois municípios de estados do Sudeste e do Nordeste mostrou que as gestantes tinham maior probabilidade de sofrer violência psicológica e física/sexual quando eram elas que tinham maior renda familiar⁵⁹. A violência pelo parceiro e o feminicídio foram prevalentes em mulheres com emprego e em situação de informalidade em outros estudos^{33,62}.

Em relação à situação conjugal, os estudos registram os dados a partir de diversas categorias. A situação conjugal, seja entre mulheres com parceria, casadas ou em união^{20,30,36,57,58}, assim como aquelas solteiras, divorciadas ou separadas^{19,28,34,44,48,50,52,54,56}, e ainda o fato de coabitar com o parceiro^{19,57}, mostraram-se associados à violência. No entanto, um estudo realizado em um município do Sul do país apresentou resultados divergentes quanto à influência da convivência⁶². Mulheres com filhos estão mais expostas à violência, incluindo a letal^{32,34,62}.

A religião foi explorada em poucos estudos, sendo em três deles associada à violência por parceiro íntimo^{43,56,58}. No entanto, relatos de violência sexual foram mais prevalentes entre aqueles que declararam não ter religião⁶³.

Outras característica que coloca as mulheres em situação de vulnerabilidade para casos de violência letal³¹ e sexual³⁰ é apresentar alguma deficiência. No entanto, no Espírito Santo

as notificações de violência sexual foram mais frequentes em pessoas sem deficiências e/ou transtornos⁴⁶.

Vivências de violências anteriores, seja ao longo da vida no vínculo com a parceria^{23,30,31,33,51,56} ou em experiências adversas durante a infância, tais como ter sofrido abuso na infância ou ser testemunha de violência familiar^{23,24,44,51,52,56,60,63,64}, são fatores que aumentam as chances de viver situações de violência recentes. Nos casos de feminicídios, foram observados relatos de violências anteriores por parceiro e ex-parceiro.

A região se torna um dos aspectos a serem analisados para compreender a dinâmica da violência. Nesse sentido, têm sido relevantes os achados de estudos desenvolvidos nas regiões de fronteira^{20,37,44}, que avaliam disparidades entre regiões do país, alguns deles incluindo comparações entre zonas rurais e urbanas^{22,28,29,31,35,36,46,49} e em contextos de extrema desigualdade socioeconômica^{58,65}. Por outro lado, um dos estudos que analisou casos de feminicídios no município de Campinas, no estado de São Paulo, mostrou que mulheres que migraram de outros estados apresentam maiores risco de feminicídio³³.

Outros aspectos, como a presença de atitudes que legitimam e justificam a violência de gênero, disparidades sociais e falta de uma resposta integrada frente à violência, também foram identificados^{23,66}. A pandemia de COVID-19 foi outro dos elementos analisados em três estudos^{21,50,51}.

Impactos da violência de gênero na saúde

A exposição à violência impacta na integridade física, provocando diversas lesões, como hematomas, cortes, fraturas, queimaduras e traumas maxilofaciais^{19,23,47,65}. Também tem se mostrado associada a agravos da saúde mental, como transtorno e sintomas depressivos, transtorno do estresse pós-traumático^{19,38,43,45,60,63,67}, sintomas de ansiedade⁴³ e depressão pós-parto²⁵. O intenso sofrimento psicológico que a violência provoca se mostra acompanhado do medo de retaliações^{19,23,38,66,68}. Vários artigos evidenciam outros impactos, como problemas alimentares, anedonia, sensação de fracasso e desespero¹⁹, sentimentos de solidão²³, assim como pensamentos suicidas e violência autoinfligida^{18,19,50,63}.

A violência impacta nos estilos de vida e hábitos saudáveis em períodos como a gestação e após o parto. Um dos estudos mostrou entre as sobreviventes um padrão alimentar de menor qualidade nutricional na gestação⁶⁸. Outros im-

pactos foram associados ao maior risco de um bebê não ser amamentado durante os primeiros 12 meses de vida⁶⁹, além de práticas e comportamentos em que é reproduzida a violência nos métodos educativos e nas práticas de cuidado⁷⁰.

