

Boletim Epidemiológico

NÚMERO ESPECIAL
Março de 2023

Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Ministério da Saúde

Número Especial | Março de 2023

Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde



1969 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

Boletim Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Ministério da Saúde

ISSN 9352-7864

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis

SRTVN, Quadra 701, lote D, Edifício PO 7 00, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

E-mail: daent@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/svs

Edição científica:

Maria del Carmen Bisi Molina – Daent/SVSA/MS

Marli Souza Rocha – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Organização:

Augusto César Cardoso dos Santos – Daent/SVSA/MS

Ellen de Cassia Dutra Pozzetti Gouvea – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Giovanny Vinícius Araújo de França – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Talita Cristina Costa – Daent/SVSA/MS

Elaboração:

Augusto Cesar Cardoso dos Santos – Daent/SVSA/MS

Camila Rodrigues Azevedo – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Cintia Honório Vasconcelos – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Daila Nina Freire – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Denise Lopes Porto – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Érika Carvalho de Aquino – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Larissa Otaviano Mesquita – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Leandra Lofego Rodrigues – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Leonardo de Souza Lourenço Carvalho – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Leticia Mendes Ricardo – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Luiza Eunice Sá da Silva – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Giovanny Vinícius Araújo de França – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Mariana Gonçalves de Freitas – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Marli de Mesquita Silva Montenegro – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Marli Souza Rocha – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Mayara Alves Luis – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Patrícia de Sousa Alves – Daent/SVSA/MS

Rafael Bello Corassa – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Ranielle de Paula Silva – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Talita Cristina Costa – Daent/SVSA/MS

Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo – CGIAE/Daent/SVSA/MS

Vera Lúcia Tierling – CGDANT/Daent/SVSA/MS

Vívia Belizário da Silva – Daent/SVSA/MS

Colaboração:

Alícia Krüger – GAB/SVSA/MS

Marcos Vinícius da Silva Cordeiro – GAB/SVSA/MS

Marcos Vinícius Soares Pedrosa – DGCI/Saps/MS

Juliana Vieira Wahl Pereira – DGCI/Saps/MS

Mariane Sanches Leonel de Sousa – DGCI/Saps/MS

Mônica lassana dos Reis – DGCI/Saps/MS

Produção:

Núcleo de Comunicação (Nucom/SVSA/MS)

Edgard Rebouças – Nucom/SVSA/MS

Fred Lobo, Sabrina Lopes – Editorial Nucom/SVSA/MS

Samantha Resende – Revisão Nucom/SVSA/MS

Sumário

Apresentação	4
A mulher na sociedade: perfil sociodemográfico e questões ligadas à maternidade	5
<hr/>	
Evolução de indicadores da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua entre 2012 e 2021	6
Pré-natal, parto e desfechos nos nascidos vivos entre 2014 e 2021 no Brasil: desigualdades segundo a raça/cor materna	9
Maternidade na adolescência no Brasil: avanços entre 2010 e 2021	14
Morbimortalidade da mulher brasileira: a importância das doenças crônicas não transmissíveis	19
<hr/>	
Mortes de mulheres brasileiras por causas evitáveis: o que mudou de 2012 a 2021?	20
Desigualdade racial na mortalidade prematura de mulheres por doenças crônicas não transmissíveis	24
Desigualdades na mortalidade prematura feminina por câncer de mama e colo do útero	29
Desigualdades de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres	33
A violência contra a mulher nas bases de dados do Sistema Único de Saúde	43
<hr/>	
Desigualdades nas prevalências de violência contra mulheres no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019	44
Casos notificados de violências interpessoais nos ciclos de vida das mulheres no Brasil	50
Notificação de violências contra mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis no Brasil, 2015 a 2021	56
Mortalidade por agressão em meninas e mulheres, segundo meio utilizado e raça/cor da pele no Brasil, 2010 a 2021	61
Considerações finais	68

Apresentação

O Dia Internacional da Mulher, comemorado em 8 de março, é uma data oficializada pela Organização das Nações Unidas (ONU) na década de 1970, e simboliza a luta histórica por igualdade entre os gêneros. As celebrações do 8 de março representam as lutas das mulheres por direitos econômicos, sociais, trabalhistas e políticos. Assim sendo, o direito ao acesso integral à saúde e o fim da violência baseada em gênero são pautas transversais que buscam alcançar a igualdade em suas intersecções.

Em alusão ao momento comemorativo, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Daent/SVSA), elaborou o presente boletim, com a contribuição do Departamento de Gestão do Cuidado Integral da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e do Gabinete da SVSA, com o intuito de disseminar informações qualificadas para fortalecer a rede de cuidados, subsidiar ações para redução dos óbitos por causas evitáveis e promover a equidade no acesso aos serviços e às tecnologias disponíveis no SUS. Destacando as questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e aos aspectos ligados à maternidade, morbimortalidade e aos seus fatores de risco nos ciclos de vida das meninas e mulheres.

Entre as fontes de dados utilizadas para as análises estão: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido para a obtenção regular de dados sobre a mortalidade no Brasil; o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) que tem o objetivo de coletar dados sobre os nascidos vivos ocorridos em todo o território nacional; o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) que é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória. Além dos sistemas de informação destacados acima e gerenciados pelo Daent, também foram utilizados inquéritos e pesquisas de saúde, entre as quais a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde; a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), um inquérito de saúde de base domiciliar, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, além do inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (Viva Inquérito).

Foram realizadas análises com recortes temporais distintos, ajustados à disponibilidade de cada indicador ou base de dados, as quais podem contribuir para subsidiar gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão a fim de garantir qualidade à assistência prestada oportunamente.

O compromisso de todos e todas, formuladores de políticas, gestores, profissionais de saúde e da sociedade, é compreender como os determinantes e condicionantes afetam a saúde, particularmente a de meninas e mulheres brasileiras, para juntos mudar esse cenário no Brasil.

A mulher na sociedade: perfil sociodemográfico e questões ligadas à maternidade

Evolução de indicadores da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua entre 2012 e 2021

Pré-natal, parto e desfechos nos nascidos vivos entre 2014 e 2021: desigualdades segundo a raça/cor materna

Maternidade na adolescência no Brasil: avanços entre 2010 e 2021

Evolução de indicadores da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios Contínua entre 2012 e 2021

Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/Daent/SVSA): **Denise Lopes Porto, Giovanny Vinícius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Marli Souza Rocha.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

No Brasil, nascem sistematicamente mais homens que mulheres. Dados do Sinasc mostram que, em 2012, nasceram quase 67 mil meninos a mais que meninas, similar ao observado em 2021.¹ No entanto, diferenças importantes são observadas quanto à esperança de vida ao nascer, ou seja, o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente. Em 2012, estimava-se que uma menina viveria um pouco mais de sete anos a mais que um menino. Essa diferença se manteve ao redor de 7 anos em 2021, porém com diferenças regionais importantes. Na Região Nordeste, essa diferença chega a ser maior, onde espera-se que as meninas vivam cerca de 8 anos a mais que os meninos. No Sudeste a diferença é menor, chegando a 5,92 anos. É importante considerar que as estimativas de esperança de vida ao nascer foram produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018 e, portanto, não consideram o impacto da pandemia de covid-19 sobre esse indicador.²

Os dados apresentados a seguir representam um recorte dos principais resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) no período de 2012 a 2021, conduzida pelo IBGE.³ A pirâmide etária brasileira vem sofrendo alterações nos últimos anos (Figura 1). Tanto para homens quanto para mulheres, vem sendo observada uma diminuição nos nascimentos ao longo dos anos, levando a uma redução na população na faixa etária abaixo de 20 anos. De forma oposta, há um aumento na população a partir dos 35 anos, sendo bem marcado esse comportamento entre os anos de 2012 e 2021. Como esperado, o número de óbitos acentua-se a partir dos 60 anos, especialmente entre os homens.

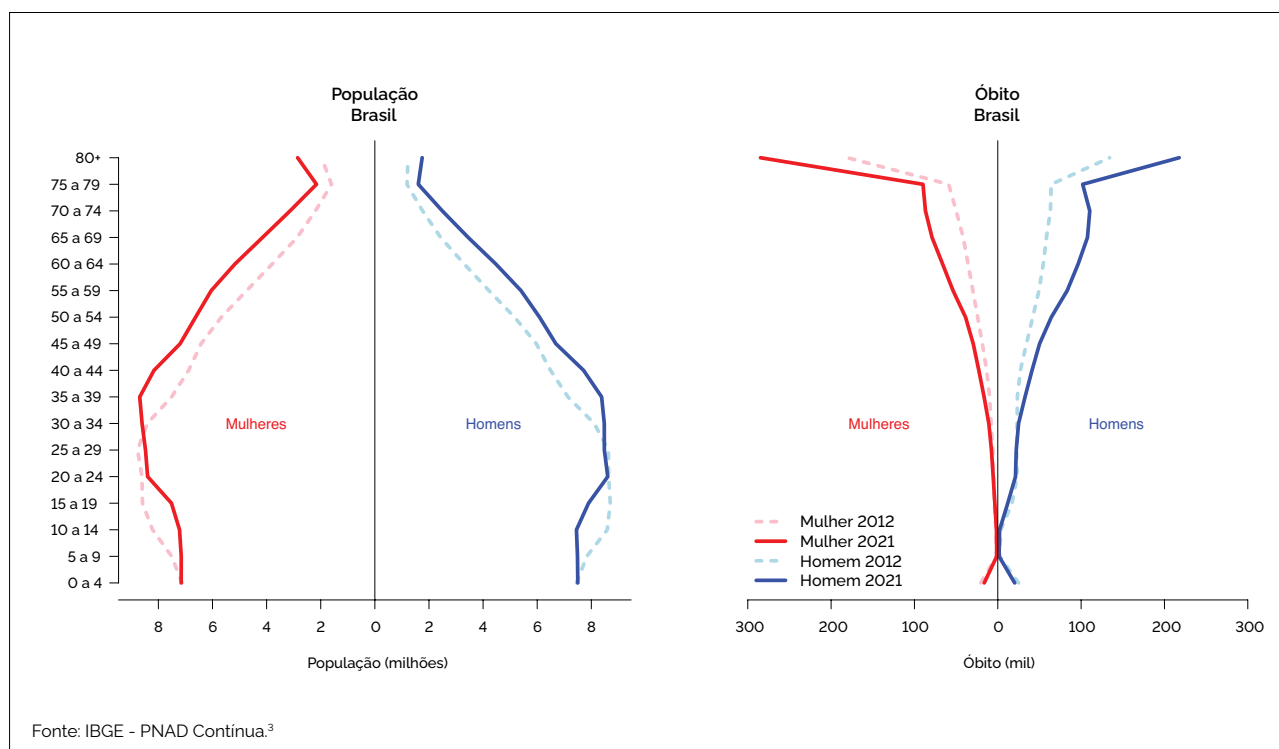


FIGURA 1 Pirâmide etária e distribuição dos óbitos por faixa etária no Brasil, 2012 e 2021

O percentual de mulheres de 14 anos de idade ou mais ocupadas e com rendimento se manteve em torno de 41% nos anos de 2012 e 2021. Esse percentual é maior nas Regiões Sudeste e Sul, sendo substancialmente menor na Região Norte em ambos os anos. Quanto ao rendimento médio mensal real das mulheres no Brasil, observa-se um ligeiro aumento entre 2012 e 2021, passando de R\$ 2.016 para R\$ 2.158. Esse aumento foi maior na Região Sudeste, enquanto que na Região Norte, houve uma diminuição na renda mensal. Ressalta-se que a renda entre as mulheres é menor que a dos homens nos dois anos analisados. Em 2021, essa diferença foi de R\$ 540.

A ocupação e a renda das mulheres influenciam diretamente nas condições de vida de suas famílias. O percentual de domicílios sob responsabilidade de mulheres cresceu de forma importante na última década, passando de 36% em 2012 para 48% em 2021. Neste último ano, esse percentual manteve-se superior a 45% em todas as Regiões do País, chegando a 50% no Nordeste e a 48% nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste (Figura 2). Entre os domicílios sob responsabilidade de mulheres, a maioria (65,4%) é classificada como unidade doméstica nuclear,

composta por um casal com filho/enteado ou uma pessoa (homem ou mulher) com filho/enteado. Além disso, um de cada cinco domicílios chefiados por mulheres (20,1%) classifica-se como uma unidade "estendida", constituída somente pela mulher e com pelo menos um parente.

Além do trabalho fora de casa, a mulher ainda é a principal responsável pelos afazeres domésticos no domicílio. Dados de 2019 indicam que 92,3% das mulheres com 14 anos ou mais afirmaram realizar afazeres domésticos, enquanto que esse percentual foi de 78,9% entre os homens. Esse indicador apresenta importantes diferenças regionais, por exemplo, na Região Centro-Oeste, 94,0% das mulheres e 83,9% dos homens mencionaram realizar afazeres domésticos no domicílio. Na Região Nordeste, a diferença é ainda maior entre os sexos, com um percentual de 69,6% entre os homens e 90,4% entre as mulheres. Observa-se, ainda, uma diferença em relação à faixa etária. O percentual de mulheres que referiram realizar afazeres domésticos foi maior nas faixas etárias de 25 a 49 anos (95,7%) e de 50 anos ou mais (90,7%).

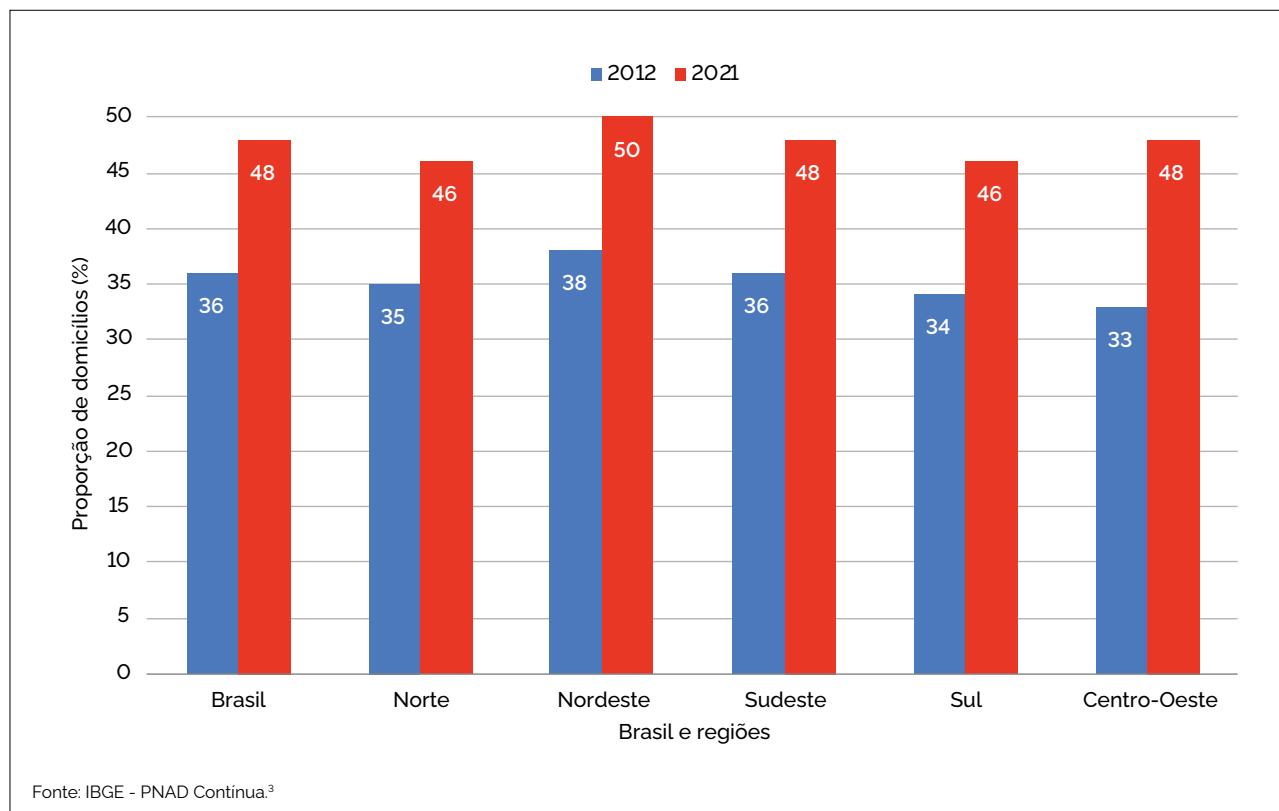


FIGURA 2 Distribuição do percentual de domicílios sob responsabilidade de mulheres no Brasil, 2012 e 2021

Recomendações

O processo de envelhecimento da população, aliado à maior expectativa de vida entre as mulheres, reforça a necessidade de implementação de políticas públicas que favoreçam o envelhecimento saudável e promovam a qualidade de vida nas diferentes fases da vida. Para isso, é necessária a adoção de hábitos saudáveis ao longo de toda a vida, de modo a evitar doenças e problemas de saúde que possam resultar em incapacidade ou mesmo em mortalidade precoce.

Outro aspecto que chama atenção é o aumento no percentual de domicílios sob responsabilidade de mulheres, que além de trabalharem fora de casa ainda são as responsáveis, em sua maioria, pelos afazeres domésticos. O cenário exige especial atenção do poder público, no sentido de implementar ações e políticas sociais de apoio a essas mulheres e famílias, que envolvem desde os programas de transferência de renda até a oferta e garantia de acesso a creches e escolas para os filhos dessas mães trabalhadoras e horário de funcionamento especial para trabalhadoras.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Tabnet: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em: 8 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/4133dm4>.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em: 8 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/2lFBloN>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual – PNADC/A. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. [acesso em: 8 fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3S5IMB1>.

Pré-natal, parto e desfechos nos nascidos vivos entre 2014 e 2021 no Brasil: desigualdades segundo a raça/cor materna

Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/Daent/SVSA): **Denise Lopes Porto, Giovanni Vinicius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Marli Souza Rocha.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ao considerarmos o conjunto de cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção de doenças. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, a atenção pré-natal pode salvar vidas. Sabe-se que o acesso ao pré-natal interfere direta e indiretamente no parto e nas condições do nascido vivo, uma vez que a interação entre as gestantes e os profissionais de saúde é fundamental para potencializar o pré-natal e assim criar famílias e comunidades prósperas.

Neste contexto, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabeleceu-se como meta assegurar, até 2030, o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.¹ No Brasil, considerando as marcadas desigualdades observadas, especialmente as socioeconômicas, essa meta ainda representa um importante desafio. O quesito raça/cor é utilizado no País para demarcar situações de vulnerabilidade de grupos populacionais quanto ao acesso e utilização de serviços de saúde. Na perspectiva da saúde da mulher, as evidências mostram o papel da raça/cor na produção de iniquidades em saúde, subsidiando a proposição de políticas destinadas à redução das desigualdades em saúde.

O Sinasc contém dados sobre gestação, parto e características do nascido vivo. A cobertura desse sistema de informação tem aumentado ao longo dos anos, passando de 92,9% em 2000 para 98,2% em 2020, último ano em que essa informação se encontra disponível.² Os resultados

apresentados a seguir abordam os diferenciais por raça/cor materna no que se refere ao pré-natal inadequado, parto cesáreo e desfechos no nascido vivo, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade. Tais condições foram selecionadas por apresentarem estreita relação com a morbimortalidade materno-infantil. Os dados de 2021, apresentados neste boletim, são preliminares e, portanto, passíveis de alterações.

De 2014 a 2021, o total de nascidos vivos no Brasil foi de 22.974.531, com média anual de 2.871.816. Nesse período, observou-se uma mudança no padrão de nascimentos, com uma redução de 10,3% no número de nascidos vivos, que passou de 2.979.259 em 2014 para 2.672.046 em 2021. Nos anos de 2015 e 2016, o aumento inesperado da prevalência de microcefalia entre os nascidos vivos no País contribuiu para esse fenômeno.³

Quanto à realização do pré-natal, houve redução de 30% da quantidade de mulheres cujo pré-natal foi classificado como inadequado, passando de 632.832 em 2014 para 444.825 em 2021. O conceito de pré-natal inadequado incluiu as mulheres (i) que não fizeram o pré-natal, (ii) que iniciaram o pré-natal após o terceiro mês de gestação, ou (iii) que fizeram menos de três consultas durante o pré-natal iniciado até o terceiro mês de gestação. Essa classificação se pauta nas boas práticas relacionadas ao pré-natal como: início no primeiro trimestre da gestação e um mínimo de seis consultas.⁴ Entre as mulheres com pré-natal inadequado, observa-se maior proporção daquelas que se autodeclararam pardas, correspondendo a cerca de 60% do total nos anos de 2014 e 2021. Juntas, as mulheres de raça/cor parda e preta totalizaram 70% dos casos de pré-natal inadequado, o que equivale a três vezes o percentual observado nas brancas.

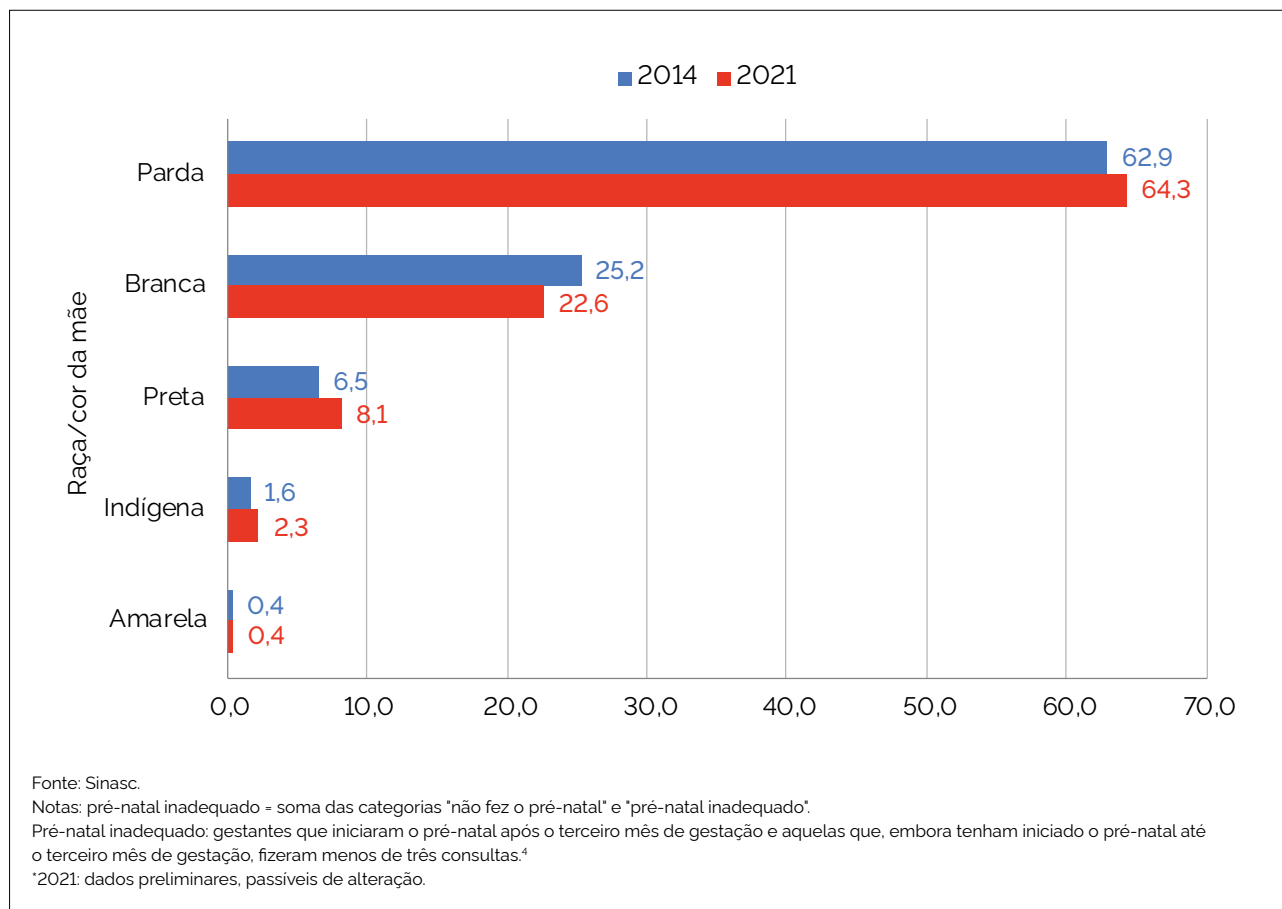


FIGURA 3 Distribuição percentual do pré-natal inadequado segundo cor/raça materna, Brasil, 2014 e 2021*

Além disso, observou-se aumento na ocorrência de pré-natal inadequado entre as mulheres pardas e pretas, enquanto houve redução entre as brancas (Figura 3).