Em relação aos aspectos vinculados à saúde sexual e reprodutiva observamos associação com o início das relações sexuais até os 14 anos³⁹, gestação decorrente de violência sexual e desejo de interromper a gravidez^{39,48}, assim como morbidade materna^{39, 57}. Vítimas de violência sexual em idades inferiores a 19 anos apresentam uma menor chance de uso de contraceptivos⁵⁴. Mulheres que vivenciaram violência sexual pelos parceiros tiveram maiores chances de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada¹⁹.

Pessoas em situação de violência podem procurar com maior frequência atendimento de saúde, principalmente nos serviços de atenção primária ou secundária no SUS¹⁹. Os estudos mostram as consequências adversas nos cuidados em saúde, sobretudo em pessoas vivendo com HIV²⁶, assim como piores na autopercepção da saúde^{19,22}.

Discussão

Esta revisão de escopo abarcou estudos com dados coletados na rede de atenção primária, secundária e terciária, além de análises de dados secundários dos sistemas de informação nacionais e pesquisas produzidas em torno de indicadores de saúde da população brasileira.

Em termos metodológicos, prevalecem os estudos observacionais transversais, porém com limitadas possibilidades de realização de inferências de causa-efeito. Os tamanhos amostrais e o poder das amostras são algumas das limitações que interferem nas possibilidades de generalização dos achados^{13,26,57,68}. Além disso, observa-se a subnotificação da violência e as dificuldades na completude dos registros^{13,22,27-30,33,35,42,45,46,49,53,63}.

No entanto, considerando as dimensões do Brasil, marcado por contextos de disparidades socioeconômicas, destacamos o valor desses estudos para observar padrões no comportamento da violência em regiões e localidades específicas, com vistas a contribuir para subsidiar a elaboração de estratégias locais para prevenção e abordagem da violência em serviços de saúde.

Nos estudos primários, observamos ampla variabilidade da prevalência da violência, sendo a psicológica a mais prevalente, seguida da física e da sexual^{21,39,41,43,44,51,52,55,56,59-62,67}. Alguns relatam

que todas as participantes sofreram algum tipo de violência^{38,55}. Essa variação pode se dever a questões metodológicas, além de particularidades dos contextos socioculturais onde são coletados os dados⁵.

De maneira geral, os estudos têm abordado grupos específicos, como mulheres indígenas e aquelas que convivem em contextos rurais e em região de fronteira^{20,27,37,44}, gestantes, puérperas e mães de crianças na primeira infância^{21,25,27,30,39,41,51,57-59,67-69,71}, mulheres trans, lésbicas e bissexuais^{18,26}, em situação de encarceramento⁵², além de populações que convivem com condições de saúde estigmatizantes, tais como mulheres mastectomizadas⁶⁶, com comprometimento da saúde mental^{60,67} e pessoas que vivem com HIV^{24,26}.

A vivência da violência nesses grupos precisa ser compreendida a partir das intersecções de determinantes como situação socioeconômica, identidade de gênero, orientação sexual, assim como elementos dos contextos comunitários e sociais, como políticas públicas e acesso a serviços voltados aos cuidados e às necessidades dessas populações.

Com relação às características sociodemográficas como fatores associados à violência, encontram-se inconsistências entre os estudos. Essas divergências têm sido identificadas em pesquisas em que variáveis como escolaridade, renda, idade e cor da pele não têm mostrado associações significativas^{59,62}.

Os dados em relação a perfil das mulheres em situação de violência e vítimas de feminicídios devem ser analisados de acordo com o contexto no qual a evidência é produzida. Um olhar para o território torna-se necessário para abordar o comportamento da VG no país. Uma análise sobre as mortes de mulheres por agressão nos 122 municípios que fazem parte da linha de fronteira brasileira mostrou vulnerabilidades de mulheres indígenas, assim como um maior número de óbitos em localidades onde há maior concentração de migrantes³⁷.