Em relação ao tipo de parto, predominaram as cesarianas no Brasil, correspondendo a 56,2% do total de partos entre 2014 e 2021, com pouca variação entre os anos. A distribuição por raça/cor mostra o predomínio de cesarianas nas mulheres pardas (Figura 4). Entre 2014 e 2021, as

cesarianas aumentaram 6,4% entre as mulheres pardas e reduziram 15,1% nas brancas. Além disso destaca-se um incremento de 28,0% na realização de cesarianas entre mulheres pretas, passando de 9.426 em 2014 para 12.050 em 2021. A distribuição de cesarianas por raça/cor aponta para a desigualdade dessa intervenção. Porém é importante considerar que, para além do aspecto quantitativo, deve-se avaliar também se a indicação da cesariana foi adequada de acordo com os critérios de risco epidemiológico.⁵

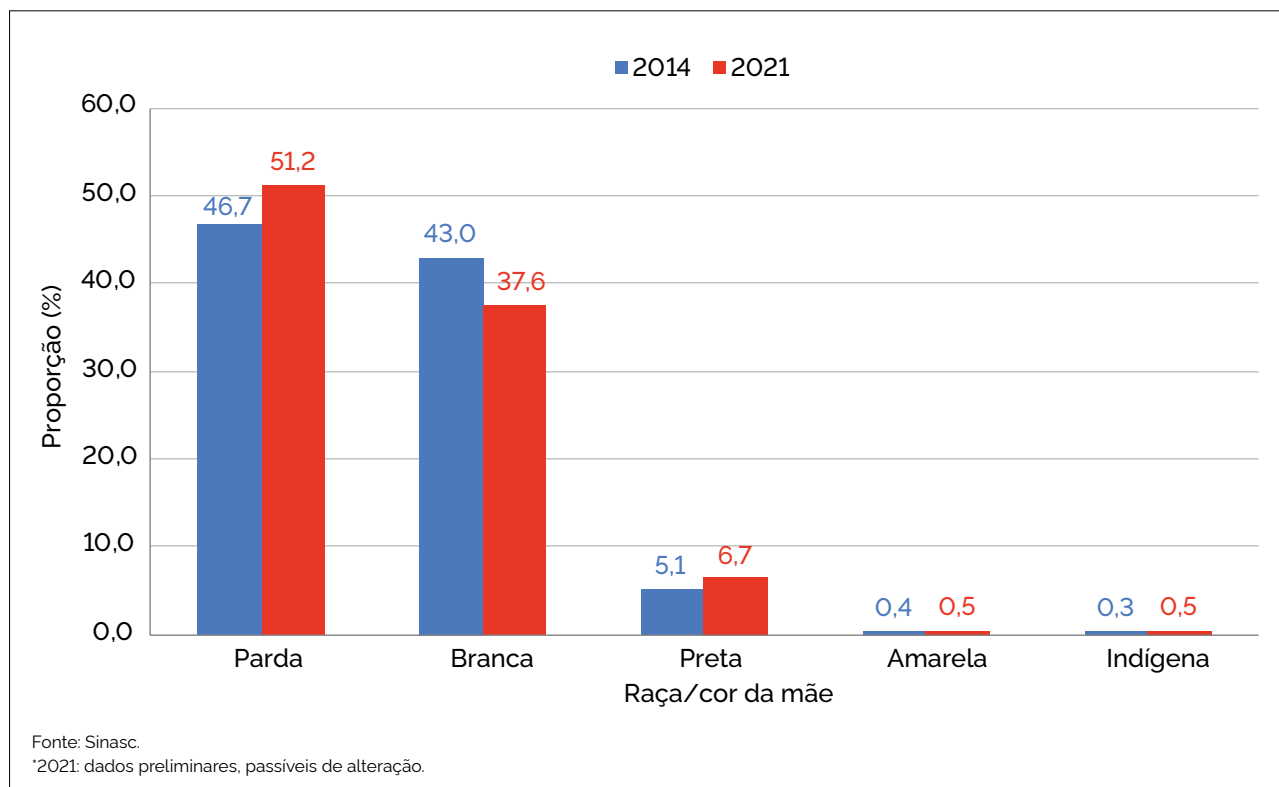


FIGURA 4 Distribuição percentual de cesarianas segundo raça/cor materna, Brasil, 2014 e 2021*

No Brasil, entre 2014 e 2021, observou-se predomínio do baixo peso ao nascer e da prematuridade nos filhos de mães pardas. Os percentuais de ambas as condições foram semelhantes entre si para a mesma categoria de raça/cor materna e ano avaliado. Cerca de 60,0% dos nascidos vivos com baixo peso, nos anos de 2014 e 2021, eram filhos de mães pardas ou pretas (Figura 5). As mães brancas apresentaram o segundo maior percentual de filhos de baixo peso ao nascer, apresentando

redução de 16% entre 2014 (n = 90.820) e 2021 (n = 76.706). Vale destacar o aumento de 26% na quantidade de filhos com baixo peso ao nascer de mães pretas, que passaram de 14.797 em 2014 para 18.593 em 2021. Quanto à prematuridade, houve 15% de aumento de casos nos filhos de mães pretas entre 2014 (n = 18.348) e 2021 (n = 21.133), enquanto, entre filhos de mães brancas, observou-se redução de 117.690 para 98.050 no mesmo período, correspondendo a 17%.

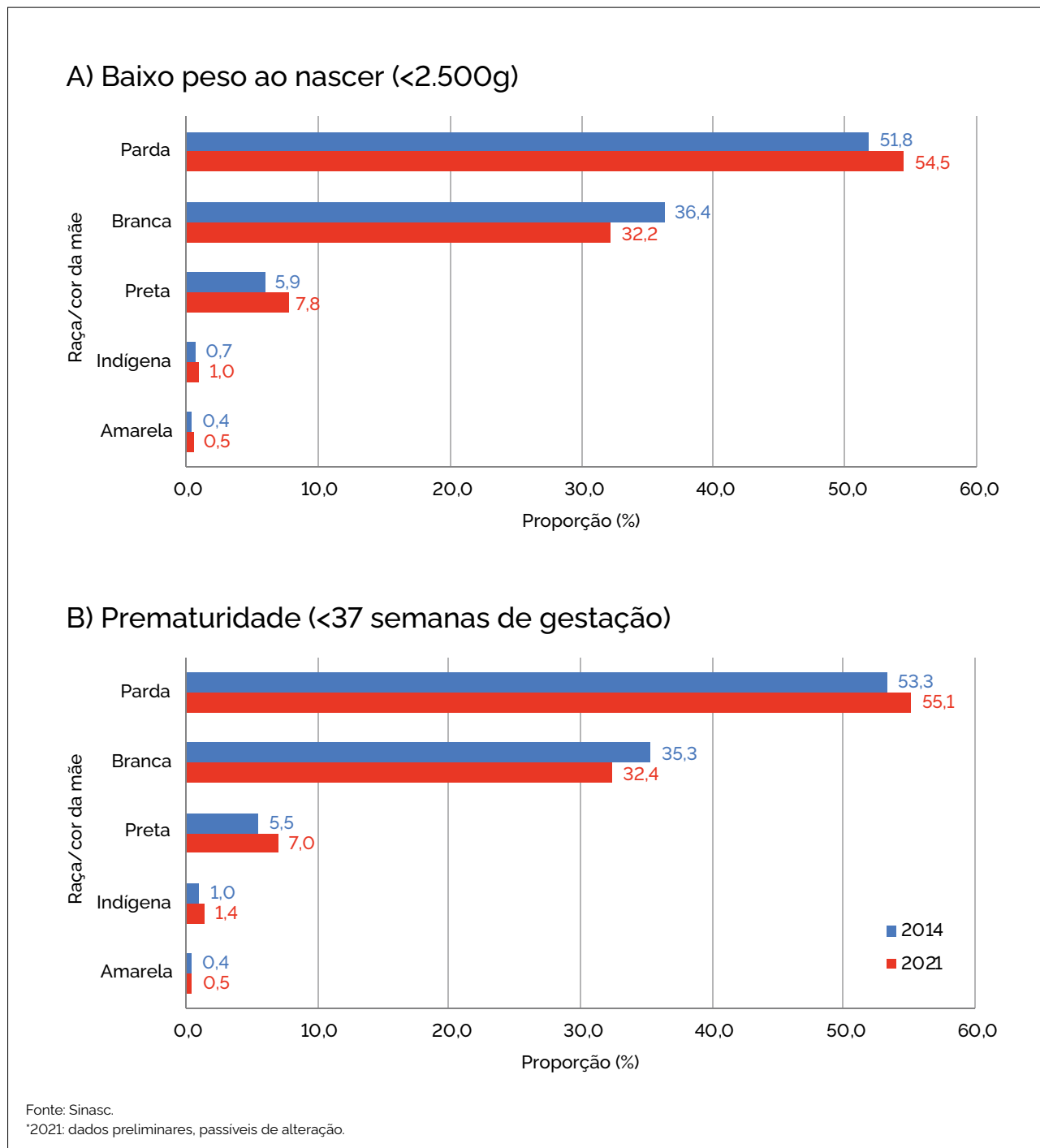


FIGURA 5 Distribuição percentual do baixo peso ao nascer (A) e da prematuridade (B) segundo a cor/raça materna, Brasil, 2014 e 2021

Recomendações

Os resultados apresentados evidenciam a vulnerabilidade das mulheres pardas e pretas quanto ao risco de terem um pré-natal inadequado, parto cesáreo, filhos prematuros e com baixo peso ao nascer. As ações e serviços de saúde para redução dessa desigualdade vão ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶ e das metas dos ODS¹, não se restringindo ao setor saúde. Isso requer a articulação com outras políticas públicas a fim de assegurar a atuação intersetorial de diferentes áreas que possam contribuir para a saúde e qualidade de vida da mulher, incluindo a saúde materno-infantil.

Referências

1. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Transformando Nosso Mundo: a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nações Unidas, 2015 [acesso em: 10 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3HXiGvm>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de cobertura que utilizam a metodologia "busca ativa". Brasília, DF: MS, 2021 [acesso em: 9 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3djZ1b2>.
3. Marinho F, Araújo VEM, Porto DL et al. 2016. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 25(4):701-712, out-dez 2016 [acesso em: 9 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3K1tafQ>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Como nascem os brasileiros: uma análise da adequação da assistência pré-natal e das indicações de cesárea por critérios de risco epidemiológico a partir do Sinasc. In: _____. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. p.22-38 [acesso em: 6 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3RNMEXf>.
5. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb;15(1):179-94. doi: 10.1053/beog.2000.0156. PMID: 11359322.
6. Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [acesso em: 10 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3xg3kNG>.

Maternidade na adolescência no Brasil: avanços entre 2010 e 2021

Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/Daent/SVSA): **Denise Lopes Porto, Giovanny Vinicius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Marli Souza Rocha.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo e multifacetado. Tende a ser maior entre as meninas com menor escolaridade ou de baixo nível econômico, expondo a mãe e o bebê a graves consequências sociais, econômicas e sanitárias. Sabe-se que mães adolescentes, ou seja, as meninas que engravidam na faixa etária de 10 a 19 anos, apresentam os maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas do que mulheres de 20 a 24 anos.¹ Em 2021, segundo os dados preliminares do SIM, ocorreram no Brasil 2.946 óbitos maternos, dos quais 7,7% eram de mães adolescentes.²

Já os bebês de mães adolescentes têm maior risco de nascerem com baixo peso e prematuros, ou mesmo de apresentarem condições neonatais graves. Tem-se, ainda, os riscos sociais, como o abandono do recém-nascido (RN) em instituições ou abrigos; a rejeição por parte da família ou expulsão da adolescente e do RN do convívio familiar; a falta de suporte familiar, pobreza ou situações de risco, como a migração ou viver em situação de rua; entre outros.³

Em um contexto de profundas desigualdades sociais, raciais/étnicas e de gênero como no Brasil, esse tema exige um olhar transversal, compreendendo que essas crianças e adolescentes são pessoas de direitos, em processo de aprendizado da autonomia, do cuidado, controle de si e da sexualidade.⁴ Como não se trata de um evento homogêneo, os desafios são inúmeros.

Especificamente em relação à faixa etária, as gestações que ocorrem entre meninas de 10 a 14 anos requerem abordagens diferenciadas daquelas entre os 15 e 19 anos. Existem fortes evidências de que parte considerável das relações sexuais entre adolescentes de 10 a 14 anos tendem a não ser consentidas, sendo a relação entre abuso sexual e gravidez nessa faixa etária um fenômeno

de alta magnitude.⁴ Cabe destacar que o Código Penal (CP) brasileiro caracteriza crime de estupro de vulnerável, previsto no artigo 217-A, qualquer ato sexual com pessoa menor de 14 anos. O consentimento da vítima, sua eventual experiência sexual anterior ou a existência de relacionamento amoroso entre o agente e a vítima não eliminam a ocorrência do crime. Isso quer dizer que todas as gestações de meninas com menos de 14 anos se enquadram no crime de estupro de vulnerável, e caso queiram interrompê-las, devem ter o direito ao aborto assegurado, conforme previsto no art. 128, inciso II, CP.

Segundo a OMS, dados sobre as gestações de meninas de 10 a 14 anos não estão amplamente disponíveis mundialmente. Porém, para a faixa etária de 15 a 19 anos, estima-se que, em 2019, ocorreram cerca de 21 milhões de gestações a cada ano em países de baixa e média renda, como o Brasil. Dessas gestações, aproximadamente 50% foram indesejadas e resultaram em cerca de 12 milhões de nascimentos.¹ É importante que os jovens e adolescentes tenham acesso e alternativas para planejar e ter projetos de vida em diferentes áreas, como as profissionais, acadêmicas, artísticas ou esportivas.

No Brasil, não estão disponíveis estimativas oficiais sobre o número de gestações em adolescentes, considerando que podem ocorrer abortos espontâneos ou provocados, bem como a ocorrência de natimortos. É importante considerar que nem todas as gestações resultam em um nascido vivo. Dados preliminares do SIM mostram que, em 2021, ocorreram 29.268 óbitos fetais no Brasil, dos quais 14,3% foram de meninas que engravidaram entre 10 e 19 anos. Para estudar a maternidade na adolescência no Brasil, foram utilizados os registros de nascidos vivos provenientes do Sinasc do MS, que capta mais de 98% dos nascidos vivos de todo o País. Para essa análise, considerou-se a série histórica de 2010 a 2021.

Dados para esse último ano são preliminares e estão sujeitos a alterações.⁵

Entre 2010 e 2021, registrou-se média anual de cerca de 500 mil nascidos vivos de mães adolescentes, totalizando quase 6 milhões e correspondendo a 17,5% de todos os nascidos vivos no período. Observou-se uma importante queda no número de nascidos vivos de mães adolescentes a partir de 2015. A grande maioria

dessas mães estava na faixa etária de 15 a 19 anos, mantendo-se em torno de 95% dos nascidos vivos de todas as mães adolescentes a cada ano. No entanto, é expressivo o número de meninas que se tornaram mães na faixa de 10 a 14 anos, que chegou a um total de quase 300 mil nascidos no período. O número também vem diminuindo ao longo dos anos, mantendo-se em torno de 17 mil nos anos de 2020 e 2021 (Figura 6).

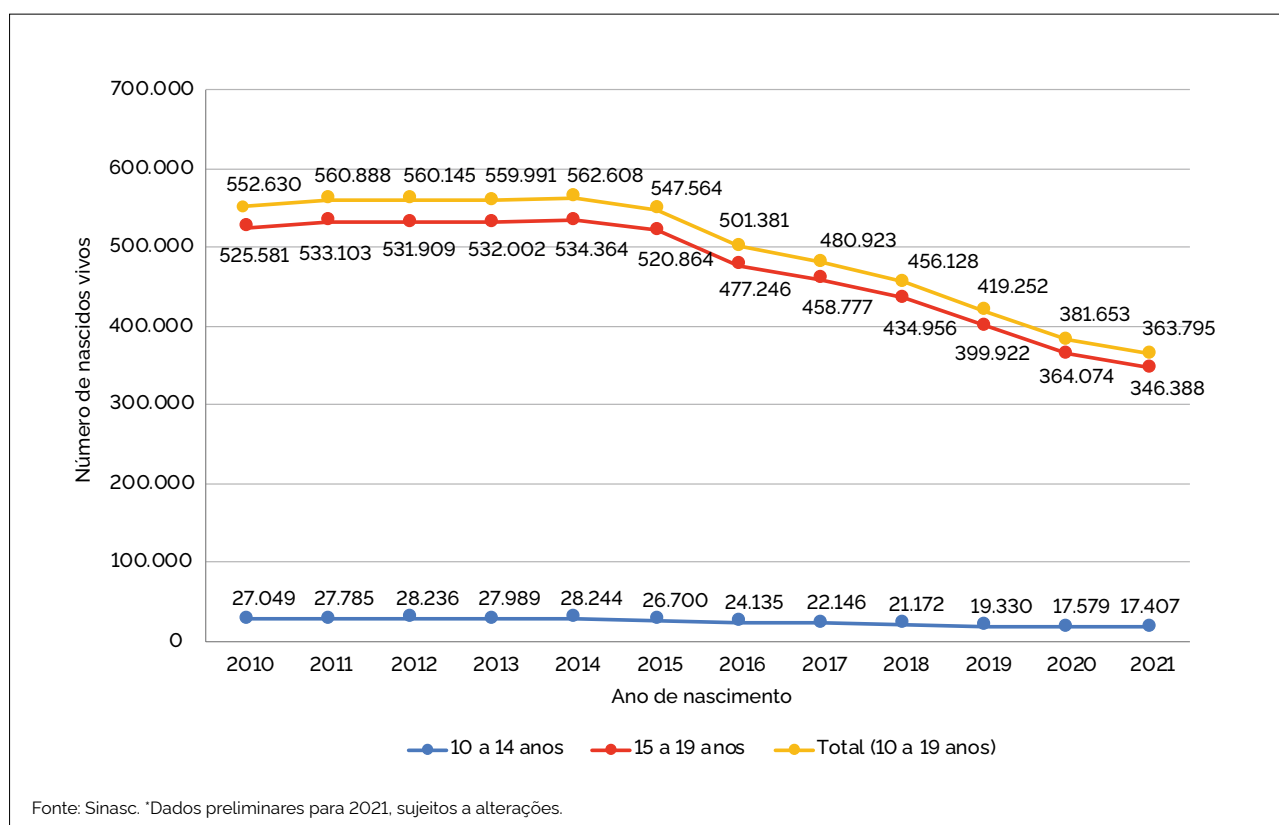


FIGURA 6 Série histórica de nascidos vivos entre mães adolescentes segundo faixa etária. Brasil, 2010 a 2021*

Diferenças importantes foram observadas entre as Regiões do País. Entre meninas de 10 a 14 anos, a Região Nordeste apresentou a maioria dos nascidos vivos, concentrando cerca de 36% a 39% do total no período (Figura 7). Apesar da diminuição no número absoluto de nascidos vivos no período (passando de 10.292 em 2010 para 6.868 em 2021), a Região Nordeste apresentou uma distribuição proporcional consistentemente superior às demais. Em seguida, tem-se o Sudeste, que apresentou variação

proporcional entre 22% e 27%, e o Norte com variação entre 18% e 23% no período. Destaca-se a desaceleração na redução na Região Norte, seguida de uma inversão, com aumento de cerca de 300 nascidos vivos de 2020 para 2021. Além disso, proporcionalmente, a Região Centro-Oeste vem mantendo certa estabilidade nos anos mais recentes da série.

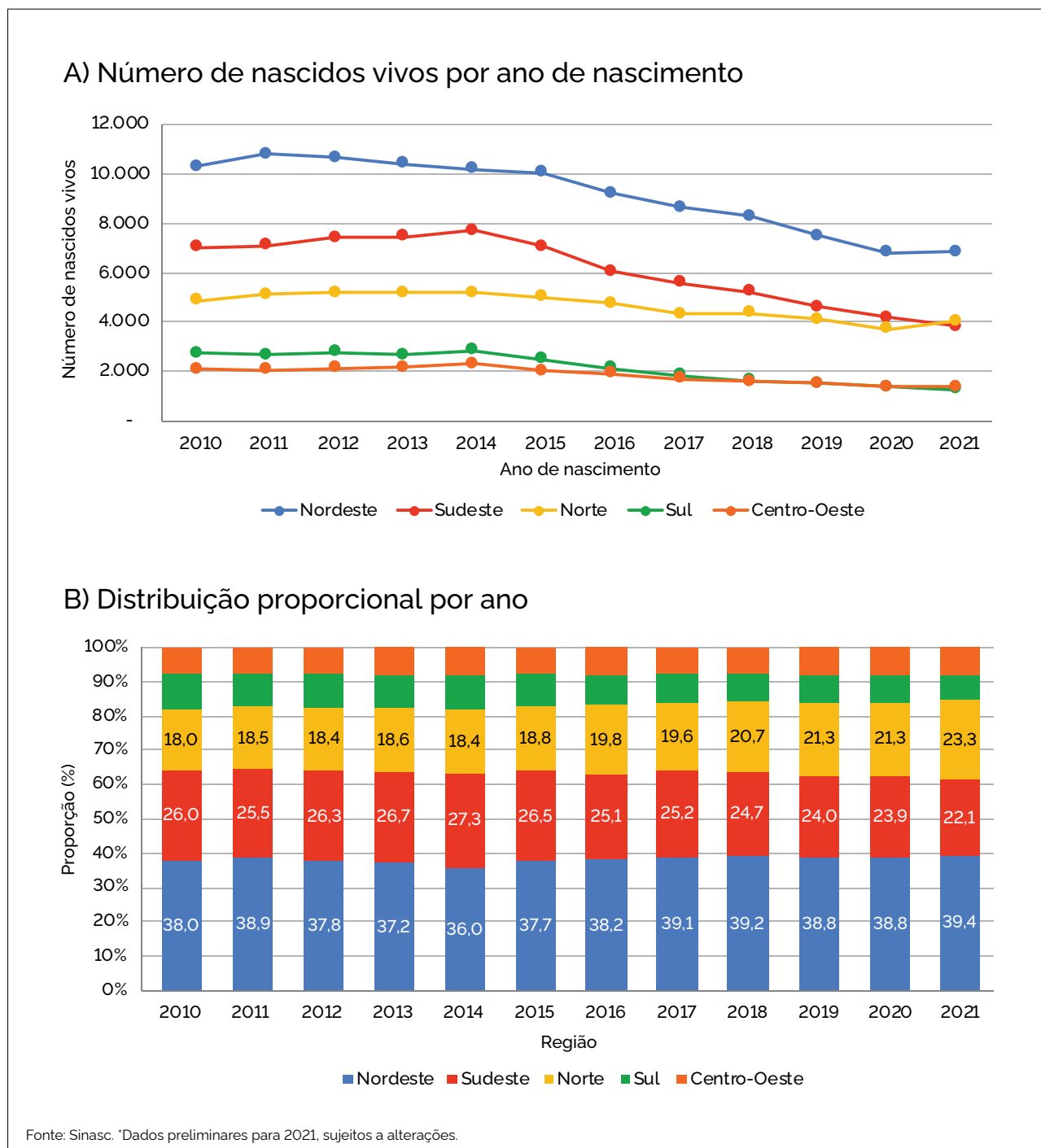
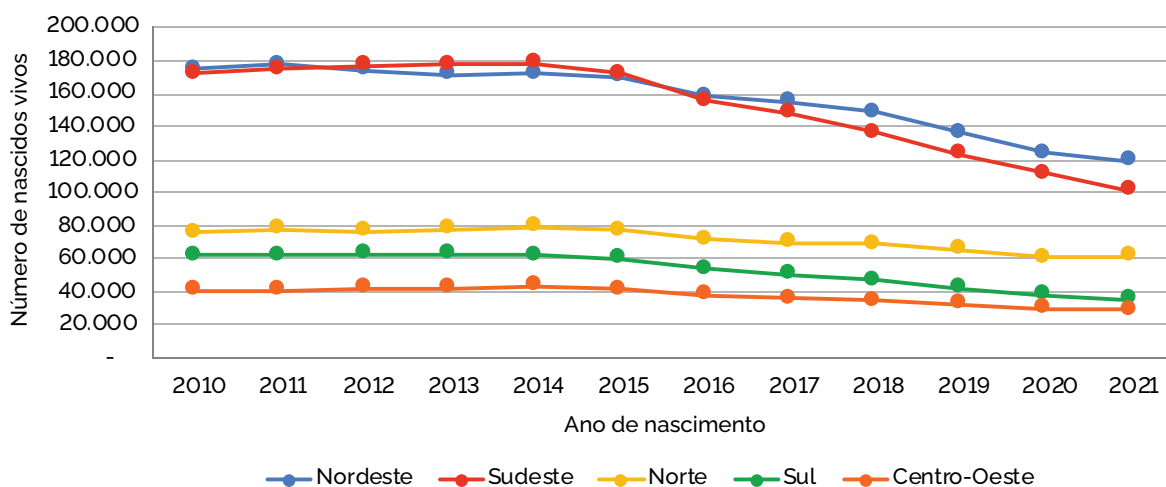


FIGURA 7 Nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 14 anos em (A) números absolutos e (B) proporção segundo região do País. Brasil e regiões, 2010 a 2021*

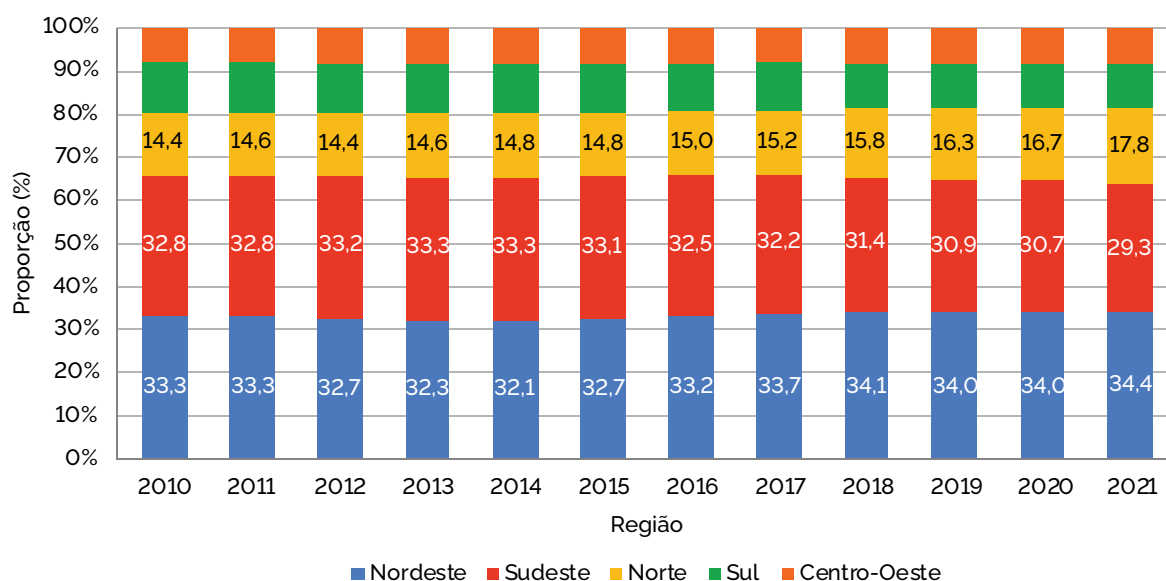
Entre as adolescentes que se tornaram mães na faixa etária de 15 a 19 anos, observa-se certa similaridade na distribuição do número de nascidos vivos entre as Regiões Nordeste e Sudeste entre os anos de 2010 e 2016 (Figura 8). A partir daí, tem-se uma redução mais acelerada na Região Sudeste em relação ao observado no Nordeste. Nesse grupo etário, o Nordeste contribui sistematicamente com 32 a 34% dos nascidos vivos, enquanto que o Sudeste

apresenta uma variação entre 29% e 33%. Evidenciou-se aumento no número de nascidos vivos de 2020 para 2021 na Região Norte (837 nascidos vivos), revertendo um processo de redução que vinha ocorrendo desde 2015. É necessário que os profissionais de saúde se atentem para essas mudanças de padrão, de modo a evitar os retrocessos e os aumentos expressivos na ocorrência da gravidez nessa faixa etária.