Outros fatores também incidem na dinâmica da violência, como viver em contextos rurais³¹ e de vulnerabilidade socioeconômica^{23,36,58,65}. Igualmente, pesquisa que analisou casos de feminicídios em uma cidade da região Sudeste, apontou vulnerabilidades de mulheres migrantes internas³³. Esses elementos promovem a discussão sobre as disparidades no acesso a redes de apoio formais e informais de mulheres que vivem nesses contextos, sendo necessário a implementação de ações e estratégias locais que compreendam esses grupos.

Nesse sentido, destacamos a heterogeneidade dos achados em relação a características sociodemográficas e sua relação com a exposição à violência. Igualmente, alguns dos estudos incluídos nas análises mostraram associações significativas nas análises bivariadas, mas que não foram mantidas posteriormente nas análises multivariadas, o que tem sido comumente observado nas análises dos fatores associados à violência^{57,72}.

Outras questão observada nos artigos foi a superposição da violência. Pessoas em situação de risco podem estar expostas a diversas formas de violência⁴¹, refletindo o caráter cíclico da violência e sua dinâmica, na qual os episódios tendem a intensificar-se e agravar-se⁶. Nesse sentido, vítimas de feminicídios tendem a ser expostas a situações de violência recorrente. Essa observação resulta em um elemento relevante para a discussão sobre a necessidade de intervenções eficientes e integradas por diversos setores da sociedade, tais como saúde, segurança, educação e sociedade civil, entre outros. A identificação precoce de situações de risco contribui para a prevenção de formas mais severas de violência nestes casos.

As formas de violência mais estudadas são a psicológica, física e sexual, sobretudo perpetrada por parceiros, ex-parceiros, familiares ou pessoas conhecidas. As duas últimas tendem a ser mais presentes nos sistemas de notificações, porém nos estudos primários a violência psicológica/moral e suas diversas manifestações é a mais prevalente.

Outras formas, como a violência econômica e digital, são pouco abordadas¹⁹. Igualmente, é relevante discutir os impactos da violência comunitária, a naturalização da violência, normas e expectativas de gênero, assim como o impacto de situações de emergências sanitárias como aspectos que podem exacerbar a exposição a esse fenômeno.

Nesse sentido, torna-se importante que os sistemas de notificações e os profissionais dos serviços de saúde estejam preparados para identificar, acolher e oferecer o suporte necessário a sobreviventes de formas de violência que tendem a ser mais “sutis” e naturalizadas, porém presentes na vida das mulheres.

Os custos de violência e seus agravos são diversos. Nesta revisão foram abordados os impactos na saúde de acordo aos estudos produzidos no contexto brasileiro. A violência tem impactos na saúde física e mental, sexual e reprodutiva, nas práticas de cuidado e nos estilos de vida³. Seu caráter intergeracional aponta a

necessidade de intervenções integrais voltadas aos cuidadores para reduzir a exposição de crianças e adolescentes a diversas experiências adversas no âmbito familiar^{64,70}.

Ao longo dos anos, no contexto brasileiro, a VG é abordada mediante políticas e legislações voltadas à sua prevenção, com mudanças significativas na legislação, na produção de dados sobre sua incidência, na criação de serviços especializados e na adoção de planos nacionais para enfrentar este fenômeno⁷³.

Apesar dos esforços, essa problemática precisa de ações sistemáticas e integradas. Entre as principais recomendações dos estudos estão aquelas relacionadas à produção de evidências e, sobretudo, aquelas voltadas a melhoras da prática dos profissionais nos serviços de saúde. Igualmente, é preciso construir redes de apoio formais e informais efetivas, além de programas voltados a uma cultura de paz, baseada no diálogo e no estabelecimento de relações equitativas, além de iniciativas que promovam o empoderamento e a autonomia financeira de grupos vulnerabilizados (Figura 3).

Compreender problemáticas sociais, como a violência e seus impactos na saúde, reconhecer a necessidade de coordenação intersetorial para enfrentar esse desafio e promover atividades educativas fundamentadas no enfoque de gênero são algumas das propostas apresentadas.

Nesta revisão, a inclusão de evidências em contextos de serviços de saúde pode limitar o alcance de populações que podem estar mais afastadas desses serviços. Na sua maioria, os estudos primários foram coletados em serviços de saúde públicos, o que pode incidir nas características sociodemográficas das participantes. No entanto, foram incluídas evidências da Pesquisa Nacional de Saúde, inquérito de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 2013 e 2019.