A) Número de nascidos vivos por ano de nascimento



B) Distribuição proporcional por ano



Fonte: Sinasc. *Dados preliminares para 2021, sujeitos a alterações.

FIGURA 8 Nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos em (A) números absolutos e (B) proporção segundo Região do País. Brasil e regiões, 2010 a 2021*

Em 2019, por meio da Lei n.º 13.798, foi instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, que é realizada anualmente na semana que inclui o dia 1º de fevereiro. O principal objetivo dessa estratégia é

disseminar informações sobre as medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.⁶

Recomendações


Prevenir a gravidez e a morbimortalidade relacionada à gravidez na adolescência é fundamental para promover a saúde das mulheres, em médio e longo prazos. Existem diversas estratégias que podem ser adotadas para enfrentar o fenômeno da gravidez na adolescência e seus impactos biopsicossociais. Destaca-se algumas delas:

1. **Educação sexual:** é fundamental para prevenir a gravidez na adolescência, seja no âmbito das instituições educativas quanto no sistema de saúde por meio dos profissionais da atenção primária. É importante que os jovens tenham o acesso a informações precisas e abrangentes sobre contracepção, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e de outros temas como a violência de gênero em relações de intimidade.
2. **Acesso a métodos contraceptivos:** disponibilizar os métodos contraceptivos para adolescentes e informação adequada sobre o uso destes, sem julgamento moral de suas práticas.
3. **Suporte social:** oferecer suporte social às jovens gestantes para que, caso a gestação prossiga, possam continuar com sua trajetória educativa.
4. **Participação da família, comunidade e escola** na discussão do tema para que o início da vida sexual seja informado, livre de violências e seja uma etapa constitutiva da vida das pessoas.
5. Em relação a gestações de 10 a 14 anos, **acolhimento** de meninas em situação de violência sexual e garantia do aborto legal por parte dos profissionais.

Além disso, de modo coletivo, tais ações são essenciais para o alcance dos ODS, também conhecidos como Agenda 2030, relacionados à saúde materna e neonatal. Ressalta-se que a principal estratégia de prevenção é a educação sexual integrada e compreensiva, que promova o comportamento sexual responsável, o respeito pelo(a) outro(a) e a proteção contra a gravidez indesejada e inoportuna. É importante considerar, ainda, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV e a sífilis, bem como a defesa contra violências e abusos, especialmente no seio familiar.

Referências

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Geneva: WHO; 2022 [acesso em: 8 Fev. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/2REOUA5>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Tabnet: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022a [acesso em: 8 Fev. 2023] Disponível em: <https://bit.ly/2Kvu8P7>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. 1 a 8/02 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022b [acesso em: 8 Fev. 2023] Disponível em: <https://bit.ly/3XBjs6U>.
4. Cabral CS, Brandão ER. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cadernos de saúde pública, v. 36, n. 8, p. art. e00029420, 2020. Tradução [acesso em: 8 Fev. 2023]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029420>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Tabnet: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinas. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022c [acesso em: 8 Fev. 2023] Disponível em: <https://bit.ly/3YyV72R>.
6. Brasil. Lei n.º 13.798, de 3 de janeiro de 2019. Acrescenta art. 8º-A à Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.



Morbimortalidade da mulher brasileira: a importância das doenças crônicas não transmissíveis

Mortes de mulheres brasileiras por causas evitáveis: o que mudou de 2012 a 2021?

Desigualdade racial na mortalidade prematura de mulheres por doenças crônicas não transmissíveis

Desigualdades na mortalidade prematura feminina por câncer de mama e colo do útero

Desigualdades de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres

Mortes de mulheres brasileiras por causas evitáveis: o que mudou de 2012 a 2021?

Coordenação-Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE/Daent/SVSA): **Denise Lopes Porto, Giovanny Vinicius Araújo de França, Valdelaine Etelvina Miranda de Araújo, Marli Souza Rocha.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

As mortes por causas evitáveis são aquelas que podem ser prevenidas por meio de ações efetivas dos serviços de saúde, utilizando os conhecimentos e as tecnologias disponíveis e acessíveis para a prática da atenção à saúde. Nesse sentido, os gestores e os profissionais devem estar comprometidos com o desenvolvimento de estratégias inovadoras que impulsionem a redução das mortes evitáveis, e também avancem para medidas que assegurem a saúde integral e o bem-estar de meninas e mulheres.

Na análise foram utilizados os dados provenientes do SIM, de 2012 a 2021. A classificação proposta por Malta e colaboradores^{1,2} foi adaptada para inclusão da covid-19 como uma causa de óbito que poderia ser reduzida a partir das ações de imunoprevenção, considerando a pandemia que se iniciou em 2020, bem como a disponibilidade de vacina a partir de janeiro de 2021. Dados referentes a 2021 são preliminares e sujeitos a alterações.³

Em 2012, 72,7% dos óbitos na faixa etária de 5 a 74 anos apresentavam causas evitáveis, sendo maior entre os homens (74,5% vs 69,5%). Em 2021, observou-se um aumento importante do grupo de causas na população geral, chegando a 78,2% de todos os óbitos nessa faixa etária. A mudança ocorreu em virtude do expressivo incremento entre as mulheres, passando de 69,5% para 77,4%, quase se igualando ao percentual observado entre os homens (78,6%). Em outras palavras, a morte de até 330 mil mulheres nessa faixa etária poderia ter sido evitada, a partir das intervenções disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é um número bastante expressivo, que precisa ser melhor compreendido pelas equipes de saúde, para que possam conduzir ações de forma oportuna para evitar que os óbitos ocorram.

Em 2012, a maior parte das mortes evitáveis em mulheres de 5 a 74 anos (74,1%) estava relacionada às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquanto que, em 2021, esse percentual reduziu para 45,5%, porém permanecendo como o grupo mais importante de causas evitáveis (Figura 9). Das 149 mil mortes por causas evitáveis relacionadas às DCNT registradas em 2021, a maioria foi causada por neoplasias (31,1%), seguidas das doenças isquêmicas do coração (15,3%), doenças cerebrovasculares (14,4%) e diabetes mellitus (13,5%). Entre as doenças infecciosas, destacam-se as infecções respiratórias, incluindo a pneumonia, a influenza e a covid-19 (39,1% das causas evitáveis em 2021), bem como a doença pelo vírus da imunodeficiência humana – aids (11,9%).

Observou-se um aumento expressivo das causas reduzíveis por ações de imunoprevenção na faixa etária de 5 a 74 anos, passando de 0,1% em 2012 para 38,8% em 2021, em virtude da pandemia de covid-19. Isoladamente, a covid-19 correspondeu a 99,9% das causas evitáveis por imunoprevenção. Ou seja, até 127 mil mortes de mulheres por covid-19 poderiam ter sido evitadas pela vacinação, considerando a alta eficácia das vacinas, capazes de prevenir a ocorrência de desfechos graves, como o óbito. Outras causas preveníveis por imunização incluem a tuberculose (93 óbitos) e a hepatite B (47 óbitos), porém com números menos expressivos.

Em relação à raça/cor, foi visto maior percentual de óbitos por causas evitáveis em mulheres de 5 a 74 anos que se declararam brancas, mantendo-se estável em torno de 49% nos anos observados; e o número absoluto de óbitos praticamente dobrou, passando de cerca de 85 mil em 2012 para mais de 162 mil em 2021. Observou-se, ainda, uma alta nos óbitos de mulheres negras/pardas, passando de 45,4% em 2012 para 47,5%

em 2021. Em termos absolutos, esse aumento passou de 22.179 para 155.609, representando um incremento de mais de 130 mil óbitos. Comportamento semelhante

foi encontrado entre as mulheres indígenas, dobrando o número de óbitos de 2012 (429 óbitos) para 2021 (888 óbitos) (Figura 10).

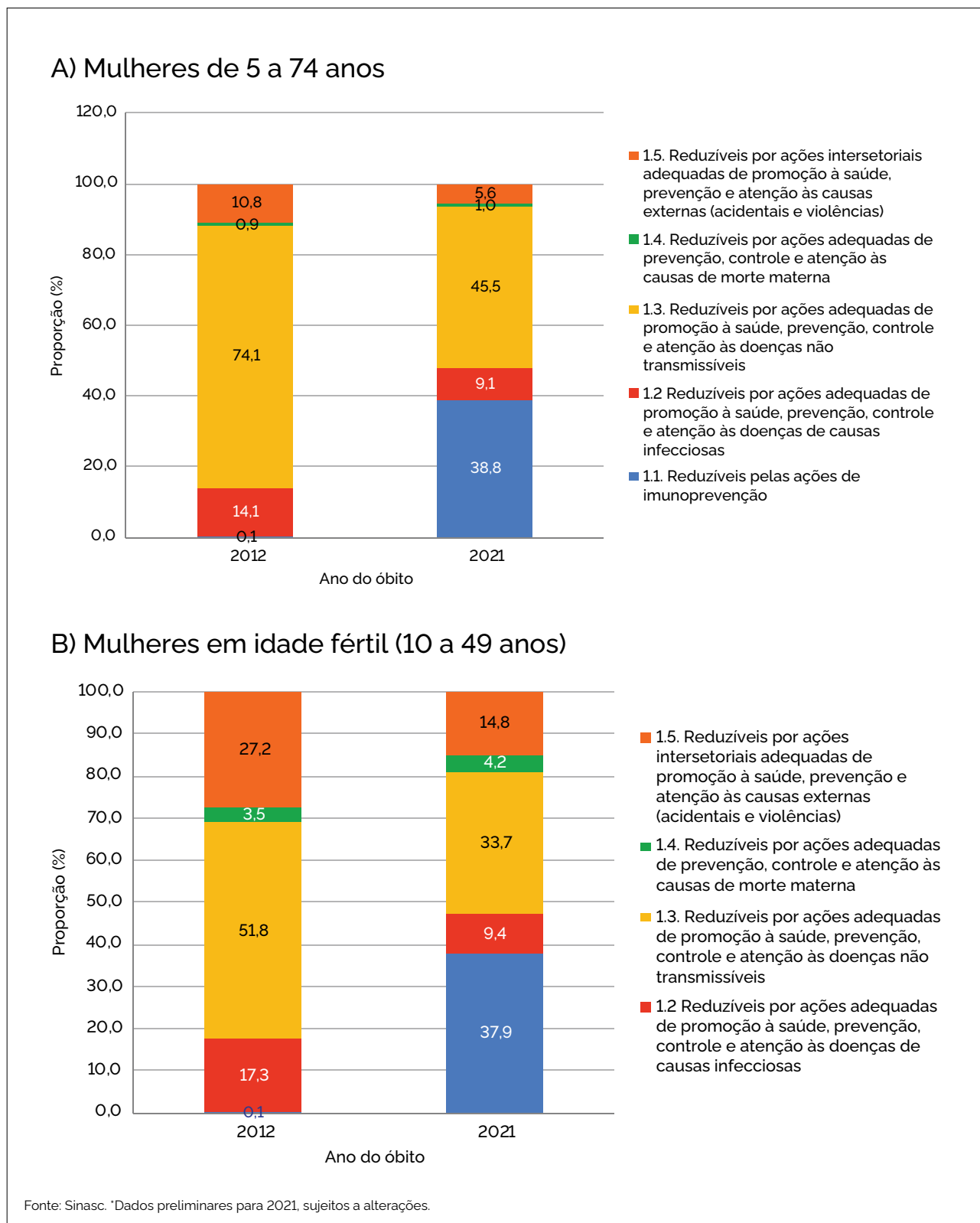


FIGURA 9 Óbitos de mulheres de 5 a 74 anos (A) e de 10 a 49 anos (B) por causas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde, Brasil, 2012 e 2021

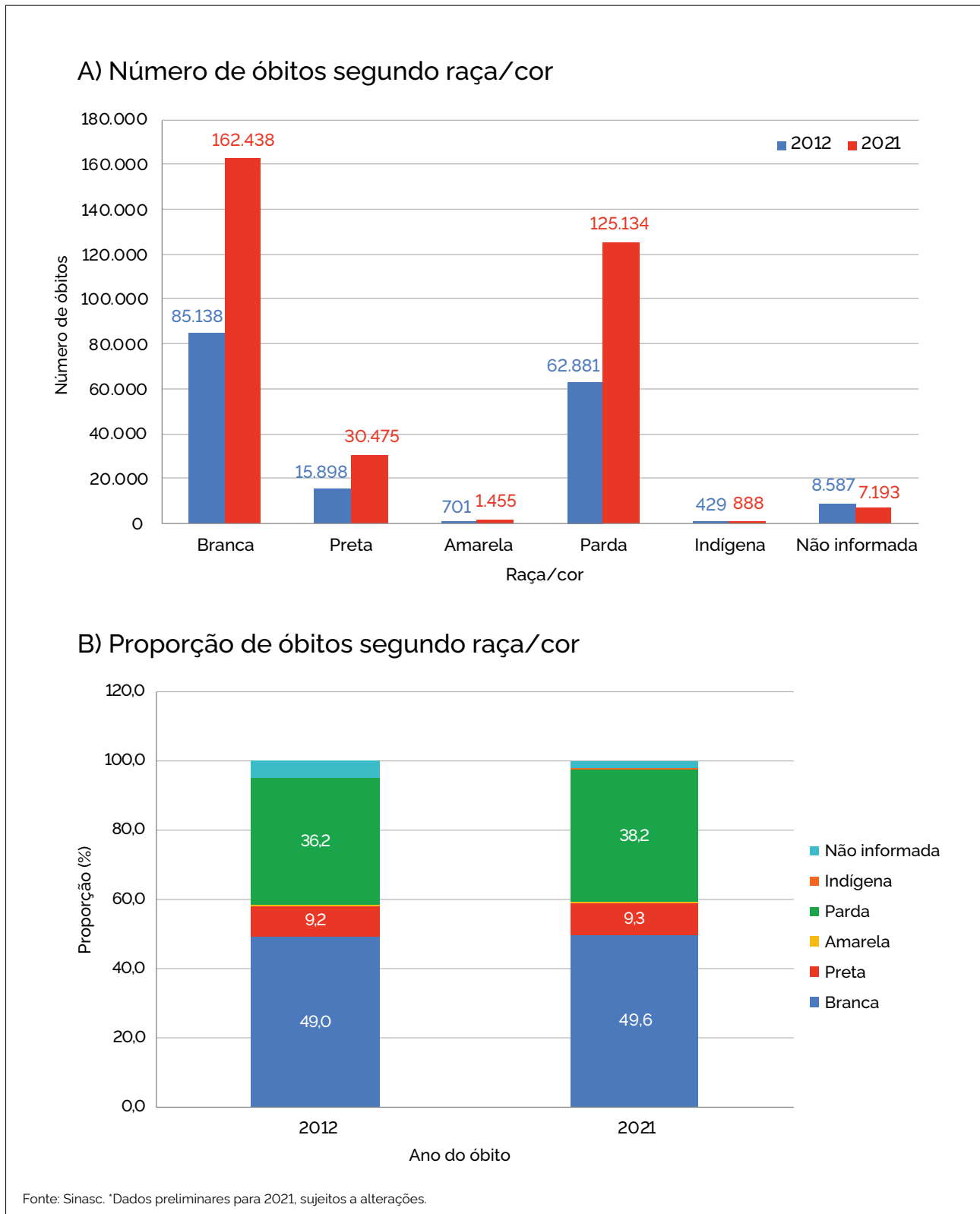


FIGURA 10 Número absoluto (A) e proporção (B) de óbitos de mulheres de 5 a 74 anos por causas evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde e segundo a raça/cor, Brasil, 2012 e 2021

Entre mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária de 10 a 49 anos, observou-se aumento na participação das causas evitáveis nos óbitos, passando de 69,7% para 77,6% no período em estudo. Em 2021, 75.682 mulheres em idade fértil morreram por causas evitáveis, a maioria delas por causas reduzíveis por imunização (37,9%). Esse grupo constituiu a principal causa de morte evitável nessa faixa etária em 2021, seguida pelas causas relacionadas às DCNT (33,7%) e às causas externas, isto é, acidentes e violências (14,8%). A covid-19 foi responsável por 28.597 de óbitos, correspondendo sozinha por 37,8% das mortes evitáveis de mulheres em idade fértil. Destaca-se também o aumento na contribuição das causas de morte materna, reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção à saúde. Essas causas passaram de 3,5% para 4,2% no mesmo período, sendo responsável por 3.215 mortes em 2021.

As análises aqui apresentadas foram realizadas com dados do SIM, que capta mais de 98% de todos os óbitos ocorridos em território nacional.⁴ As comparações são realizadas entre os anos de 2012 e 2021, porém, ressalta-se que os dados deste último ano ainda são preliminares, podendo ainda sofrer alterações.

Recomendações

O objetivo de classificar os óbitos segundo causas evitáveis é para que os resultados possam orientar as ações dos serviços de saúde, no que se refere à prevenção, controle e atenção à saúde da população. Muitas vidas podem ser salvas se os serviços de saúde conseguirem identificar precocemente as doenças e agravos para intervir oportunamente.

A imunização oportuna de mulheres em idade fértil poderia ter reduzido até 127 mil mortes de mulheres com idade de 5 a 74 anos, incluindo quase 30 mil óbitos de mulheres em idade fértil. Esses números são expressivos e impactantes, considerando que todo óbito deveria ser evitado sempre que possível e que nenhum óbito por causa evitável é aceitável. Esse cenário é ainda mais preocupante em se tratando de mulheres em idade fértil e mortes maternas, seja durante a gestação, parto ou no pós-parto.

É urgente a sensibilização e mobilização dos serviços de saúde para reduzir os óbitos por causas evitáveis e promover a equidade no acesso aos serviços e tecnologias disponíveis no SUS. É necessário assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar. Se todas as mulheres

que quiserem evitar uma gravidez tivessem acesso a contraceptivos modernos e o uso dos mesmos fosse adequado, e se todas as gestantes e recém-nascidos recebessem atendimento de acordo com o padrão recomendado internacionalmente, os benefícios seriam notáveis. Investir nestas intervenções produz um retorno triplíce, salvando as vidas de mães e recém-nascidos e prevenindo a ocorrência do óbito fetal.

Referências

1. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2007 Dez [citado 2023 Feb 10]; 16(4): 233-244 [acesso em: 8 Feb. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3xq0Fkn>.
2. Malta DC, Sardinha LMV, Moura L, Lansky S, Leal MCarmo, Szwarcwald CL et al. Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2010 Jun [citado 2023 Feb 10]; 19(2): 173-176 [acesso em: 8 Feb. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3E8luUk>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DataSUS. Tabnet: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em: 8 Feb. 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/2Kvu8P7>.
4. Costa LFL, de Mesquita Silva Montenegro M, Rabello Neto DL, de Oliveira ATR, Trindade JEO, Adair T, Marinho MF. Estimating completeness of national and subnational death reporting in Brazil: application of record linkage methods. *Popul Health Metr*. 2020 Sep 4;18(1):22. doi: 10.1186/s12963-020-00223-2.

Desigualdade racial na mortalidade prematura de mulheres por doenças crônicas não transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT/Daent/SVSA): Érika Carvalho de Aquino, Leonardo de Souza Lourenço Carvalho, Letícia Mendes Ricardo, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): Maria del Carmen Bisi Molina.

As DCNT ocasionam 41 milhões de óbitos a cada ano, o equivalente a 74% de todas as mortes no mundo. Além das altas taxas de mortalidade, as DCNT acarretam perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades, sendo responsáveis pela maior carga de morbimortalidade no mundo. Elas tendem a ter longa duração e são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Os principais tipos de DCNT são as doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes.¹

Estima-se que 86% das mortes prematuras (isto é, aquelas que ocorrem entre pessoas de 30 a 69 anos) por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda.¹ A morbimortalidade por DCNT é maior entre pessoas socialmente vulneráveis ou desfavorecidas do que entre aquelas com posições sociais mais altas. Essa desigualdade se deve à exposição diferencial a produtos nocivos, como tabaco, e a práticas alimentares pouco saudáveis, além da disparidade no acesso aos serviços de saúde.²

No Brasil, como em outras sociedades, os preconceitos étnico e racial ao longo da história culminaram em desigualdades desfavoráveis a pretos, pardos e indígenas. Nesse contexto, condições socioeconômicas desfavoráveis atingem essas populações de forma mais ampla e, conseqüentemente, as expõem a uma maior carga de DCNT.³

Poucos estudos têm explorado os padrões de desigualdade racial na mortalidade de mulheres por DCNT. Desta forma, este boletim objetivou descrever a evolução da taxa de mortalidade de mulheres por esse conjunto de causas, de acordo com a raça/cor da vítima, no período

de 2000 a 2020. Foi apresentada, ainda, a distribuição dos óbitos de mulheres por DCNT de acordo com a faixa etária e raça/cor e a análise dos padrões de desigualdade racial na mortalidade de mulheres por essas causas no ano de 2020.