Igualmente, características dos estudos sobre violência, como a subnotificação, assim como as lacunas em termos de produção de evidências de outras formas de violência (violência patrimonial, coerção reprodutiva e violência no namoro) podem incidir nas análises apresentadas.

Conclusões

A VG é um problema recorrente e sistemático na sociedade brasileira que atinge a grupos historicamente marginalizados, afetando sua saúde física e mental, assim como impactando em vá-



Figura 3. Principais recomendações dos estudos para a abordagem da violência de gênero.

Fonte: Autores.

rios âmbitos de suas vidas, com custos individuais e coletivos.

As evidências mostram que as violências se mantêm presentes durante diversos momentos do curso da vida, portanto os serviços de saúde precisam fortalecer suas capacidades como espa-

ços apropriados e seguros para abordar essa problemática. A violência contra as mulheres tem sido tema prioritário no contexto brasileiro, porém ainda são necessárias evidências sobre boas práticas nos serviços de saúde para a sua prevenção nos níveis de atenção e assistência em saúde.

Colaboradores

Concepção e planejamento do estudo: OR Sánchez, L Rodrigues, E Zambrano e FG Surita. Análise, interpretação, redação do trabalho e revisão crítica de seu conteúdo: OR Sánchez, L Rodrigues, E Zambrano, NG Borrego e FG Surita. Todas as autoras aprovaram a versão final encaminhada.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde. Projeto número 444414/2023-1 CNPq Chamada Nº 21/2023 - Faixa A - Estudos Secundários.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Soc Estado* 2014; 29(2):449-469.
2. Pinto CL, Christino JMM. Violência contra mulheres: 44 anos de pesquisa mapeados a partir dos softwares citespace e VOSviewer. *Pensando Fam* 2021; 25(2):159-175.
3. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015; 385(9977):1567-1579.
4. World Health Organization (WHO). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO; 2005.
5. World Health Organization (WHO). *Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: WHO; 2021.
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2024.
7. Fields L, Perkiss S, Dean BA, Moroney T. Nursing and the Sustainable Development Goals: a scoping review. *J Nurs Scholarsh* 2021; 53(5):568-577.
8. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002; 359(9314):1331-1336.
9. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *Am J Lifestyle Med* 2011; 5(5):428-439.
10. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet* 2013; 120(1):3-9.
11. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1163-1178.
12. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11:109.
13. Marinho Neto KRE, Girianelli VR. Interpersonal violence against transgender and cisgender women in Brazilian municipalities: trends and characteristics. *Cien Saude Colet* 2024; 29(7):e02702024.
14. d'Oliveira A, Pereira S, Bacchus LJ, Feder G, Schraiber LB, Aguiar JM, Bonin RG, Vieira Graglia CG, Colombini M. Are We Asking Too Much of the Health Sector? Exploring the Readiness of Brazilian Primary Healthcare to Respond to Domestic Violence Against Women. *Int J Health Policy Manag* 2022; 11(7):961-972.
15. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *Joanna Briggs Institute reviewer's manual*. Adelaide: JBI; 2015.

16. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169(7):467-473.
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3(2):77-101.
18. Pinto IV, Andrade SSA, Rodrigues LL, Santos MAS, Marinho MMA, Benício LA, Correia RSB, Polidoro M, Canavese D. Profile of notification of violence against Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual people recorded in the National Information System on Notifiable Diseases, Brazil, 2015-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23(Supl. 1):e200006. SUPL.1.
19. Signorelli MC, Souza FG, Pinheiro Junior RVB, Valente J, Andreoni S, Rezende LFM, Sanchez ZVM. Panorama of Intimate Partner Violence Against Women in Brazil and its Association With Self-Perception of Health: Findings From a National Representative Survey. *J Interpers Violence* 2023; 38(13-14):8453-8475.
20. Santos JD, Carmo CN. Characteristics of intimate partner violence in Mato Grosso do Sul state, Brazil, 2009-2018. *Epidemiol Serv Saude* 2023; 32(1):e2022307.
21. Correia LL, Machado MMT, Vieira-Meyer A, Araújo D, Gomes E, Saldanha AB, Rodrigues RCR, Gomes YVC, Castro MC. Domestic violence patterns in postpartum women who delivered during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Epidemiol* 2024; 27:e240022.
22. Cruz MS, Irffi G. What is the effect of violence against Brazilian women on their self-perception of health?. *Cien Saude Colet* 2019; 24(7):2531-2542.
23. Xavier Hall CD, Evans DP. Social comorbidities? A qualitative study mapping syndemic theory onto gender-based violence and co-occurring social phenomena among Brazilian women. *BMC Public Health* 2020; 20(1):1260.
24. Tsuyuki K, Stockman JK, Knauth D, J Catabay C, He F, Al-Alusi NA, Pilecco FB, Jain S, Barbosa RM. Typologies of violence against women in Brazil: a latent class analysis of how violence and HIV intersect. *Glob Public Health* 2020; 15(11):1639-1654.
25. Santos DF, Silva RP, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RS, Leite FMC. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(4):e20201064.
26. Veras MASM, Menezes NP, Mocello AR, Leddy AM, Saggese GSR, Bassichetto KC, Gilmore HJ, Carvalho PGC, Maschião LF, Neilands TB, Sevelius J, Lippman SA. Correlation between gender-based violence and poor treatment outcomes among transgender women living with HIV in Brazil. *BMC Public Health* 2024; 24(1):791.
27. Freitas GA, Marcon GEB, Welch JR, Silva C. Analysis of the completeness and consistency of records of violence against indigenous women in the health macro-region of Dourados, Mato Grosso do Sul state, Brazil, 2009-2020. *Epidemiol Serv Saude* 2024; 33:e20231075.
28. Oliveira CAB, Alencar LN, Cardena RR, Moreira KFA, Pereira PPS, Fernandes DER. Profile of the victim and characteristics of violence against women in the state of Rondônia-Brazil. *Revista Cuidarte* 2019; 10(1):e573.
29. Sousa BS, Maciel NTVG, de Oliveira MPA, Batista JFC, Oliveira Musse J, Lima GCBB. Violência contra mulher no nordeste brasileiro: tendência temporal de 2009 a 2018. *Interfaces Científicas-Saúde Ambiente* 2022; 9(1):53-67.
30. 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.
31. Pinto IV, Bernal RTI, Souza MFM, Malta DC. Factors associated with death in women with intimate partner violence notification in Brazil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):975-985.
32. Moroskoski M, Neto FC, Machado de Brito FA, Ferracioli GV, Oliveira NN, Dutra AC, Baldissera VDA, Oliveira RR. Lethal violence against women in southern Brazil: Spatial analysis and associated factors. *Spat Spatiotemporal Epidemiol* 2022; 43:100542.
33. Caicedo-Roa M, Cordeiro RC, Bandeira LM. Femicide in Campinas, São Paulo, Brazil: Matched case-control study. *J Forensic Leg Med* 2023; 100:102606.
34. Caicedo-Roa M, Cordeiro RC, Martins ACA, Faria PH. Femicides in the city of Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(6):e00110718.
35. Moroskoski M, Brito FAM, Oliveira RR. Time trend and spatial distribution of the cases of lethal violence against women in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* 2022; 30:e3609.
36. Sandoval G, Marinho F, Delaney R, Pinto I, Lima C, Costa R, Bello-Corassa R, Pereira VOM. Mortality risk among women exposed to violence in Brazil: a population-based exploratory analysis. *Public Health* 2020; 179:45-50.
37. Meneghel S, Danielvicz I, Polidoro M, Plentz L, Meneghetti B. Feminicídios em municípios de fronteira no Brasil. *Cien Saúde Colet* 2022; 27(2):493-502.
38. Both LM, Favaretto TC, Freitas LHM, Benetti S, Crempien C. Intimate partner violence against women: Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). *PLoS One* 2020; 15(10):e0239708.
39. Silva RP, Leite FMC. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Saude Publica* 2020; 54:97.
40. Vasconcelos NM, Andrade FM, Gomes CS, Pinto IV, Malta DC. Prevalence and factors associated with intimate partner violence against adult women in Brazil: National Survey of Health, 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl. 2):e210020.
41. Conceição HN, Coelho SF, Madeiro AP. Prevalence and factors associated with intimate partner violence during pregnancy in Caxias, state of Maranhão, Brazil, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(2):e2020848.