Para esse estudo, foram calculadas as taxas de mortalidade por DCNT padronizadas por idade. Os dados sobre óbitos foram extraídos do SIM, foram considerados os óbitos classificados com os códigos C00-C97, E10-E14, I00-I99, J30-J98 (exceto J36) (doenças crônicas não transmissíveis) do CID10. Foram consideradas as estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde, com projeção de raça/cor a partir dos percentuais mensurados pelo censo populacional (IBGE, 2010). Foi realizada a padronização por idade utilizando o método direto, considerando como padrão a população do Brasil no Censo de 2010. Foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária ou sexo da vítima estava assinalada como "ignorada". Adicionalmente, foi calculada a distribuição proporcional dos óbitos prematuros de mulheres por DCNT de acordo com a raça/cor e faixa etária da vítima.

Em 2000, no Brasil, foram registrados 96.693 óbitos prematuros de mulheres por DCNT, perfazendo uma taxa de mortalidade prematura padronizada de 295,9 óbitos a cada 100 mil mulheres. No ano de 2020, embora tenha havido aumento no número de óbitos (n = 134.475), a magnitude da taxa de mortalidade reduziu-se para 222,12 óbitos/100 mil mulheres. Na Figura 11, é apresentada a evolução da taxa padronizada de mortalidade prematura de mulheres por DCNT, segundo raça/cor no Brasil, no período de 2000 a 2020. Observa-se que a mortalidade de mulheres de raça/cor branca por essa causa foi a

maior, em comparação com as demais, até o ano de 2005. A partir de 2006, esta foi suplantada pela mortalidade de mulheres de raça/cor preta, que atingiu 419,1 óbitos a cada 100 mil mulheres no ano de 2020. Chama atenção, também, o aumento da mortalidade de mulheres de

raça/cor parda por DCNT, variando de 205,3 a 284,1 óbitos a cada 100 mil mulheres no período de 2000 a 2020. A mortalidade de mulheres indígenas apresentou aumento no período analisado, enquanto entre mulheres de raça/cor amarela houve redução.

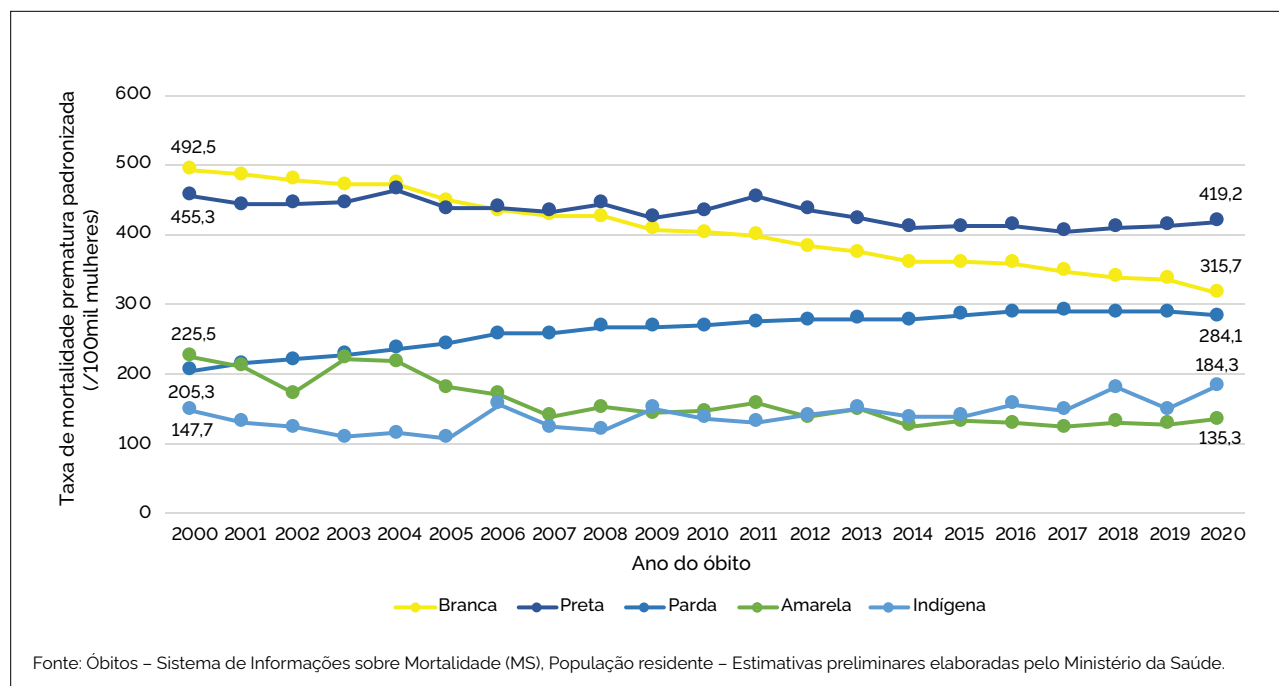


FIGURA 11 Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) de mulheres por doenças crônicas não transmissíveis segundo raça/cor, Brasil (2000-2020)

A Tabela 1 apresenta a distribuição proporcional dos óbitos prematuros de mulheres por DCNT, de acordo com a faixa etária e raça/cor da vítima, no Brasil, no ano de 2020. É possível verificar que a proporção de óbitos na faixa etária mais jovem (30 a 49 anos) é maior entre mulheres indígenas (28,8%) e pardas (22,7%). As maiores proporções de óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos ocorreram entre mulheres pardas (30,6%), pretas e indígenas (29,7%). Já para a faixa etária mais avançada (60 a 69 anos), as maiores proporções foram observadas entre mulheres da raça/cor amarela (58,2%) e branca (53,5%).

As desigualdades observadas na evolução da taxa de mortalidade e na distribuição etária dos óbitos prematuros por DCNT podem estar relacionadas às iniquidades na exposição a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e alimentação não saudável⁴ e no acesso aos serviços de saúde e aderência às recomendações de tratamento e prevenção.² Vale ressaltar que a evolução da qualidade do preenchimento da variável "raça/cor" no SIM também pode ter influência na evolução das taxas.

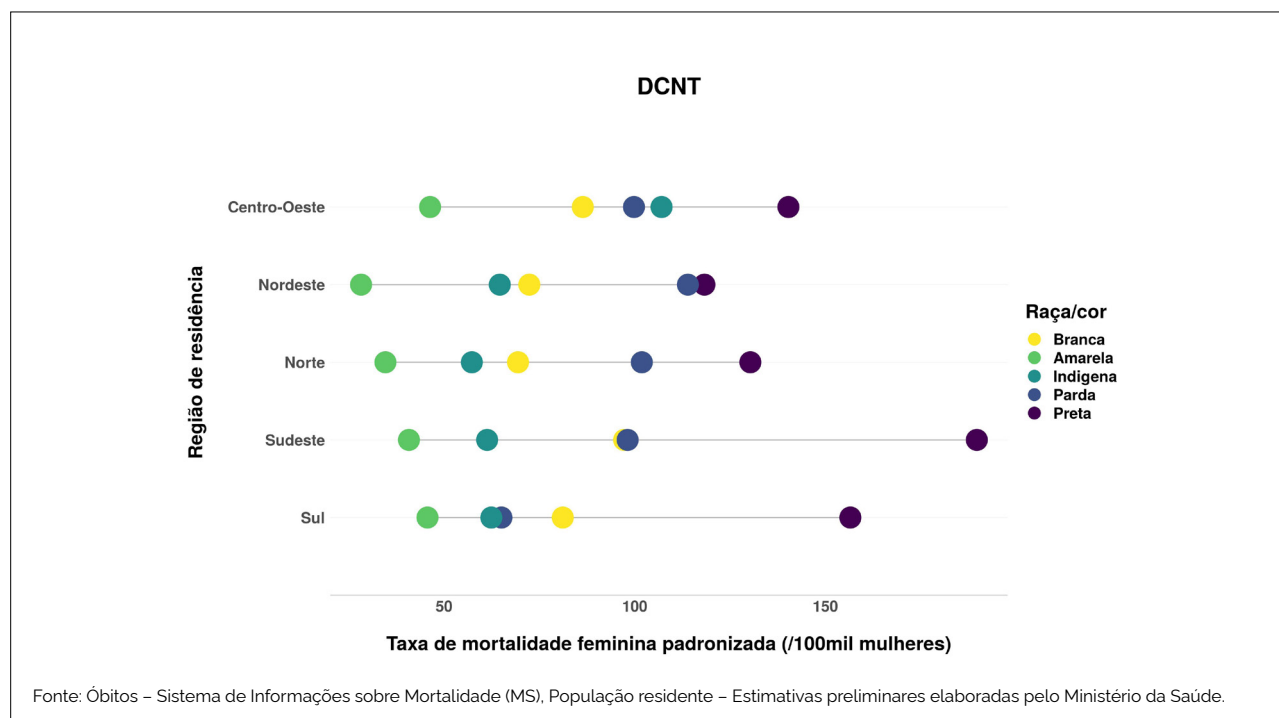
TABELA 1 Distribuição proporcional dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) de mulheres por DCNT de acordo com a raça/cor e faixa etária da vítima, Brasil (2020)

Raça/cor	30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Branca	3.337	5,3	8.047	12,8	17.932	28,5	33.676	53,5	62.992	100,0
Preta	836	6,1	2.155	15,8	4.042	29,7	6.572	48,3	13.605	100,0
Parda	3.556	6,6	8.635	16,1	16.386	30,6	25.035	46,7	53.612	100,0
Amarela	33	5,4	73	12,0	149	24,4	355	58,2	610	100,0
Indígena	42	12,6	54	16,2	99	29,7	138	41,4	333	100,0
Não informado	203	6,1	441	13,3	1.009	30,4	1.670	50,3	3.323	100,0
Total	8.007	6,0	19.405	14,4	39.617	29,5	67.446	50,2	134.475	100,0

Fonte: Óbitos – SIM/CGDANT/SVSA/MS.

A Figura 12 mostra os padrões de desigualdade na mortalidade prematura de mulheres por DCNT nas Regiões brasileiras em 2020. De maneira geral, é visto um padrão de exclusão marginal, onde a mortalidade de mulheres pretas é maior do que aquela observada para todas as demais raças/cores em todas as Regiões brasileiras. Os maiores valores ocorreram nas Regiões Sudeste e Sul (189,7 e 156,6 óbitos a cada 100 mil mulheres, respectivamente). Nessas duas Regiões ocorreram, também, as maiores desigualdades na mortalidade de mulheres pretas em comparação às demais categorias de raça/cor.

A Figura 13 mostra os padrões de desigualdade na mortalidade prematura de mulheres pelos quatro principais grupos de DCNT nas Regiões brasileiras em 2020. A mortalidade de mulheres pretas por câncer foi maior que a observada nas demais categorias de raça/cor nas Regiões Sudeste e Sul; por diabetes, foi maior nas Regiões Nordeste, Norte, Sudeste e Sul; por doenças cardiovasculares, em todas as Regiões, e por doenças respiratórias crônicas, nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Considerando os quatro grupos de causas, as mulheres de raça/cor preta apresentaram as maiores taxas de mortalidade nas Regiões Sudeste e Sul.

**FIGURA 12** Padrões de desigualdade na mortalidade prematura (30 a 69 anos) de mulheres por doenças crônicas não transmissíveis segundo raça/cor e região de residência (Brasil, 2020)

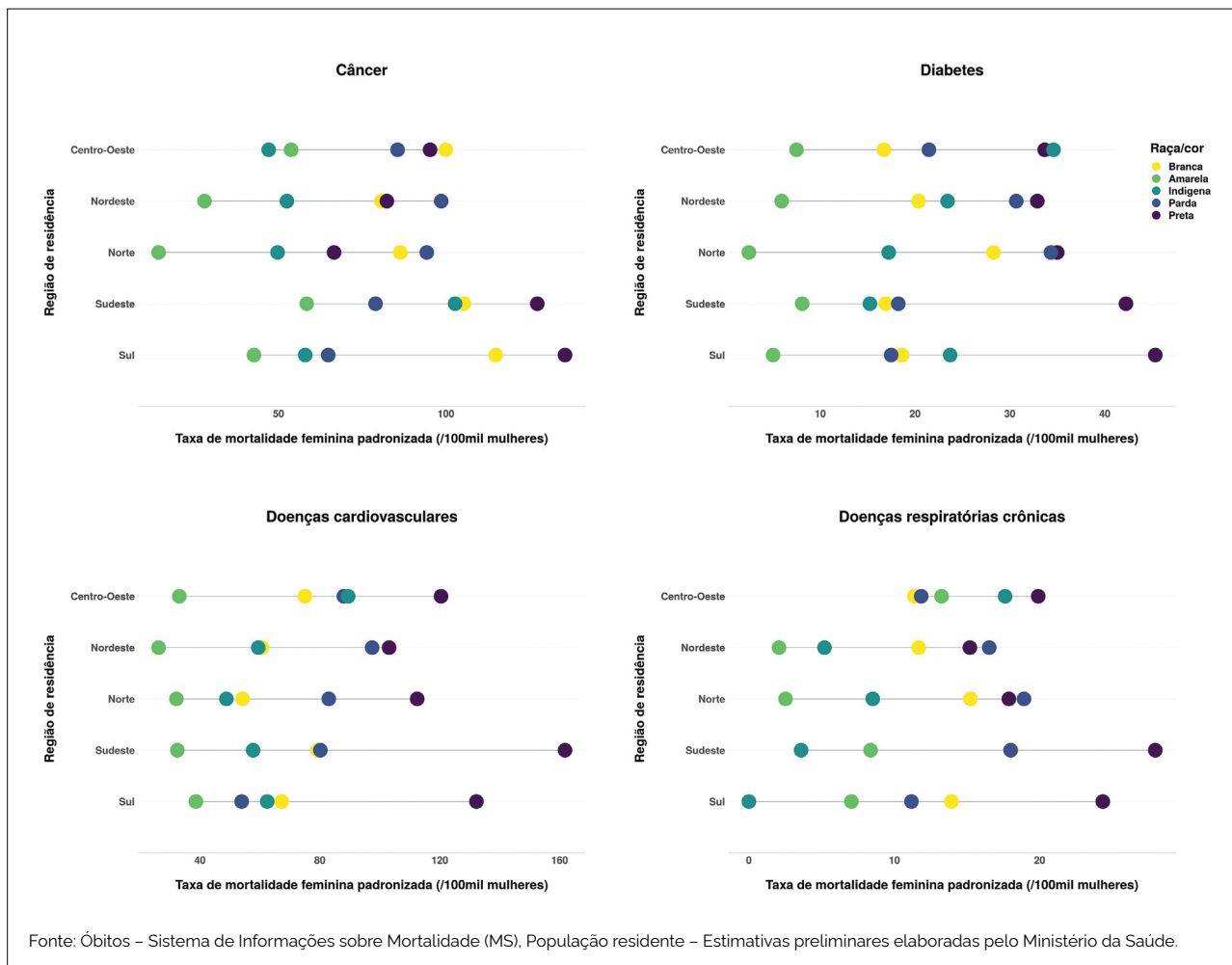


FIGURA 13 Padrões de desigualdade na mortalidade prematura (30 a 69 anos) de mulheres pelos principais grupos de doenças crônicas não transmissíveis segundo raça/cor e região de residência (Brasil, 2020)

Recomendações

Os dados apontam que as desigualdades sociais em saúde estão diretamente relacionadas à determinação das doenças crônicas na população feminina brasileira. Tais evidências devem ser priorizadas no planejamento das ações em saúde nas três esferas de governo, de modo a articular de forma integrada ações de prevenção e de promoção da saúde, fortalecendo a vigilância de Dant e a atenção à saúde.⁵ A ampliação da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde

pode reduzir as desigualdades sociais na prevalência de condições crônicas.⁶ Ademais, o desenvolvimento de políticas públicas que interfiram nos fatores de risco relacionados às DCNT pode resultar em redução do número de mortes e melhoria da qualidade de vida e saúde da população.⁷

Nesse contexto, torna-se fundamental a implementação de ações transversais ampliadas, voltadas para melhorias nas condições de alimentação, lazer, moradia, trabalho e acesso aos serviços de educação e saúde.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Noncommunicable diseases fact sheet updated 16 September 2022 [acesso em: 6 Feb 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/2R96yPA>.
2. Stevens, A.; Schmidt, M.I.; Duncan, B.B. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2627-2634, 2012.
3. Schmidt, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em: 8 de Fev. 2023].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
6. Barros, M.B.A.; Francisco, P.M.S.B.; Zanchetta, L.M.; César, C.L.G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3755-3768, 2011.
7. Malta, D.C.; Bernal, R.T.I.; Lima, M.G.; Silva, A.G.; Szwarcwald, C.L.; Barros, M.B.A. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24: E210011.SUPL.2

Desigualdades na mortalidade prematura feminina por câncer de mama e colo do útero

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT/Daent/SVSA): **Leonardo de Souza Lourenço Carvalho, Érika Carvalho de Aquino, Leticia Mendes Ricardo, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patricia Pereira Vasconcelos de Oliveira.**
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

Os cânceres de mama e colo do útero são as neoplasias que mais matam mulheres no mundo, sendo um grave problema de saúde pública. OMS apontam que 2,3 milhões de mulheres foram diagnosticadas com câncer de mama em 2020, totalizando 7,8 milhões de mulheres vivendo com câncer de mama nos últimos 5 anos. Em 2020, foram registradas 685 mil mortes em todo o mundo em decorrência da doença. Em relação ao câncer de colo do útero, a cada ano, mais de 56 mil mulheres são diagnosticadas e mais de 28 mil perderam a vida na América Latina e no Caribe no ano de 2020.^{1,2}

Foram usados nesta análise os seguintes códigos da CID 10: C50 para câncer de mama e C53 para câncer de colo de útero. Os dados de mortalidade feminina foram extraídos do SIM e foram consideradas as estimativas populacionais do IBGE 2000-2030, disponibilizadas no TABNET. Para a padronização da taxa de mortalidade foi utilizada a população feminina (30 a 69 anos) do censo IBGE 2010.

Durante o período de 2010 a 2021, foram registradas 643.889 mortes prematuras (30 a 69 anos) de mulheres por câncer no Brasil. Desse total, o câncer de mama foi a causa de aproximadamente 20% das mortes e o câncer de colo do útero 8,1%, ocupando o 1º e o 3º lugar, respectivamente, entre o grupo de neoplasias mais frequentes entre as mulheres.

Conforme pode ser visualizado na Figura 14, as taxas de mortalidade tanto de câncer de mama quanto câncer de colo do útero sofreram redução entre 2019 e 2021, sendo que uma das hipóteses levantadas é a elevada mortalidade por covid-19 entre indivíduos do grupo de risco associado à presença de doenças crônicas, inclusive as mulheres com diagnóstico de tais tipos de câncer.³

Entre 2010 e 2021, verifica-se que os percentuais de óbitos prematuros femininos (30 a 69 anos) por câncer de mama e câncer do colo do útero foram maiores entre as mulheres da faixa etária de 50 a 59 anos (Figura 15).

Em relação à categoria raça/cor, houve mais óbitos por câncer de mama entre mulheres brancas, enquanto sobre o câncer de colo do útero, mulheres pardas apresentaram o maior percentual (Figura 16). A Fundação do Câncer realizou uma pesquisa sobre a prevalência de câncer de colo do útero, que constatou uma vulnerabilidade maior entre mulheres pretas e pardas em decorrência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o que resulta em diagnósticos tardios.⁴

A Figura 17 apresenta a mortalidade proporcional por câncer de mama e colo do útero em relação ao total de óbitos por câncer na população feminina, segundo unidade da Federação (UF) do Brasil, no período de 2010 a 2021. No período avaliado, os estados de São Paulo e Rio de Janeiro apresentaram os maiores percentuais de mortalidade proporcional por câncer de mama, enquanto os estados de Goiás, Amazonas, Amapá e Maranhão apresentaram os maiores percentuais de mortalidade proporcional por câncer de colo do útero.

O Ministério da Saúde, por meio do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), pactuou a meta de reduzir a mortalidade por câncer de mama em 10% e o câncer de colo do útero em 20% até 2030. Também possui a meta de aumento da cobertura de mamografias em 70% na rede do SUS e o aumento da cobertura de vacinação contra o vírus HPV.

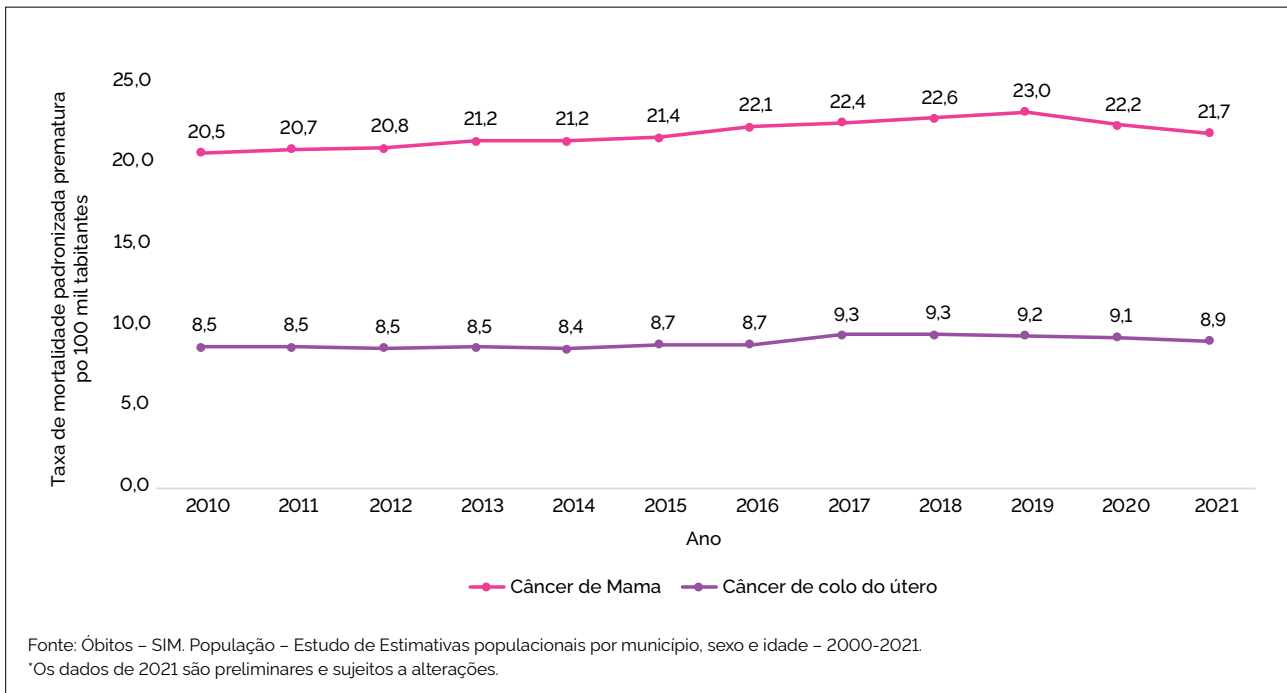


FIGURA 14 Taxa de mortalidade padronizada prematura (30 a 69 anos) de mulheres por câncer de mama e colo do útero no Brasil, 2010-2021*

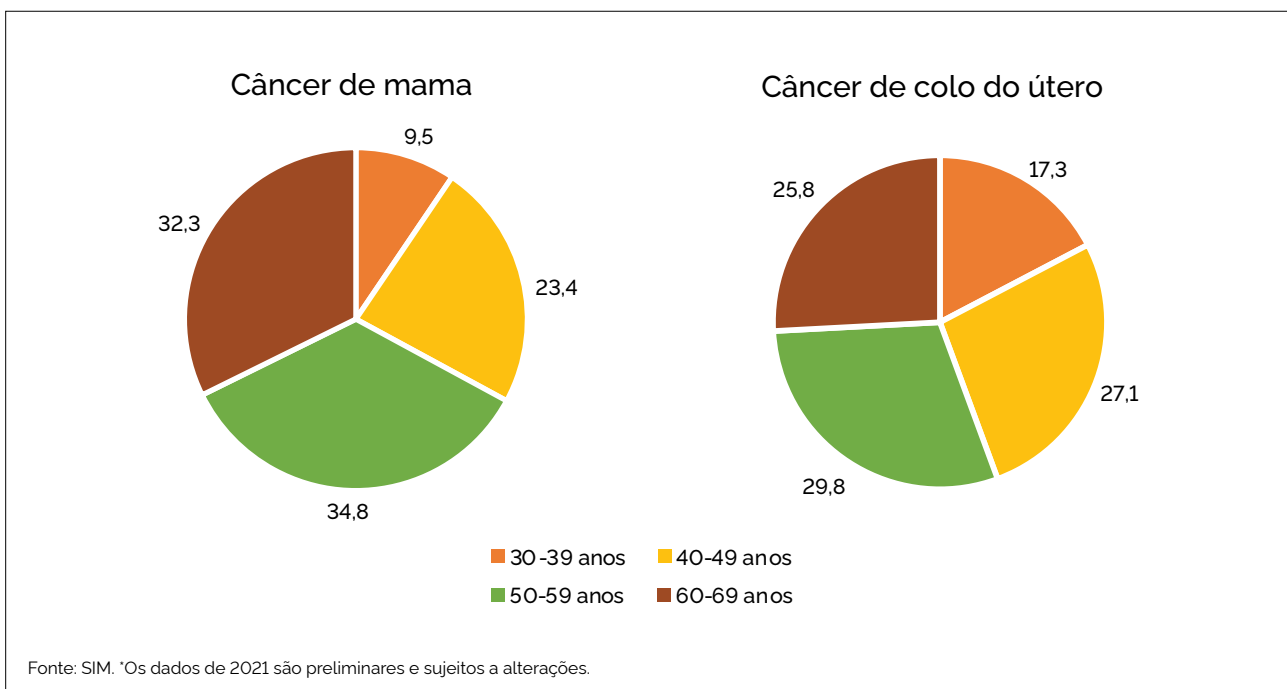


FIGURA 15 Percentual de óbitos prematuros por câncer de mama e colo do útero segundo faixa etária, Brasil 2010-2021*