42. Reynolds SA. Do health sector measures of violence against women at different levels of severity correlate? Evidence from Brazil. *BMC Womens Health* 2022; 22(1):226.
43. Lima LAA, Monteiro CFS, Nunes B, Silva Júnior FJG, Fernandes MA, Zafar S, Santos MA, Wagstaff C, Diehl A, Pillon SC. Factors associated with violence against women by an intimate partner in Northeast Brazil. *Arch Psychiatr Nurs* 2021; 35(6):669-677.
44. Silva GK, Rocha-Brischiliari SC, Miura AS, Becker M, Santos MF, Martins W. Intimate partner violence in a region of the triple border. *REME* 2021; 25:e-1361.
45. Mrejen M, Rosa L, Rosa D, Hone T. Gender inequalities in violence victimization and depression in Brazil: results from the 2019 national health survey. *Int J Equity Health* 2023; 22(1):100.
46. Leite FMC, Pedroso MRO, Fiorotti KF, Ferrari B, Paulucio MD, Entringer AM, Pampolim G. Sexual violence against women: an analysis of notifications in Espírito Santo, Brazil. *Esc Anna Nery* 2023; 27:e20220288-e.
47. Mayrink G, Araújo S, Kindely L, Marano R, Filho ABM, Assis TV, Jadjisky Jr M, Oliveira NK. Factors associated with violence against women and facial trauma of a representative sample of the Brazilian population: results of a retrospective study. *Craniofacial Trauma Reconstruction* 2021; 14(2):119-125.
48. Teixeira EC, Leite APL, Santos WHM, Chaves JHB, Duarte IAC, Cavalcante JC. Characteristics of cases of sexual violence that occurred in Alagoas between 2007-2016. *Mundo Saude* 2019; 43(4):834-853.
49. Viana VAO, Madeiro AP, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP. Tendência temporal da violência sexual contra mulheres adolescentes no Brasil, 2011-2018. *Cien Saude Colet* 2022; 27(6):2363-2371.
50. Padilha L, Menetrier JV, Dalla Costa L, Perondi AR, Zonta FSN, Teixeira GT. Caracterização dos casos de violência contra a mulher em tempos de pandemia por covid-19 em um município do sudoeste do Paraná. *Arq Cieci Saude UNIPAR* 2022; 26(3):410-427.
51. Sánchez ODR, Tanaka Zambrano E, Dantas-Silva A, Bonás MK, Grieger I, Machado HC, Surita FG. Domestic violence: a cross-sectional study among pregnant and postpartum women. *J Adv Nurs* 2023; 79(4):1525-1539.
52. Fanger VC, Santiago SM, Audi CAF. Factors associated with violence against women in the previous life of imprisoned women. *REME* 2019; 23:e-1249.
53. Moroskoski M, Brito FAM, Queiroz RO, Higarashi IH, Oliveira RR. Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 3):4993-5002.
54. Santarem MD, Marmontel M, Pereira NL, Vieira LB, Savaris RF. Epidemiological Profile of the victims of sexual violence treated at a referral center in Southern Brazil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2020; 42(9):547-554.
55. Formiga K, Zaia V, Vertamatti M, Barbosa CP. Intimate partner violence: a cross-sectional study in women treated in the Brazilian Public Health System. *Einstein (Sao Paulo)* 2021; 19:eAO6584.
56. Santos IBD, Leite FMC, Amorim MHC, Maciel PMA, Gigante DP. Violence against women in life: study among Primary Care users. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1935-1946.
57. Caprara GL, Bernardi JR, Bosa VL, Silva CH, Guldani MZ. Does domestic violence during pregnancy influence the beginning of complementary feeding? *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20(1):447.
58. Steiner ML, Veloso ABVL, Ingold CC, Sonnenfeld MM, Sousa LVA, Giovanelli SA, Strufaldi R, Carneiro M, Silva MH. Characterisation of pregnant women in a maternity hospital in Brazil who ever suffered domestic violence. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2022; 27(2):136-141.
59. Ribeiro MRC, Silva A, Schraiber LB, Murray J, Alves M, Batista RFL, Rodrigues LDS, Bettiol H, Cavalli RC, Barbieri MA. Inversion of traditional gender roles and intimate partner violence against pregnant women. *Cad Saude Publica* 2020; 36(5):e00113919.
60. Frazão MCLO, Viana LRC, Pimenta CJL, Silva CRR, Bezerra TA, Ferreira GRS, Costa TF, Costa KNFM. Violência praticada por parceiros íntimos a mulheres com depressão. *REME* 2020; 24:e134.
61. Veloso C, Monteiro CFS. Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. *Texto Contexto Enferm* 2019; 28:e20170581.
62. Kwaramba T, Ye JJ, Elahi C, Lunyera J, Oliveira AC, Sanches Calvo PR, Andrade L, Vissoci JRN, Staton CA. Lifetime prevalence of intimate partner violence against women in an urban Brazilian city: A cross-sectional survey. *PLoS One* 2019; 14(11):e0224204.
63. Diehl A, Molina de Souza R, Madruga CS, Laranjeira R, Wagstaff C, Pillon SC. Rape, Child Sexual Abuse, and Mental Health in a Brazilian National Sample. *J Interpers Violence*. 2022; 37(1-2):NP944-NP967.
64. Buffarini R, Hammerton G, Coll CVN, Cruz S, Silveira MF, Murray J. Maternal adverse childhood experiences (ACEs) and their associations with intimate partner violence and child maltreatment: Results from a Brazilian birth cohort. *Prev Med* 2022; 155:106928.
65. Bernardino IM, Nóbrega LM, Souza LT, Figueiredo TRM, Massoni A, d'Ávila S. Spatial-temporal distribution of maxillofacial injuries resulting from intimate partner violence against women. *Dent Traumatol* 2024; 40(Suppl 2):82-90.
66. Leite FMC, Oliveira AG, Barbosa B, Ambrosim MZ, Vasconcellos NAV, Maciel PMA, Amorim MHC, Furieri LB, Lopes-Júnior LC. Intimate Partner Violence against Mastectomized Women: Victims' Experiences. *Curr Oncol* 2022; 29(11):8556-8564.
67. Lima LS, Carmo TOA, Brito Neto CS, Pena JLC. Síntomas depresivos en gestantes y violencia de pareja: un estudio transversal. *Enferm Glob* 2020; 19(60):1-15.
68. Vaz JS, Souza M, Valério ID, Silva MT, Freitas-Vilela AA, Bierhals IO, Hasselmann MH, Kac G. Physical intimate partner violence and dietary patterns in pregnancy: a Brazilian cohort. *Cien Saude Colet* 2022; 27(4):1317-1326.

69. Ribeiro MRC, Batista RFL, Schraiber LB, Pinheiro FS, Santos AM, Simões VMF, Confortin SC, Aristizabal LYG, Yokokura AVCP, Silva AAMD. Recurrent Violence, Violence with Complications, and Intimate Partner Violence Against Pregnant Women and Breastfeeding Duration. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021; 30(7):979-989.
70. Coll CVN, Barros AJD, Stein A, Devries K, Buffarini R, Murray L, Arteche A, Munhoz TN, Silveira MF, Murray J. Intimate partner violence victimisation and its association with maternal parenting (the 2015 Pelotas [Brazil] Birth Cohort): a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* 2023; 11(9):e1393-e1401.
71. Sussmann L, Faisal-Cury A, Pearson R. Depression as a mediator between intimate partner violence and postpartum sexual issues: a structural analysis. *Rev Bras Epidemiol* 2020; 23:e200048.
72. Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression Violent Behav* 2010; 15(1):14-35.
73. Coelho EBS, Bolsoni CC, Conceição TB, Verdi MIM, Delpino PP. *Políticas públicas no enfrentamento da violência*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.

Artigo apresentado em 01/10/2024

Aprovado em 18/12/2024

Versão final apresentada em 20/12/2024

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