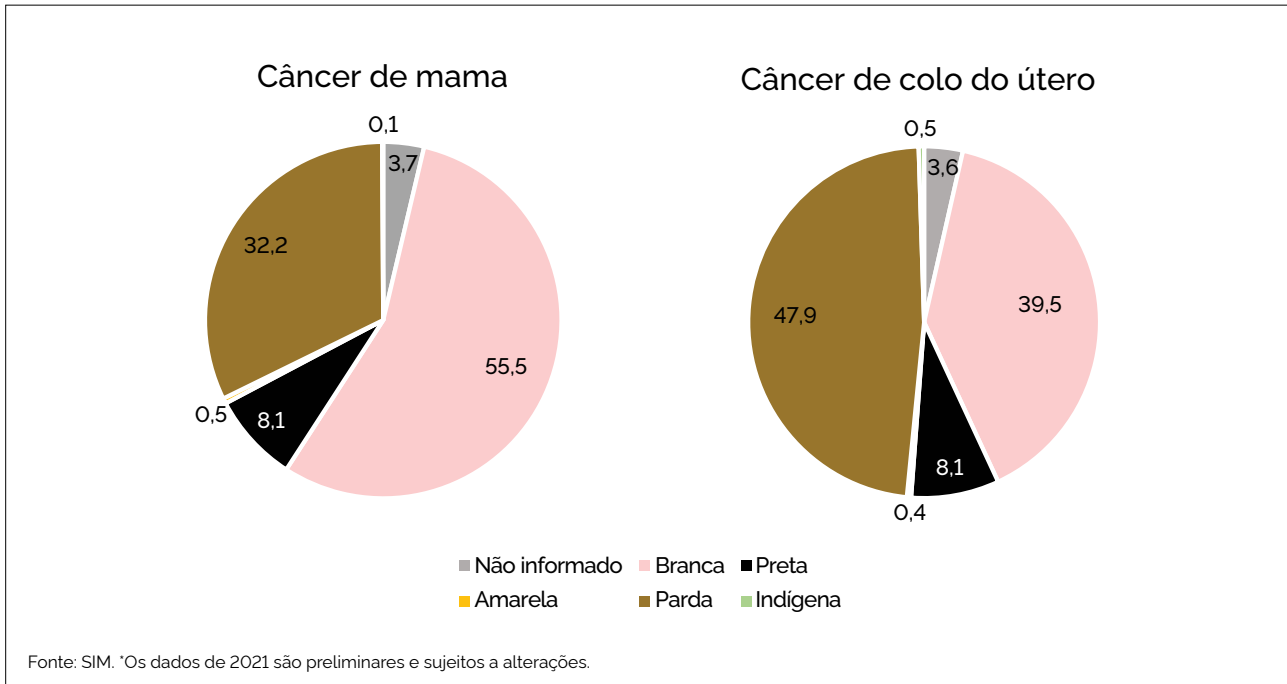


FIGURA 16 Percentual de óbitos prematuros por câncer de mama e colo do útero segundo raça/cor, Brasil 2010-2021*

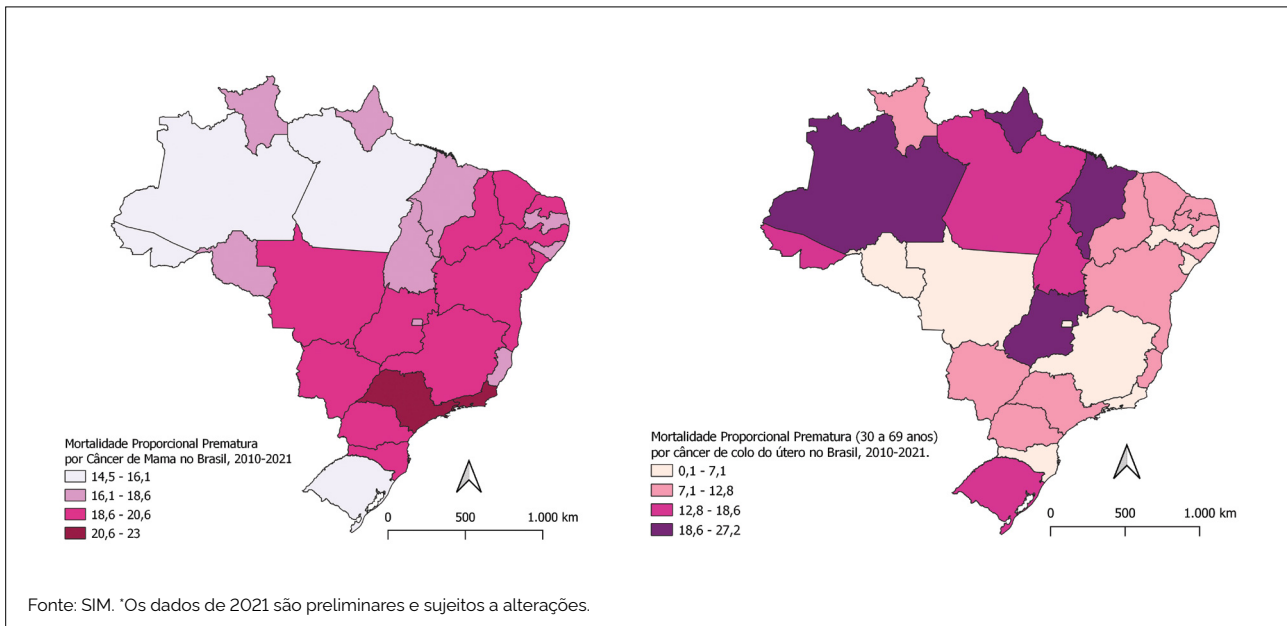


FIGURA 17 Mortalidade Proporcional Prematura por Câncer de Mama e Colo do útero por unidade da Federação do Brasil, 2010-2021*

Recomendações

Os dados indicam que a desigualdade em saúde atrelada à raça/cor e localidade é evidente na determinação de doenças crônicas na população feminina brasileira, principalmente relacionado aos cânceres de mama e colo do útero. A ampliação do acesso, a cobertura e da qualidade dos serviços de saúde devem estar orientadas para reduzir as desigualdades sociais na prevalência das condições crônicas.⁵ O desenvolvimento de políticas públicas que interfiram nos fatores de risco relacionados às DCNT pode resultar na redução do número de óbitos.⁶

As medidas de prevenção e detecção precoce por meio do exame Papanicolau e mamografia devem ser amplamente reforçadas. Outras medidas para o fortalecimento da prevenção devem ser adotadas como: a prática de atividade física, a alimentação saudável, evitar o consumo de álcool e o tabagismo, o controle da obesidade e o reforço da campanha de vacinação contra o vírus HPV.⁷

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Câncer do Colo de Útero. Publicado em 1º de fevereiro de 2019 [acesso em: 9 Fev.2023] Disponível em: <https://bit.ly/3jUW1YM>.
2. Organização das Nações Unidas. Câncer de mama. Publicado em 23 de outubro de 2022 [acesso em 9 Fev 2023] Disponível em: <https://bit.ly/3KcOW09>.
3. Jardim, B.C.; Migowski, A.; Corrêa, F.M.; Azevedo e Silva, G. Covid-19 no Brasil em 2020: impacto nas mortes por câncer e doenças cardiovasculares. Revista de Saúde Pública. 2022;56:22. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004040>.
4. Fundação do Câncer. Info.oncollect – Análise de Tendências em Câncer. Um retrato do câncer de colo do útero no Brasil [acesso em: 9 Fev 2023]. Disponível em: https://www.cancer.org.br/wp-content/uploads/2022/11/info_oncollect_ed-01.pdf.
5. Barros, M.B.A.; Francisco, P.M.S.B.; Zanchetta, L.M.; César, C.L.G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3755-3768, 2011.
6. Malta, D.C.; Bernal, R.T.I.; Lima, M.G.; Silva, A.G.; Szwarcwald, C.L.; Barros, M.B.A. Desigualdades socioeconômicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e suas limitações: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Revista Brasileira Epidemiologia 2021; 24: E210011.SUPL.2.
7. Instituto Nacional de Câncer. Detecção precoce do câncer. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2021.

Desigualdades de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em mulheres

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT/Daent/SVSA): **Camila Rodrigues Azevedo, Larissa Otaviano Mesquita, Leonardo de Souza Lourenço, Luiza Eunice Sá da Silva, Vera Lúcia Tierling, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina, Augusto Cesar Cardoso dos Santos e Patrícia de Sousa Alves.**

Indicadores relacionados a fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido monitorados por inquéritos de saúde de base populacional, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). As informações coletadas por esses inquéritos fornecem um panorama abrangente e fidedigno da saúde da população brasileira.

Entretanto, sabe-se que grupos populacionais específicos podem estar mais expostos a riscos em relação a outros, e vale ressaltar que as desigualdades relacionadas a determinantes individuais (como idade, raça/cor da pele, escolaridade e rendimento) podem revelar diferenças importantes nas estimativas de saúde.

Cabe destacar a elevada prevalência de DCNT na população feminina, que historicamente convive com as consequências das desigualdades. O lugar social ocupado pode influenciar no processo de adoecimento, fazendo-se necessário identificar os determinantes e condicionantes de saúde, além de intervenções apropriadas. Nesse contexto, este boletim apresenta uma análise da tendência dos indicadores de fatores de risco e proteção, além da prevalência desses indicadores em diferentes domínios, no intuito de colaborar com as ações de cuidado direcionadas a esse grupo populacional.

Foram selecionados indicadores de fatores de risco e proteção para as DCNT: o tabagismo, o consumo regular de frutas e hortaliças, a obesidade, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, e a prática suficiente de atividade

física. Tais fatores foram selecionados tendo em vista sua contribuição para a carga das DCNT e à mortalidade precoce. Para o tabagismo, considerou-se o indivíduo que respondeu positivamente à questão: "Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?", independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. O consumo regular de frutas e hortaliças foi considerado quando o indivíduo entrevistado referiu o consumo dos dois grupos de alimentos em pelo menos cinco dias da semana. Foram classificados com obesidade os adultos com IMC \geq 30 kg/m.

Para avaliar o consumo de álcool como abusivo, considerou-se para homens o consumo de cinco ou mais doses e, mulheres, quatro ou mais doses em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Indivíduos que referiram alcançar a prática de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa foram considerados suficientemente ativos.

De forma geral, observa-se grande exposição das mulheres aos fatores de risco analisados, assim como em relação aos fatores de proteção para o desenvolvimento de doenças crônicas. Quando comparadas aos homens, é observado maior percentual de obesidade e, por outro lado, menor percentual na prática de atividade física. A prevalência de tabagismo é menor e o consumo regular de frutas e hortaliças é maior entre as mulheres, porém com importantes diferenças nas desagregações por faixa etária, escolaridade e raça/cor. Quanto ao uso abusivo de álcool, verifica-se menor prevalência, no entanto, houve tendência de aumento apenas entre as mulheres (Figura 18).

Tabagismo e consumo abusivo de álcool

As informações coletadas pelo Vigitel de 2006 a 2021 (Figura 19) mostram a redução na prevalência de fumantes para ambos os sexos, chegando a 6,7% em 2021 entre as mulheres. Essa diminuição representa 0,40 pontos percentuais ao ano (pp/ano).

As mulheres apresentaram menor prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas em todos os anos, segundo dados do Vigitel. No entanto houve tendência de aumento apenas entre as mulheres, variando de 7,8%, em 2006, a 12,7%, em 2021 (um aumento de 0,36 pp/ano) (Figura 20).

A Figura 21 apresenta importantes diferenças nas desagregações dos dados da PNS entre as mulheres. Maior prevalência de fumantes na faixa etária de 40 a 59 anos (12,2%; 11,4-13,0), nas faixas intermediárias de escolaridade, sendo de 14,4% (13,1-15,8) entre 5 a 8 anos de estudo e 12,2% (10,7-13,8) de 9 a 11 anos de estudo. Com relação ao consumo de álcool, maiores prevalências foram encontradas para mulheres com idade entre 18 e 24 anos (15,0%; 13,2-17,0), se comparadas com aquelas acima de 40 anos de idade, para aquelas com maior escolaridade, sendo de 11,3% (9,8-12,9) entre 9 e 11 anos de estudo e para mulheres que se autodeclararam pretas (12,1%;10,7-13,8) em relação às brancas (8,1%;7,4-8,9) (Figura 22).

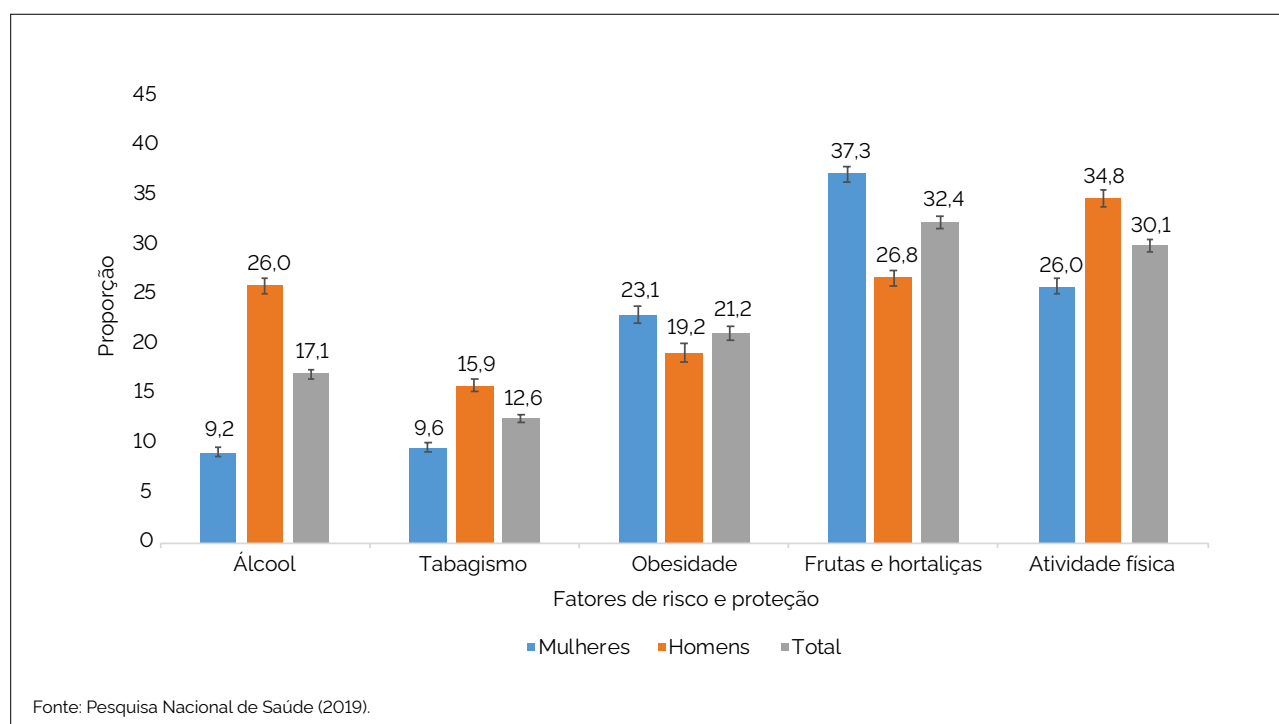


FIGURA 18 Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de DCNT entre homens e mulheres no Brasil (2019)

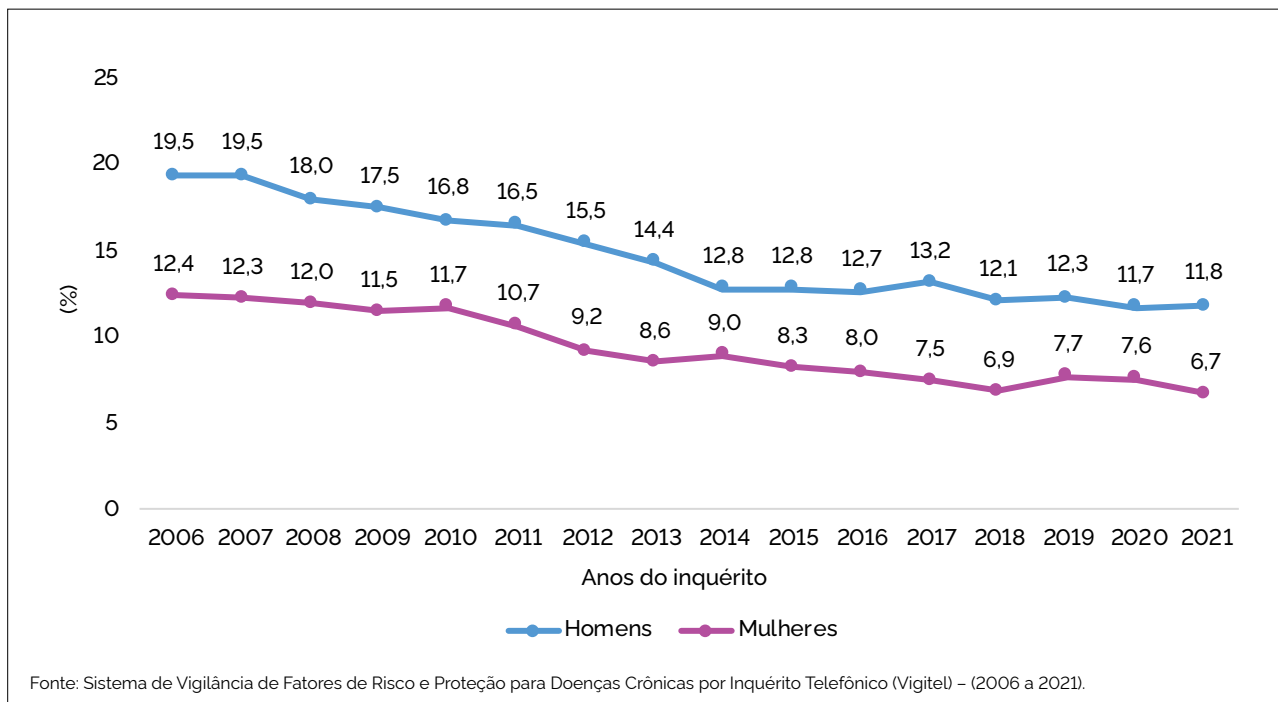


FIGURA 19 Prevalência de fumantes na população adulta, residente nas capitais dos estados e no DF, por sexo, de 2006 a 2021

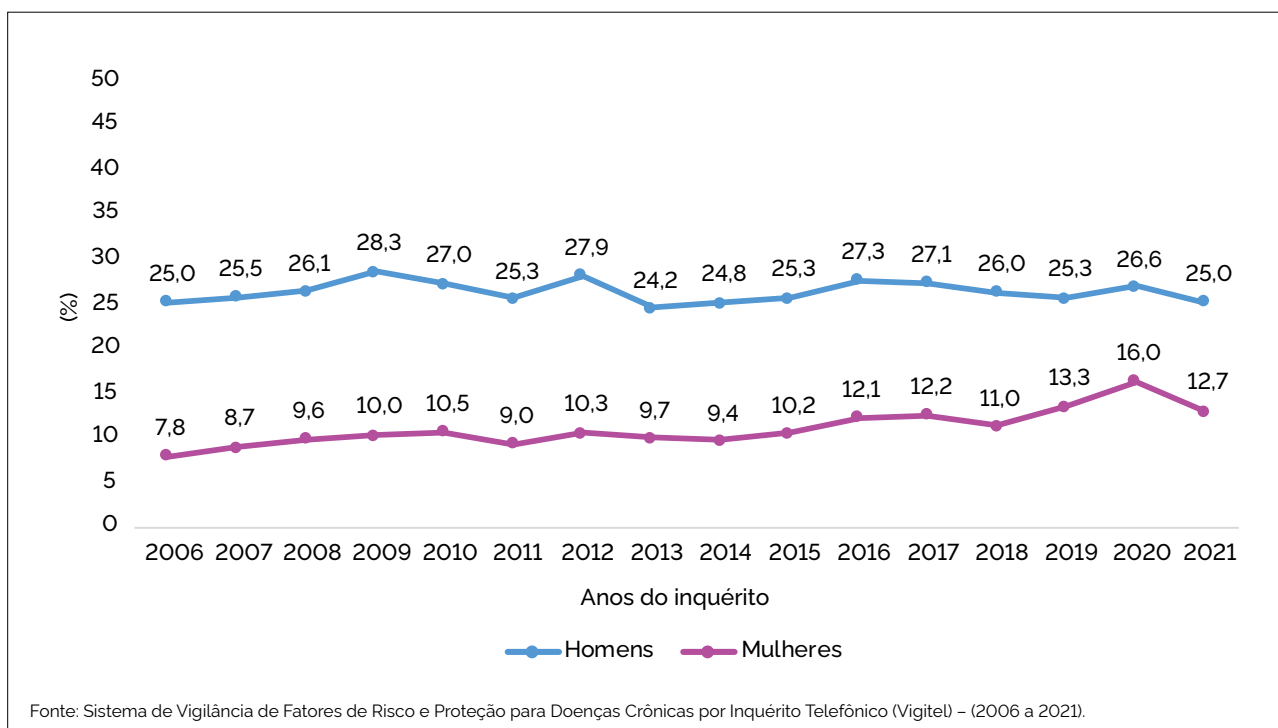


FIGURA 20 Prevalência de consumo abusivo de álcool na população adulta, residente nas capitais dos estados e no DF, por sexo, de 2006 a 2021

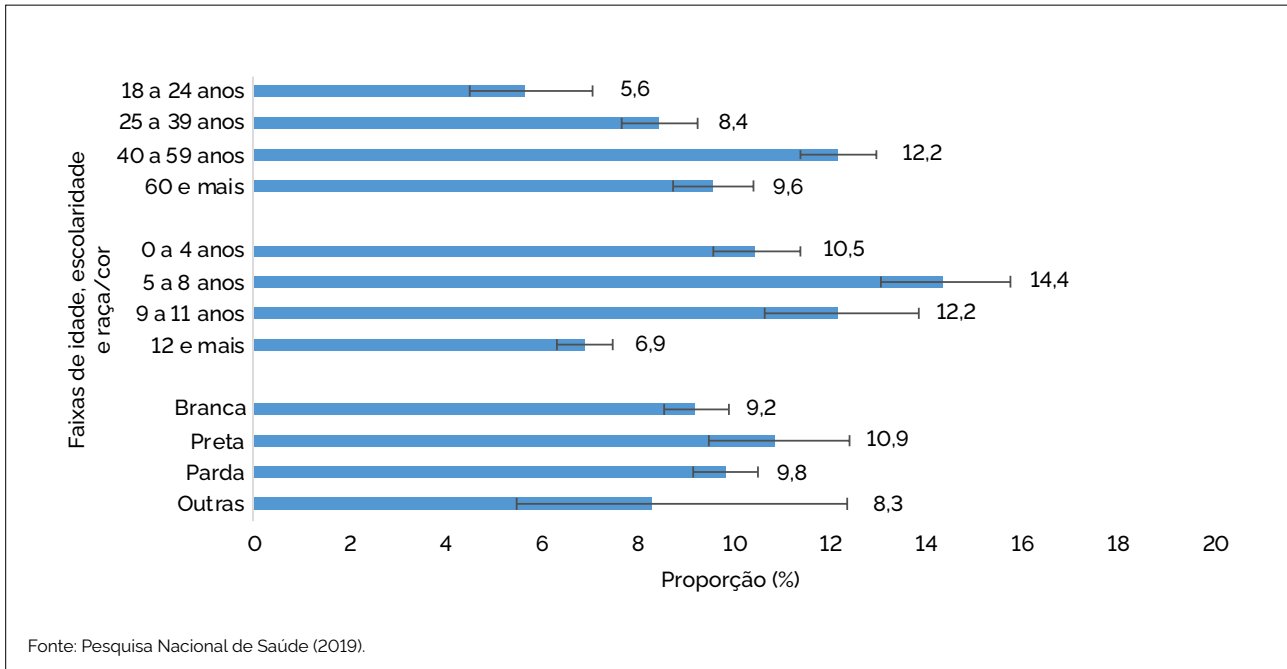


FIGURA 21 Prevalência de fumantes na população feminina adulta, por faixa etária, anos de escolaridade e raça/cor, 2019

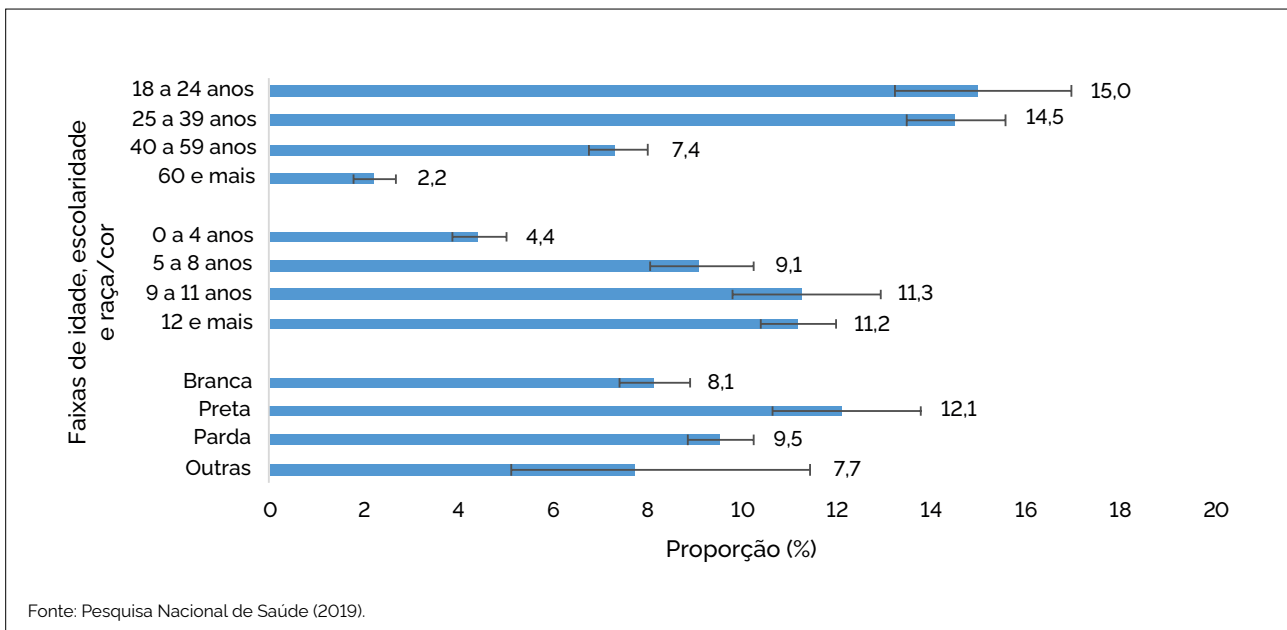


FIGURA 22 Prevalência de consumo abusivo de álcool na população feminina adulta, por faixa etária, anos de escolaridade e raça/cor, 2019

Considerado um fator de risco importante para as doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo está relacionado ao desenvolvimento de vários tipos de neoplasias malignas, doenças do aparelho respiratório, doenças cardiovasculares, entre outras. Em relação às mulheres que fumam, soma-se aos efeitos acima mencionados, maior probabilidade de infertilidade, início precoce da menopausa e, se utilizado durante o período gestacional, problemas fetais devidos à insuficiência uteroplacentária, relacionados à nicotina, resultando em risco de aborto.¹

Mesmo com a redução observada na prevalência de fumantes, a inserção da mulher no mercado de trabalho e as conquistas relacionadas ao poder de decisão e independência financeira, têm tornado a mulher um alvo das campanhas publicitárias da indústria de tabaco. A aproximação com esse público específico, busca principalmente tentar convencê-las de que o cigarro reflete uma imagem de emancipação e independência.²

O álcool, por sua vez, tem sido relacionado à morbimortalidade por doenças cardiovasculares, cirrose hepática, acidentes vasculares cerebrais e distúrbios psiquiátricos, além de contribuir para o aumento nos acidentes de

trânsito e de trabalho e da violência doméstica, podendo ainda resultar em perdas sociais e econômicas. O aumento da utilização abusiva entre as mulheres, especialmente as mais jovens, com maior escolaridade e pretas, pode trazer consequências importantes na qualidade de vida e impactos à saúde. Nos últimos anos, as mulheres têm experimentado maior exposição ao marketing do álcool, com ampla divulgação de produtos como bebidas mais doces, efervescentes e voltadas especificamente para o público feminino. Aponta-se para a importante necessidade de iniciativas do poder público, sociedade e da indústria para o enfrentamento relacionado ao uso nocivo do álcool.³

Consumo regular de frutas e hortaliças e obesidade

A prevalência do consumo regular de frutas e hortaliças, apesar de estável em ambos os sexos, foi consistentemente maior entre as mulheres de 2008 a 2021 (Figura 23). Sobre a prevalência de obesidade, o aumento foi observado em ambos os sexos (Figura 24), com destaque para o maior incremento entre as mulheres, variando de 12,1%, em 2006, a 22,6% em 2021 (aumento de 0,67 pp/ano).

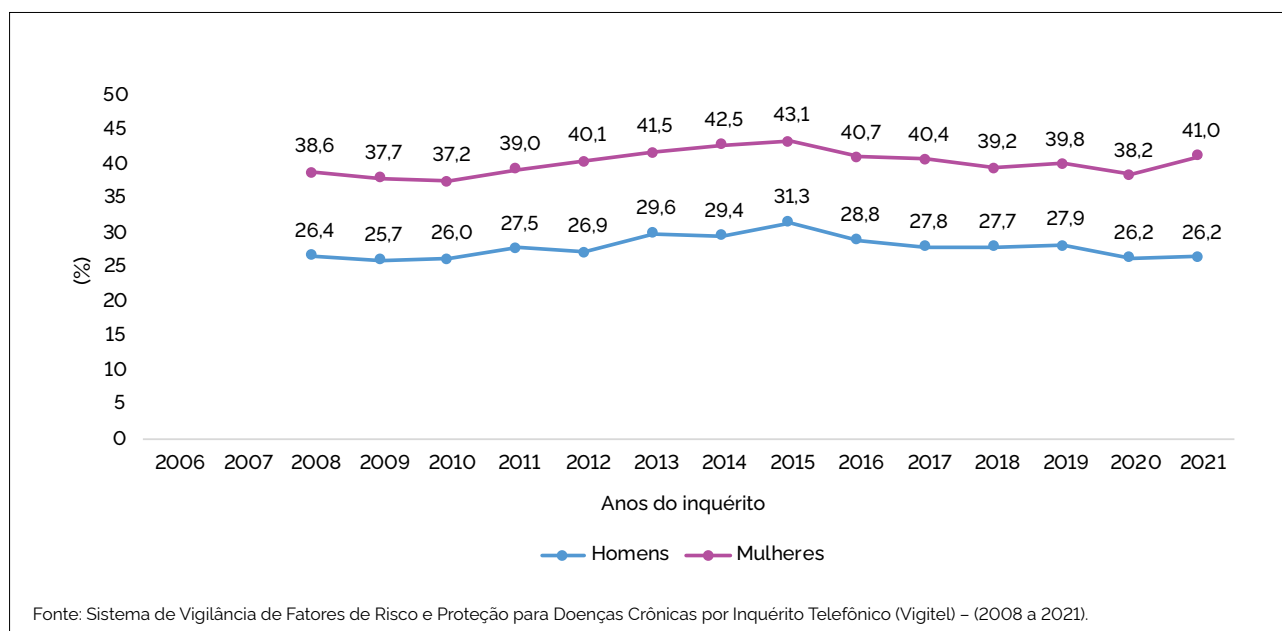


FIGURA 23 Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças na população adulta, residente nas capitais dos estados e no DF, por sexo, de 2008 a 2021

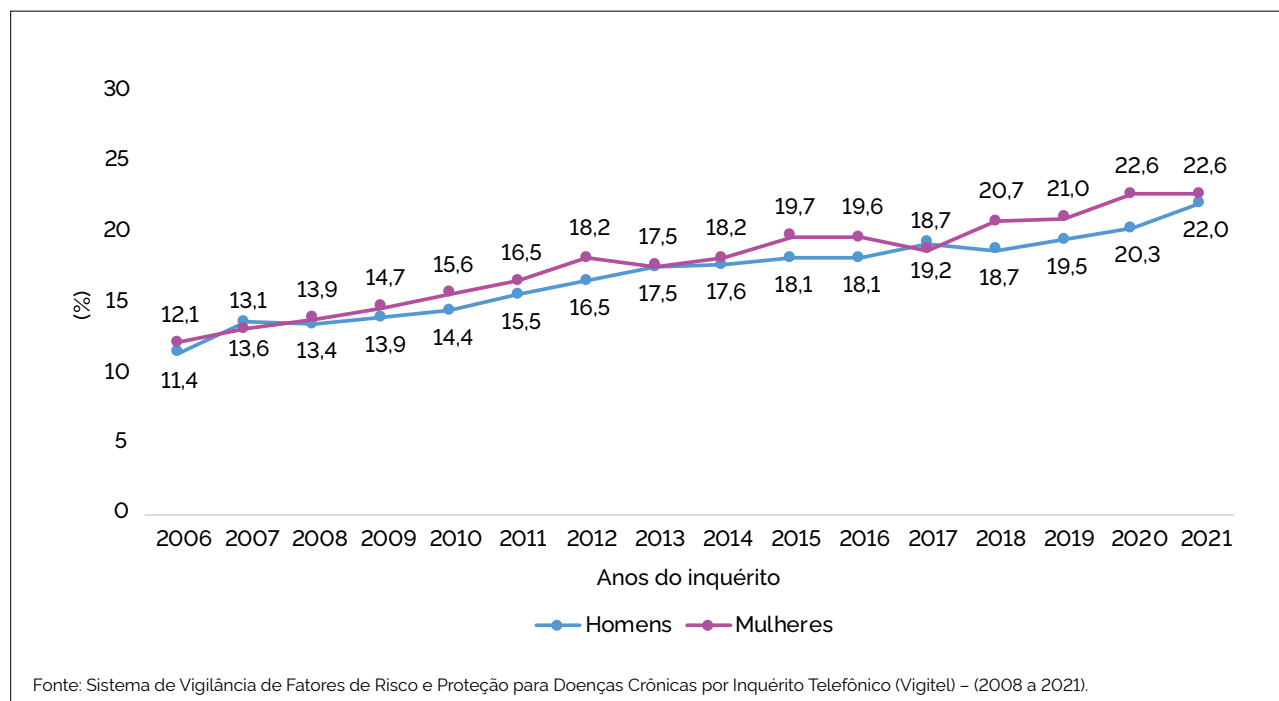


FIGURA 24 Prevalência de obesidade (IMC \geq 30kg/m²) na população adulta, residente nas capitais dos estados e no DF, por sexo, de 2006 a 2021

Mulheres com idade acima de 60 anos apresentaram maior prevalência no consumo regular de frutas e hortaliças (49,0%; 47,5 – 50,5), assim como aquelas com menor escolaridade (41,9%; 40,5 – 43,5) e que se autodeclararam brancas (44,8%; 43,4 – 46,5), em comparação às pretas (29,7%; 27,6 – 32,0) e pardas (31,5%; 30,5 – 32,6) (Figura 25).

As mulheres com idade entre 40 a 59 anos apresentaram maiores prevalências de obesidade 26,6% (25,4 – 27,8) se comparadas com aquelas de 18 a 24 anos 12,0% (10,3 – 13,8). Mulheres que se autodeclararam pretas (27%; 25,0 – 29,1) e pardas (23,8%; 22,8 – 25,0) apresentaram maior prevalência em relação às brancas (21,4%; 20,2 – 22,6) (Figura 26).

Muitos são os fatores que exercem influência sobre o perfil alimentar das populações, como a imposição do ritmo acelerado de vida, o avanço tecnológico, a atividade ocupacional sedentária, a maior participação da mulher no mercado de trabalho e a adesão a hábitos alimentares considerados globalizados.⁴

No caso das mulheres, estudos atribuem a melhor qualidade da alimentação, à sua maior preocupação com a manutenção do peso corporal e à importância que dão às recomendações para uma alimentação saudável. Além disso, as mulheres são, muitas vezes, responsáveis pelo cuidado com a alimentação e a saúde dos familiares.⁵

A prevalência de obesidade na população feminina está aumentando progressivamente nas últimas décadas. Embora não se restrinja a um segmento populacional, entender como os comportamentos de risco se relacionam entre si e se há diferença entre eles em homens e mulheres se torna pertinente para uma melhor compreensão da ocorrência de obesidade, assim como para a organização de ações estratégicas preventivas em saúde pública.⁶

Quando estratificado por raça/cor, as possíveis explicações para as disparidades raciais na obesidade residem nos efeitos fisiológicos e psicológicos do estresse causado por discriminação racial.⁷⁻⁹ Além disso, diferenças culturais também podem fornecer explicações para essa disparidade, como a maior satisfação entre as mulheres negras com um corpo de medidas maiores que o padrão habitual em comparação às mulheres brancas.¹⁰

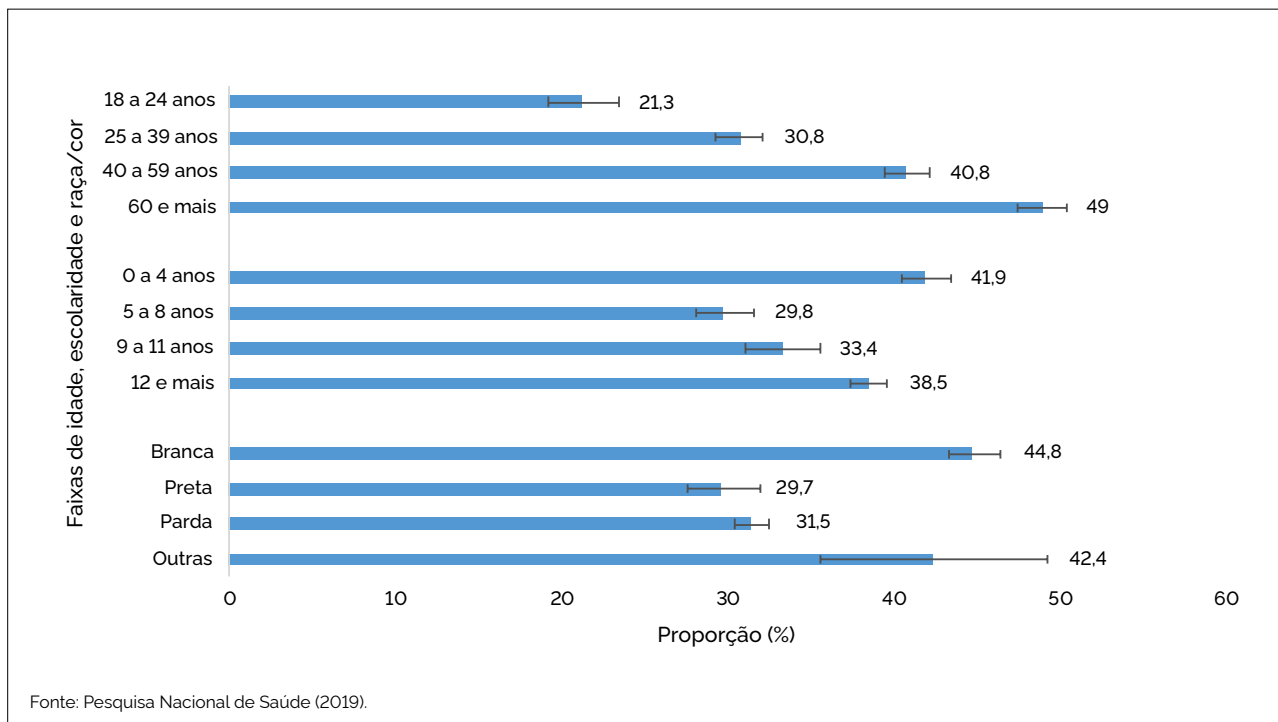


FIGURA 25 Prevalência de consumo regular de frutas e hortaliças na população feminina adulta, estratificado por faixa etária, anos de escolaridade e raça/cor, 2019

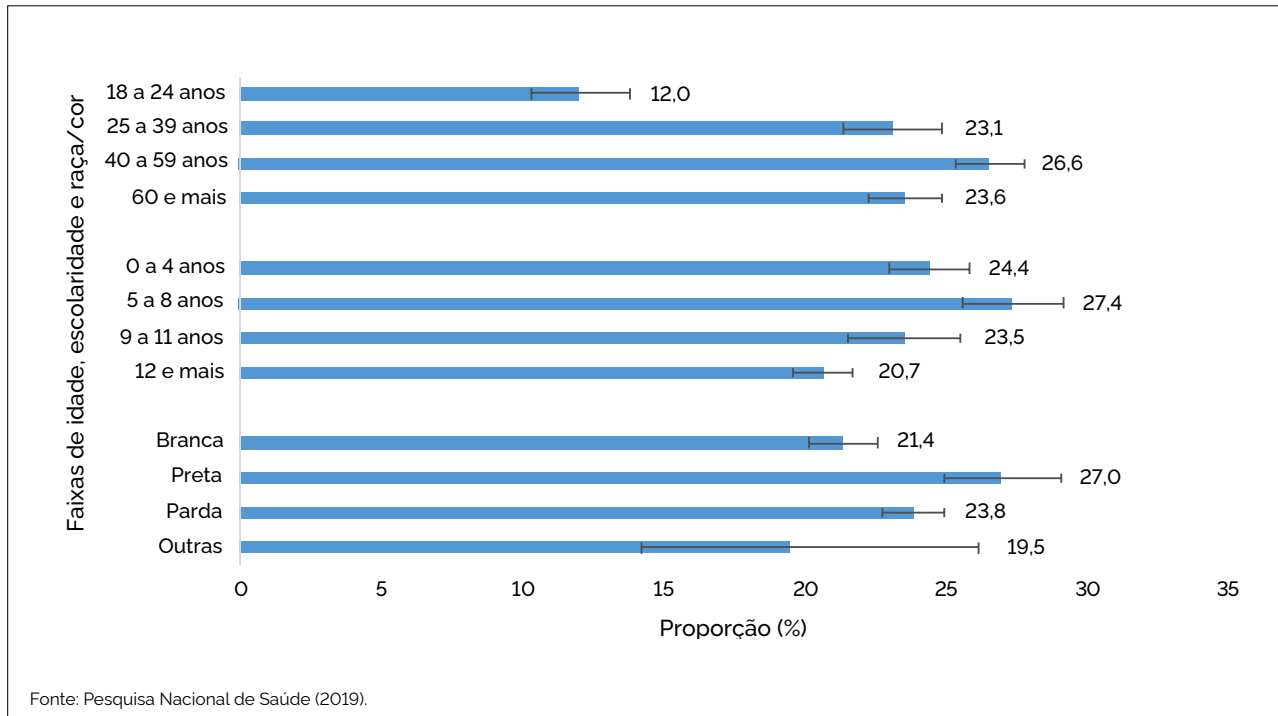


FIGURA 26 Prevalência de obesidade (IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$) na população feminina adulta, estratificado por faixa etária, anos de escolaridade e raça/cor, 2019.

Prática de atividade física no lazer

As mulheres apresentaram menor prevalência de prática de atividade física em todo o período analisado (Figura 27). Houve aumento em ambos os sexos, com maior aumento entre as mulheres, variando de 22,2%, em 2009, a 31,3% em 2021 (0,79 pp/ano). Foi observada maior prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer entre as mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade 32,8% (31,6-34,0) e que se autodeclararam brancas 28,0% (26,7-29,3) (Figura 28).

A prática regular de atividade física no lazer configura importante fator de proteção para doenças crônicas não

transmissíveis, além de contribuir para o desenvolvimento, qualidade de vida e socialização nas diversas etapas da vida.¹¹ Estudos apontam que as desigualdades sociais e econômicas impactam significativamente na prática de atividade física, pois estão condicionadas à ocupação, renda, o planejamento urbano e violência, manifestando-se em prevalências inversamente proporcionais aos anos de estudo e renda. Deste modo, as mulheres de baixa renda e baixa escolaridade têm os piores resultados para este indicador. Adicionalmente, a atividade física nos domínios do trabalho e do deslocamento para as atividades cotidianas são mais comuns em grupos de baixa renda e baixa escolaridade, corroborando à necessidade de políticas públicas que considerem estas desigualdades.^{12,13}

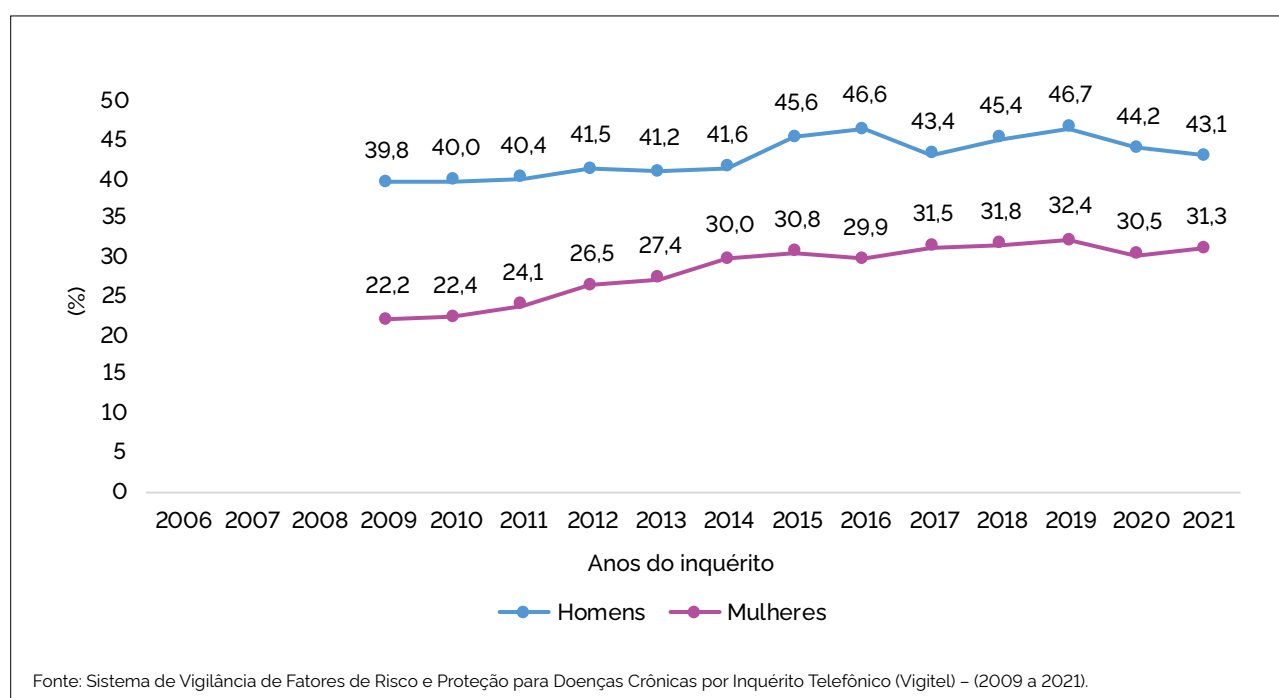


FIGURA 27 Prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer na população adulta, residente nas capitais dos estados e no DF, por sexo, de 2009 a 2021

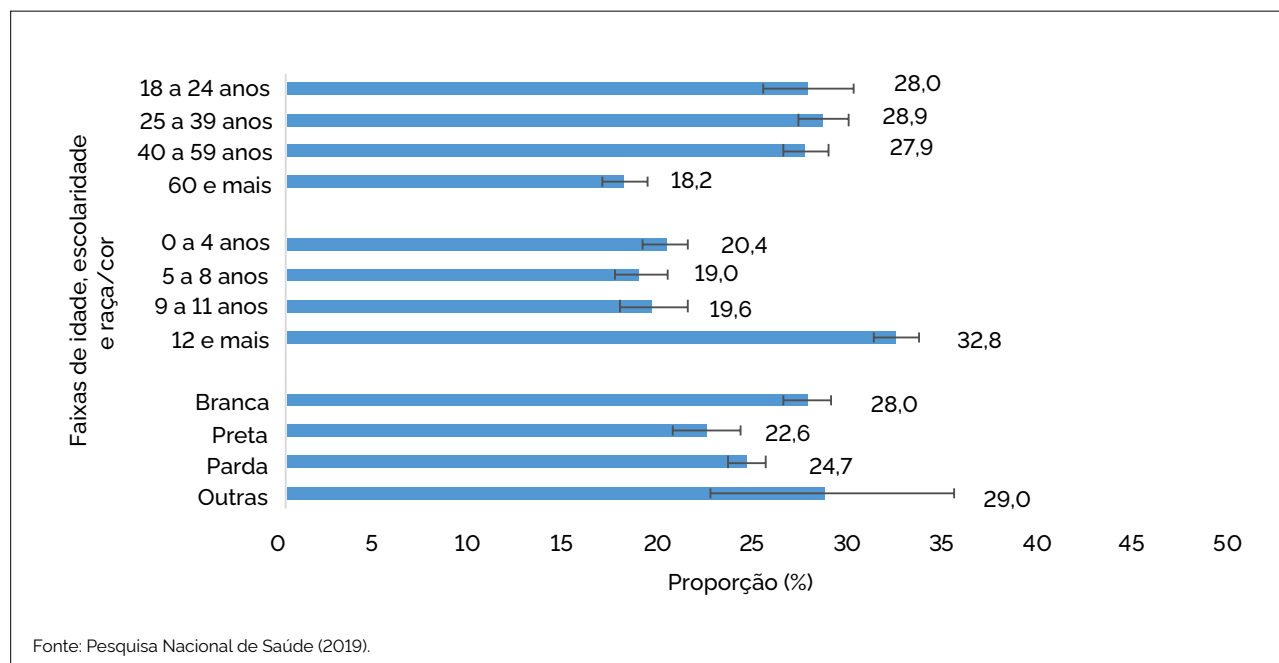


FIGURA 28 Prevalência de prática suficiente de atividade física no lazer na população feminina adulta, por faixa etária, anos de escolaridade e raça/cor, 2019

Recomendações

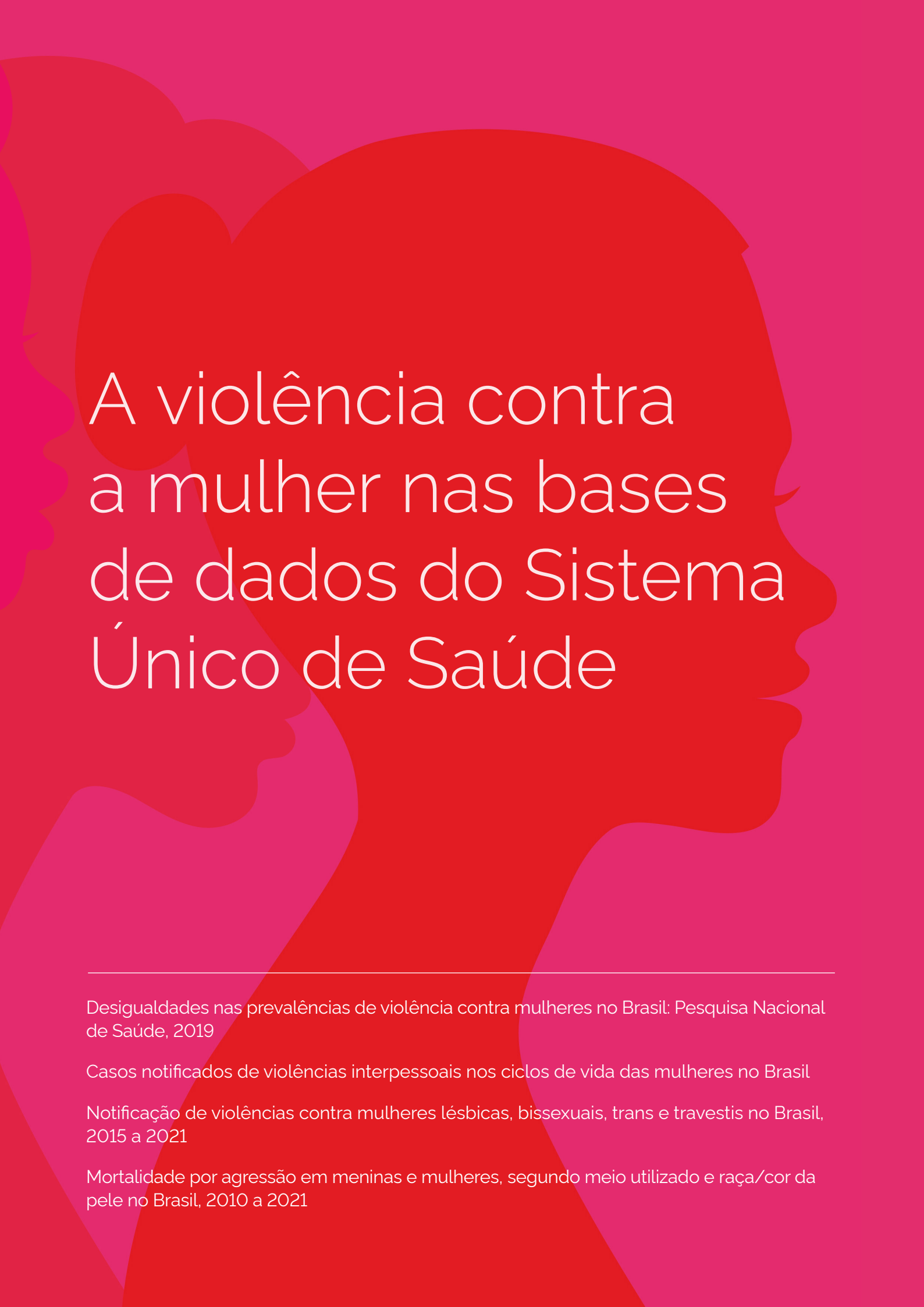
As desigualdades apresentadas por faixa etária, raça/cor e anos de estudo se mostraram importantes nos grupos mais vulneráveis e impactaram negativamente na prevalência de fatores de risco para as doenças crônicas. Sua natureza multifatorial e interdisciplinar evoca a articulação intersetorial para a criação e implementação de políticas e programas, organização de serviços e produção de informações que tenham a finalidade de dirimir desigualdades de grupos mais expostos a estes fatores.

Considerando a vulnerabilidade da população feminina, especialmente as negras e de baixa escolaridade, recomenda-se que a implementação das estratégias previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) sejam direcionadas às desigualdades a que estão sujeitas as mulheres. Essas ações devem contemplar a promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Deve-se garantir o acesso da população aos serviços de atenção à saúde com assistência integral.

Referências

1. Samet, Jonathan M. et al. Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. World Health Organization, 2001.
2. Amos, Amanda. How women are targeted by the tobacco industry. In: World health forum 1990; 11 (4): 416-422. 1990.
3. Silva, Luiza Eunice Sá da et al. Prevalência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 31, 2022.
4. Dallongeville, Jean et al. Association between nutrition knowledge and nutritional intake in middle-aged men from Northern France. Public Health Nutrition, v. 4, n. 1, p. 27-33, 2001.
5. Fonseca, Alexandre Brasil et al. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 3853-3862, 2011.
6. Streb, Anne Ribeiro et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 8, p. 2999-3007, 2020.

7. Gee, Gilbert C. et al. Disentangling the effects of racial and weight discrimination on body mass index and obesity among Asian Americans. *American Journal of Public Health*, v. 98, n. 3, p. 493-500, 2008.
8. Paradies, Yin. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, v. 35, n. 4, p. 888-901, 2006.
9. Jackson, Chandra L. et al. Black-white disparities in overweight and obesity trends by educational attainment in the United States, 1997- 2008. *Journal of Obesity*, v. 2013, art. 140743, 2013.
10. Millstein, Rachel A. et al. Relationships between body size satisfaction and weight control practices among US adults. *Medscape Journal of Medicine*, v. 10, n. 5, art. 119, 2008.
11. Brasil. Guia de Atividade Física Para a População Brasileira. Ministério da Saúde: Brasília - DF; 2021.
12. Malta, Deborah Carvalho et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, *Vigitel 2016-2017. Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, 2020.
13. Rodrigues, Phillipe Ferreira et al. condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *revista brasileira de atividade física & saúde*, v. 22, n. 3, p. 217-232, 2017.



A violência contra a mulher nas bases de dados do Sistema Único de Saúde

Desigualdades nas prevalências de violência contra mulheres no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Casos notificados de violências interpessoais nos ciclos de vida das mulheres no Brasil

Notificação de violências contra mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis no Brasil, 2015 a 2021

Mortalidade por agressão em meninas e mulheres, segundo meio utilizado e raça/cor da pele no Brasil, 2010 a 2021

Desigualdades nas prevalências de violência contra mulheres no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CDANT/Daent/SVSA): **Daila Nina Freire, Leandra Lofego Rodrigues, Mariana Gonçalves de Freitas, Rafael Bello Corassa, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira.**
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA):
Maria del Carmen Bisi Molina e Vivia Belizário da Silva.

A violência contra meninas e mulheres é considerada um problema global de saúde, uma vez que apresenta elevada prevalência e graves impactos à saúde física e psíquica das vítimas.¹ Estima-se, no mundo, que uma em cada três mulheres com mais de 15 anos foram vítimas de violência física ou sexual por um parceiro íntimo, ou de violência sexual por um não parceiro.²

Apesar de afetarem todos os grupos sociais, estudos demonstram que as violências se distribuem desigualmente na população, afetando mais frequentemente mulheres jovens, com baixa escolaridade e renda, com transtornos mentais e transtornos por abuso de álcool e outras drogas.³ Além disso, a resposta à violência sofrida, incluindo a busca por ajuda, pode variar em função das condições das vítimas, de modo que, apesar da existência de leis e mecanismos protetivos, alguns fatores constituem-se barreiras para um acesso igualitário à rede de proteção, tais como: baixa escolaridade e renda, isolamento social, desinformação, dependência do parceiro, baixa disponibilidade de serviços formais de apoio e proteção na localidade de residência da vítima ou de transporte até esses serviços.^{4,5}

Desse modo, essa análise objetivou estimar as prevalências de violências contra mulheres na população brasileira, de consequências dessas violências para a saúde e da busca por atendimento em serviços de saúde, além de explorar as desigualdades nesses indicadores segundo faixa etária, raça/cor da pele, e renda. Trata-se de uma

análise transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, um inquérito nacional representativo da população residente com 15 anos de idade ou mais em domicílios particulares no Brasil.⁶

Por meio de informações autorrelatadas, foram calculadas as prevalências de violências física, psicológica e sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa e as prevalências de violência sexual na vida, segundo sexo, faixa etária, raça/cor e renda familiar per capita, entre mulheres com 18 anos de idade ou mais. Em seguida, foram calculadas as prevalências de consequências para a saúde psicológica, física e sexual, entre as vítimas de agressões nos 12 meses anteriores à pesquisa, e de busca de atendimento em saúde, entre as que relataram consequências negativas da violência para a saúde, segundo faixa etária, raça/cor e renda.

Os resultados demonstraram que, nos 12 meses anteriores à pesquisa, 16,4 milhões de mulheres brasileiras adultas foram vítimas de alguma forma de violência física, psicológica ou sexual, representando 19,4% (IC 95%: 18,7 – 20,1) dessa população, em comparação a 17% da população masculina (Figura 29). Além disso, 8,9% (IC 95%: 8,4 – 9,4) das mulheres entrevistadas referiu ter sofrido alguma forma de violência sexual na vida, representando 7,5 milhões de mulheres. A prevalência de violências sexuais contra mulheres (na vida) foi 3,6 vezes maior que a prevalência entre homens (2,5%; IC 95%: 2,2 – 2,8).

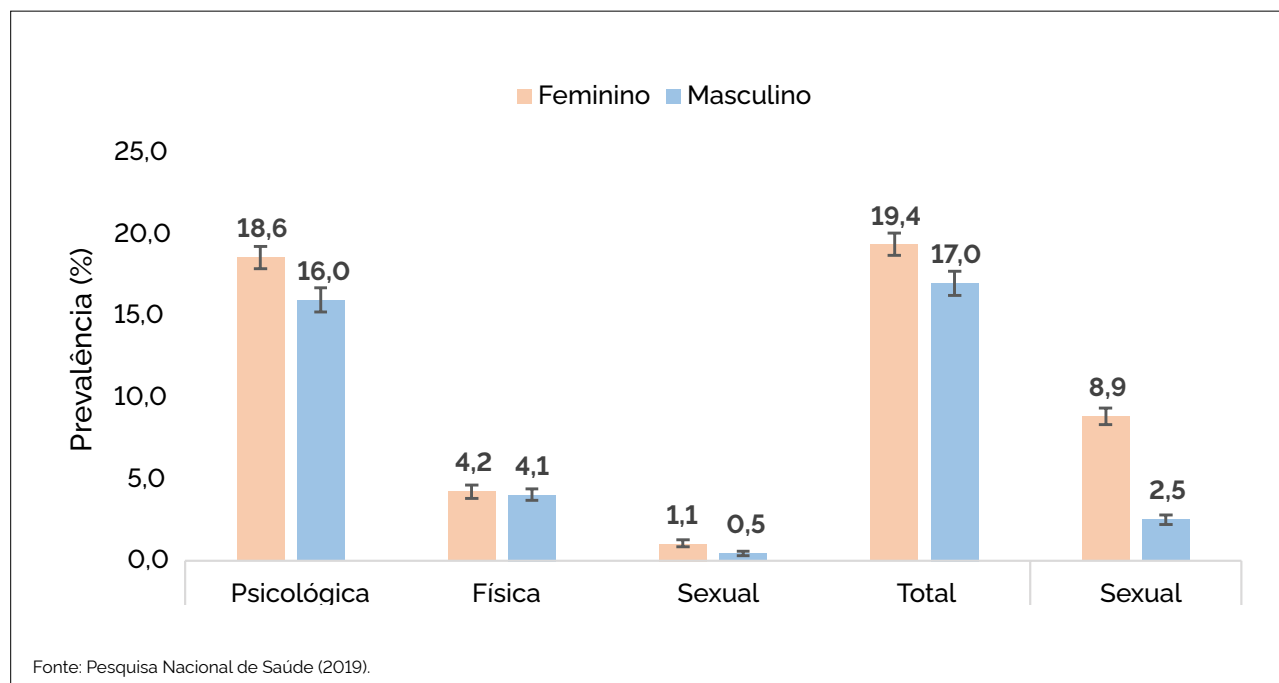
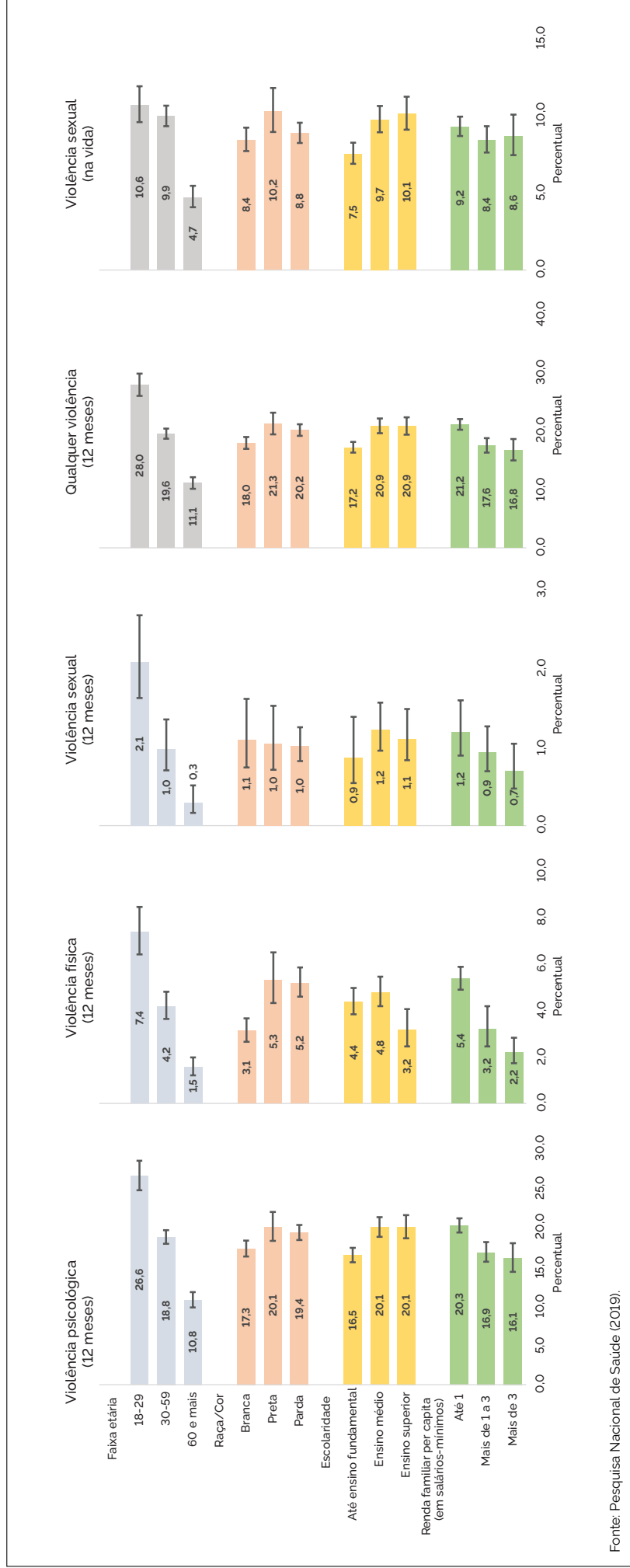


FIGURA 29 Prevalências de violências físicas, psicológicas e sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa, e violência sexual na vida, segundo sexo. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Essas violências, apesar de afetarem mulheres de todos os estratos de idade, raça, renda e escolaridade, mostraram-se mais prevalentes em mulheres mais jovens, pretas e pardas e de baixa renda (Figura 30). Considerando a prevalência de qualquer violência nos 12 meses anteriores à pesquisa, verificaram-se maiores prevalências entre jovens adultas de 18 a 29 anos de idade (28,0%; IC 95%: 26,1 – 29,9), pretas (21,3%; IC 95%: 19,5 – 23,2), e com renda familiar de até um salário-mínimo per capita (21,2%; IC 95%: 20,3 – 22,1).

Aproximadamente 60% das mulheres vítimas de violências nos 12 meses anteriores à pesquisa referiram alguma consequência física, psicológica ou sexual da agressão (Figura 31), sendo as consequências psicológicas, como sentimentos de medo, tristeza, problemas de sono, depressão e ansiedade, as mais frequentes (57,0%). Também se verificam desigualdades na prevalência de relatos de consequências negativas da violência para a saúde (Figura 32), com maiores prevalências em mulheres com renda familiar per capita de até um salário-mínimo (62,5%; IC 95%: 60,2 – 64,8), pretas (61,5%; IC95%: 56,3 – 66,4) e pardas (62,2%; IC95%: 59,5 – 64,9).



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019).

FIGURA 30 Prevalências de violências físicas, psicológicas e sexuais nos 12 meses anteriores à pesquisa, e violência sexual na vida, em mulheres, segundo faixa etária, raça/cor e renda familiar per capita (em salários-mínimos). Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Do total de mulheres que relataram as consequências negativas da violência para a saúde, apenas 16,9% (IC 95%: 15,2 – 18,7) referiram ter buscado atendimento em saúde, verificando-se menores prevalências de busca por atendimento entre estratos socioeconomicamente desfavorecidos. Nesse sentido, verificaram-se menores prevalências de busca por atendimento entre mulheres pretas (13,1%; IC 95%: 9,8 – 17,3) e renda de até um salário-mínimo (14,9%; IC 95%: 13,1 – 16,9) (Figura 32).

Desse modo, os resultados demonstram importantes desigualdades na distribuição das violências na população brasileira. Em especial, as violências sexuais reforçam as iniquidades de gênero presentes na sociedade, atingindo desproporcionalmente mais mulheres que homens.³ Essas violências implicam em graves consequências à saúde da mulher, inclusive em complicações ginecológicas, gravidez precoce e indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, abuso de substâncias, comportamentos suicidas entre outras.¹

Os resultados também evidenciam desigualdades na busca por atenção em saúde após a violência. Destacam-se as mulheres pretas e com renda inferior a um (1) salário-mínimo, apresentando maiores prevalências de violências e menor prevalência de busca por atendimento. Vulnerabilidades sociais como baixa renda e escolaridade são barreiras reconhecidas na literatura para a busca por ajuda entre vítimas de violência.⁴ Além desses, outros fatores, que não puderam ser avaliados neste estudo, também são importantes, como migração, estigma, sentimento de culpa, medo do agressor, isolamento social, dificuldades de acesso aos serviços e falta de confiança nas autoridades.^{4,5} Também cabe destacar que, frequentemente, vítimas de violência recorrem primeiramente ao apoio informal de familiares e amigos, em busca de uma rede de proteção, para posteriormente buscarem mecanismos formais de ajuda.⁴

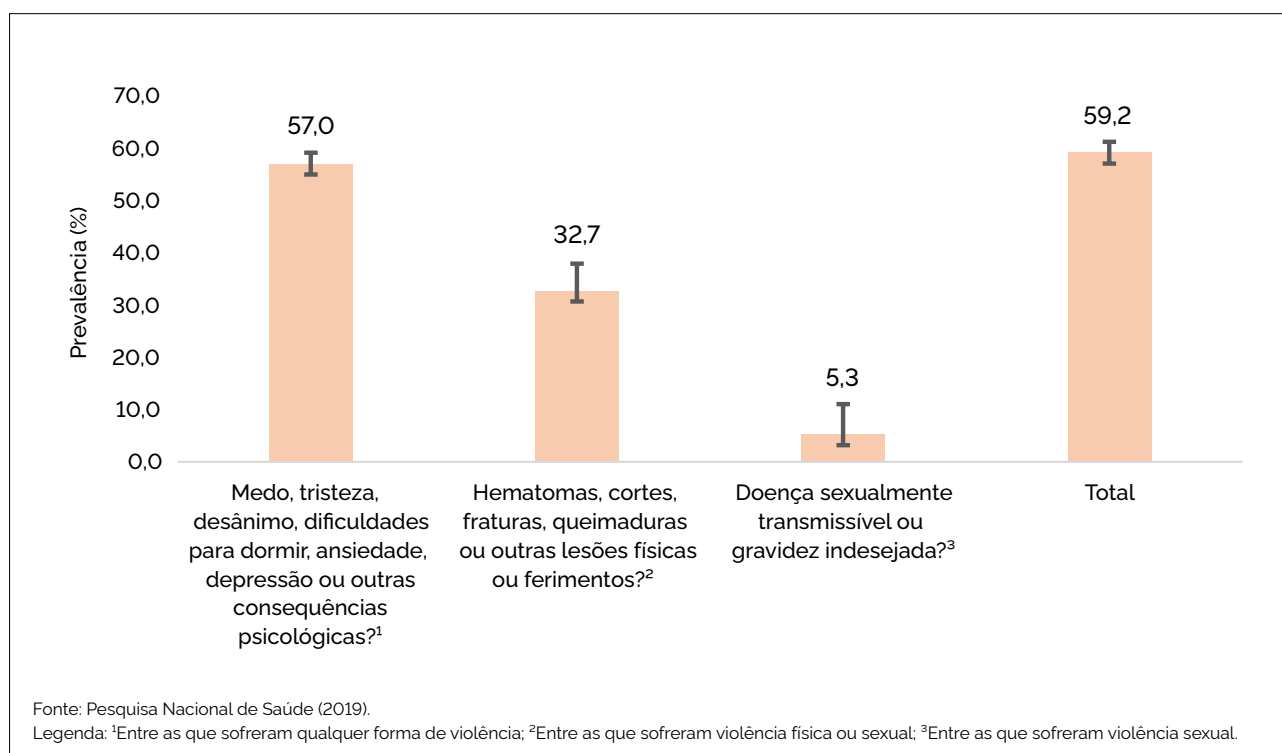


FIGURA 31 Prevalências de relatos de consequências psicológicas, físicas e sexuais das agressões, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

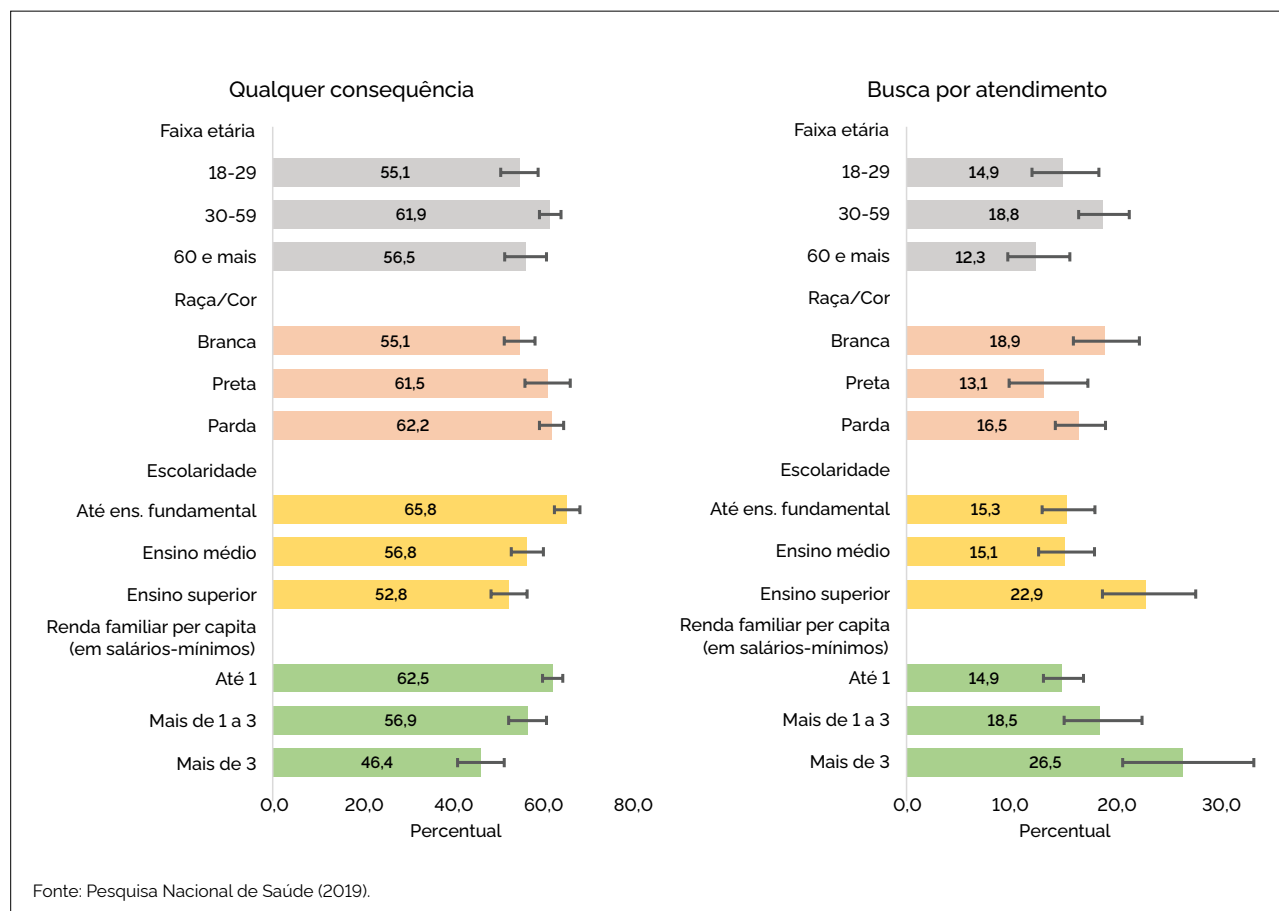


FIGURA 32 Prevalências de relatos de consequências da agressão para a saúde psicológica, física e sexual, e de busca por atendimento em saúde, segundo faixa etária, raça/cor e renda, nos 12 meses anteriores à pesquisa. Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

Desse modo, o enfrentamento das violências perpassa diferentes dimensões, em múltiplos níveis de determinação, incluindo a promoção da saúde e de educação e aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho, visando à redução de iniquidades de renda e da dependência econômica. Destaca-se também que a garantia da disponibilidade de serviços de apoio, e proteção formais no território e de acessibilidade e os meios de transporte para esses serviços; o treinamento dos profissionais para o acolhimento e para uma resposta adequada e resolutiva, bem como a educação e a capacitação da sociedade civil em geral para a sensibilização e o reconhecimento das diferentes formas de violência e apoio às vítimas, são fundamentais para a mitigação desta problemática assim como para a eliminação de estigmas.

Recomendações

Diante desses achados, destaca-se a importância de ampliar a oferta e acessibilidade de serviços de apoio a mulheres em situação de violência, bem como de capacitar a rede de atenção à saúde para a identificação e cuidado qualificado, inclusive por meio da elaboração de linhas de cuidado específicas. Além disso, a ausência de dados sobre a prevalência de violências segundo contexto, como a prevalência de violência familiar e por parceiros íntimos, a limitada disponibilidade de dados sobre fatores de risco específicos, bem como a ausência de dados sobre revitimização, perpetração de violências, busca por serviços protetivos e barreiras para o acesso e resolutividade desses serviços reforça a necessidade de pesquisas específicas de abrangência nacional.

Referências

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, organizadores. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. 346 p. Disponível em: <https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>.
2. World Health Organization. Violence against women. World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
3. Baigorria J, Warmling D, Magno Neves C, Delziovo CR, Salema Coelho EB. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. Rev salud pública. 2017;19:818-26.
4. Baragatti DY, Rolim ACA, de Castro CP, de Melo MC, Silva EM. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e34.
5. Costa MC da, Silva EB da, Soares J dos SF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [acesso em: 6 Fev. 2023]. 38. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/PDhWVNzrq5R7vYjjWT9Dkmg/abstract/?lang=pt>.
6. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM de, Gouvea E de CDP, Vieira MLFP, Freitas MPS de, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2020 [acesso em: 15 de Dez. 2020]; 29. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid-S1679-49742020000500035&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Casos notificados de violências interpessoais nos ciclos de vida das mulheres no Brasil

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT/Daent/SVSA): **Ranielle de Paula Silva, Mayara Alves Luis, Leandra Lofego Rodrigues, Rafael Bello Corassa, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patricia Pereira Vasconcelos de Oliveira.**

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

Em 2004, em resposta às disposições da Lei n.º 10.778/2003, o Ministério da Saúde estabeleceu como compulsória a notificação de violência contra a mulher nos serviços públicos e privados de saúde.¹ Através de Decreto n.º 5.099/2004 e da Portaria n.º 2.406/2004, foi atribuído ao MS a Coordenação do plano estratégico de ação para a instalação dos serviços de referência sentinela e instituído o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher com instrumento, protocolos e fluxo para notificação.^{2,3} Em 2009, a notificação de violências foi inserida no Sinan, e em 2011 foi universalizada para todos os serviços de saúde públicos e privados do Brasil.⁴ Desde então, avanços importantes foram realizados para que o registro ocorresse em todo território nacional e para que leis e políticas públicas de proteção às mulheres em situação de violência fossem implementadas.

A violência contra a mulher ser um agravo de notificação compulsória não é em vão. No Brasil, dados referentes ao primeiro semestre de 2022 estimaram que ocorreu um estupro de menina ou mulher a cada 9 minutos, e 699 mulheres foram vítimas de feminicídio (média de 4 mulheres por dia), sendo que os dados indicam um crescimento contínuo das mortes de mulheres em razão do gênero feminino desde 2019.⁵ Durante a pandemia de covid-19, segundo pesquisa quantitativa elaborada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e pelo Instituto Datafolha, 24,4% das mulheres brasileiras acima de 16 anos afirmaram ter sofrido algum tipo de violência ou agressão nos últimos 12 meses. Isso significa dizer que, em média, 17 milhões de mulheres sofreram violência baseada em gênero em 2020.⁶

A violência baseada no gênero atinge mulheres independentemente de classe social ou econômica, raça/ cor da pele, etnia, cultura, idade, grau de escolaridade, orientação sexual, identidade de gênero ou religião.⁷ Isto posto, a

notificação de violência contra mulher é um importante instrumento para o conhecimento do perfil epidemiológico e para que medidas importantes de promoção, prevenção, proteção e controle do agravo sejam realizadas. Neste contexto, a presente análise teve por objetivo caracterizar o perfil das violências interpessoais perpetradas contra o sexo feminino a partir das notificações do Sinan entre 2010 e 2021 no Brasil.

O Sinan é o sistema de vigilância contínua dos dados sobre doenças e agravos de notificação compulsória. O documento base para o registro das notificações no Sinan é a ficha individual de notificação e investigação. É utilizado, para fins de notificação, a definição de casos de violência, como:

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.⁴

Desta forma, foram incluídos nesta análise os casos notificados de violência interpessoal, identificados por meio do preenchimento da variável sexo (campo 13) com "F-Feminino", da variável "A lesão foi autoprovocada?" (campo 54) diferente de "1-Sim", da variável próprio agressor (campo 61) marcada "2- Não". Quanto ao tipo de violência foram incluídos os casos cujo campo 56 foi preenchido com "1-Sim" para cada violência, física, psicológica, sexual, financeira e negligência. Também foram estratificados os casos por ciclo de vida, a saber: crianças 0 a 9 anos; adolescentes 10 a 19 anos; mulher adulta 20 a 59 anos;

mulher idosa 60 anos e mais. Os dados foram obtidos por meio do TabNet apresentados por meio de frequências absoluta e relativas.

No período de 2010 a 2021, a maioria dos casos de violência contra o sexo feminino, foi de violência física (49,0%), seguida de violência psicológica (26,2%), violência sexual (15,2%), negligência (7,8%) e violência financeira/econômica (1,7%). Ao analisar as notificações em todas as faixas etárias,

nota-se crescimento de 81,0% no número das notificações de 2010 a 2019 para todas as violências perpetradas contra as mulheres. Entre 2011 e 2019 verificou-se um crescimento das notificações de negligência em 77,0%, de violência financeira em 73,0%, de violência física em 72,0%, de violência psicológica em 69,0% e de violência sexual em 68,0%. Contudo, é possível notar que, em 2020, houve redução de 20,7% das notificações de violências (Figuras 33 e 34).

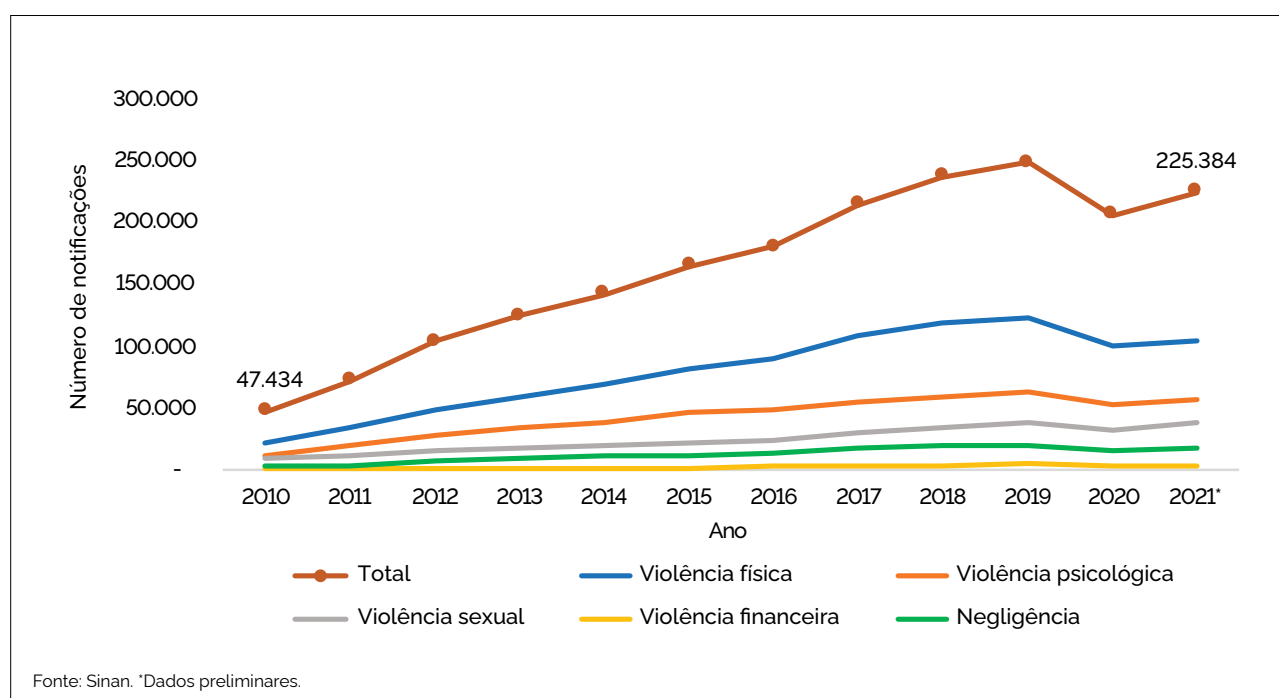


FIGURA 33 Números das notificações de violência contra a mulher segundo ano. Brasil, 2010 a 2021*

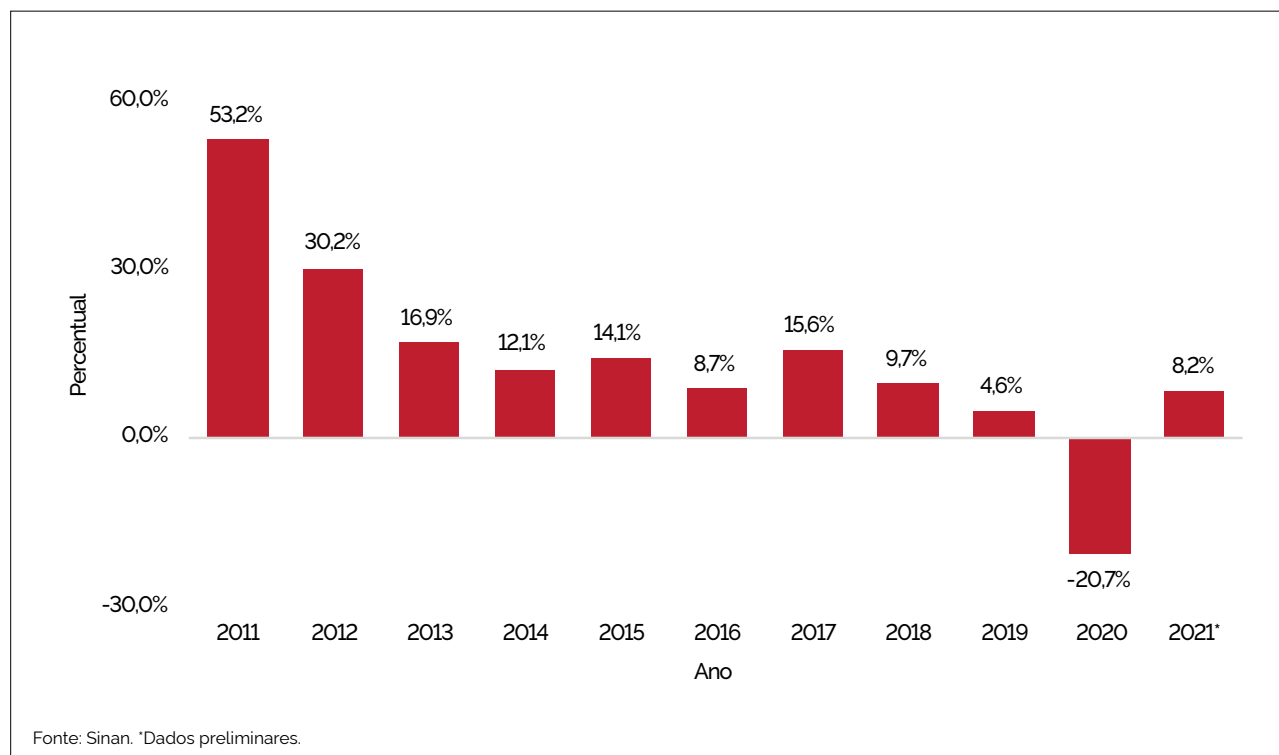


FIGURA 34 Variação percentual das notificações de violências no sexo feminino. Brasil, 2010 a 2021*

Em 2021, a negligência e a violência sexual corresponderam, cada uma, a mais de um terço das violências contra as crianças do sexo feminino. Em adolescentes do sexo feminino, a violência sexual representou 40,2% das notificações, seguida da violência física (31,7%) e violência psicológica (20,5%). Em mulheres adultas mais da metade das notificações foram por violência física (59,4%) e cerca de um terço por violência psicológica (30,0%). Em mulheres idosas, a violência física teve 39,2% das notificações, seguidas de violência psicológica (28,2%) e negligência (23,6%) (Figura 35).

Os resultados apresentados evidenciam que no período de 2010 a 2019 houve aumento do número de notificações de violência contra as mulheres. No ano de 2020, ano que foi declarada a pandemia da covid-19, houve uma redução de 20,7% nos registros de notificação de violência quando comparado a 2019, redução também notada nos registros de boletins de ocorrência da polícia durante esse período.⁶

Embora essas reduções tenham sido observadas, é importante destacar uma revisão sistemática que apontou que todos os estudos cuja coleta de dados se baseou na entrevista de membros de famílias mostraram um aumento da violência familiar após o início da pandemia. Estes achados contrastam com os estudos que utilizaram os dados dos sistemas de informação da justiça, da polícia e da saúde, pois, esses apresentaram uma diminuição em seus registros em comparação ao período anterior.⁸

Vale ponderar que, devido à velocidade de disseminação da pandemia, os serviços de saúde foram forçados a se adaptar rapidamente para gerenciar os cuidados de rotina. Isso pode ter dificultado a identificação de locais para obter ajuda pelas vítimas. Outras razões podem incluir o medo das vítimas em contraírem o vírus ao acessarem os serviços de saúde e/ou por causa do medo do perpetrador descobrir as tentativas da vítima de buscar ajuda.^{9,10}

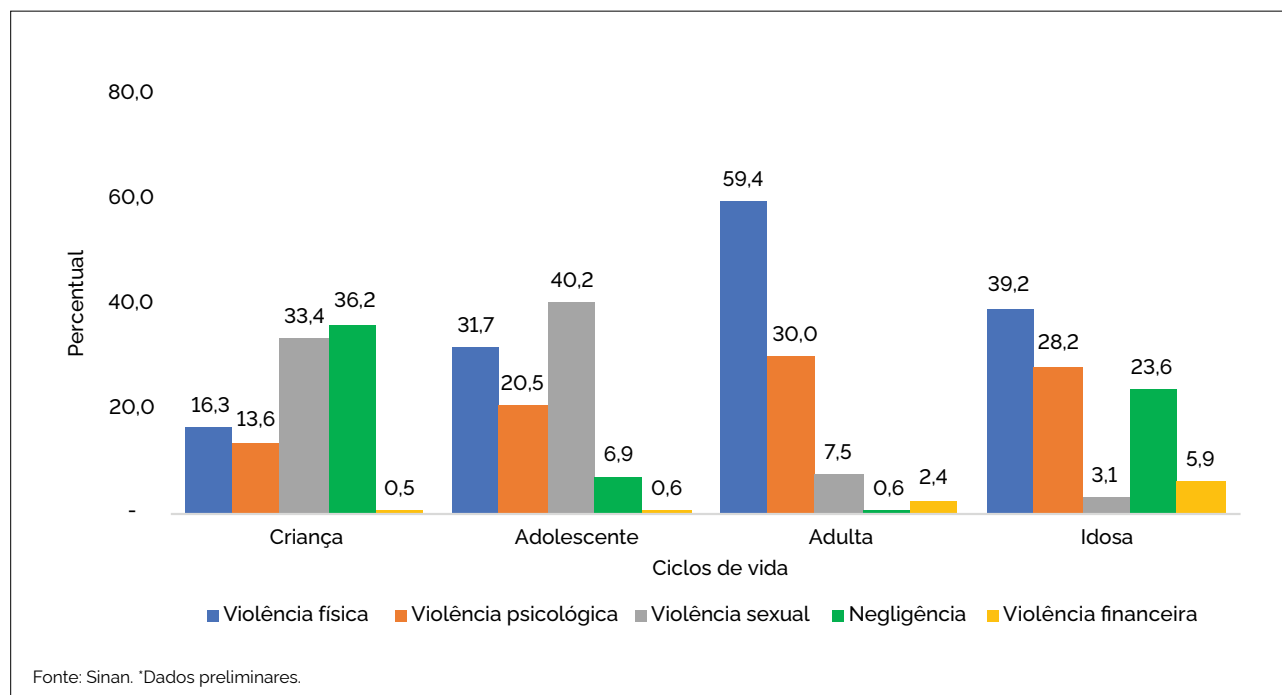


FIGURA 35 Distribuição proporcional das notificações de violências contra a mulher segundo tipo de violência e ciclo de vida. Brasil, 2021*

Em relação aos tipos de violência notificados, observa-se que ao longo do período estudado a violência física foi a mais frequente, seguida da psicológica e da sexual. Nota-se, no entanto, que há variação da prevalência dos tipos de violências ao longo da vida das mulheres. Na infância, a maior ocorrência foi de negligência. Já na adolescência, nota-se que há um aumento da violência sexual. Em mulheres adultas e idosas, a maior prevalência foi de violência física.

As crianças apresentam maior vulnerabilidade uma vez que demandam de adultos e responsáveis, cuidado, proteção e segurança que possam garantir adequado desenvolvimento.¹¹ Quando se trata de violência sexual, a literatura aponta que a adolescência é a fase em que as meninas se tornam mais vulneráveis à sua ocorrência. De acordo com dados do Unicef, em 20 países, aproximadamente nove em cada 10 meninas adolescentes que foram vítimas de violência sexual afirmaram que a primeira ocorrência foi durante a adolescência.¹²

A violência física foi proporcionalmente mais frequente em mulheres adultas e idosas; no entanto, a literatura aponta mudanças no papel do agressor. Enquanto a mulher adulta sofre maior perpetração pelo parceiro íntimo, a mulher idosa tende a ser mais vitimizada pelos filhos, cônjuge, familiares e outros cuidadores.¹³ A maior frequência de notificações de violência física em mulheres

adultas e idosas, quando comparada às outras formas de violência, pode ser explicada pelo seu potencial de gerar lesões que necessitem de atendimento nos serviços de saúde. Desse modo, a violência psicológica, nesses ciclos, se apresenta subnotificada nos sistemas de informação devido à dificuldade de identificação dessa violência.¹⁴

Ressalta-se que a violência perpetrada contra as mulheres se configura como uma violação dos direitos humanos com efeito devastador sobre sua saúde e cidadania limitando o exercício da liberdade.¹⁵ A violência é tida como uma realidade na vida das mulheres, mas se apresenta como um agravo silencioso sendo por vezes invisibilizada. Contudo sua magnitude indica a importância de estratégias para o seu enfrentamento e a necessidade de se investigar como essa prática interfere no modo de viver de quem as sofre.^{16,17}

A presente análise demonstra a magnitude das notificações de violências contra as mulheres nos ciclos de vida. É importante destacar as mudanças nos tipos de violências e suas frequências ao longo da vida da mulher. Compreender essa dinâmica da violência na vida das mulheres é fundamental para o delineamento e direcionamento adequado de ações e estratégias que busquem contemplar as vulnerabilidades e o enfrentamento do agravo.

Recomendações

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021 – 2030 (Plano de Dant) foi proposto em 2021 como uma diretriz para o delineamento de ações estratégicas, visando à prevenção das violências e acidentes e promoção da cultura da paz. Entre as recomendações preconizadas, destacam-se:

- Qualificar e apoiar as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em ações intersetoriais de enfrentamento à violência doméstica, com atenção às populações em situação de vulnerabilidade e/ou iniquidade e questões referentes à diversidade, a determinantes sociais e ao contexto cultural.
- Fomentar a inclusão no processo de produção de cuidado desenvolvido pelos profissionais da APS abordagens para promoção da cultura de paz envolvendo os ciclos de vida.
- Revisar e fortalecer diretrizes clínicas e fomentar a implementação de linhas de cuidado para pessoas em situação de violência e ideação de suicídio contemplando os ciclos de vida e os determinantes relacionados ao trabalho.
- Fomentar na vigilância em saúde e na APS ações intra e intersetoriais de prevenção de violência contra as mulheres, as crianças, os adolescentes e os idosos e de mais populações vulneráveis, observando-se as diversidades, os contextos socioeconômicos, culturais e determinantes sociais.

Adicionalmente, reforçamos que a notificação de violência no âmbito da saúde é um elemento-chave na atenção integral às pessoas vítimas desse agravo, retirando os casos de violência da invisibilidade, prevenindo a violência de repetição e permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada articuladamente. Dessa forma, o preenchimento adequado e oportuno da ficha de notificação qualifica a informação, dá visibilidade ao problema, fortalece a prevenção e a vigilância das violências e subsidia o delineamento de políticas públicas que contribuam para o enfrentamento desses agravos.

Referências

1. Brasil. Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 nov 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
3. Brasil. Decreto n.º 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 3 de jun 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. Brasília: 2016.
5. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. 2022.
6. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. 2020.
7. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Infográfico: A Violência contra Pessoas Negras no Brasil 2022. 2022.
8. Letourneau N, Luis MA, Kurbatfinski S, et al. COVID-19 and family violence: A rapid review of literature published up to 1 year after the pandemic declaration. *eClinicalMedicine*; 53. Epub ahead of print 1 November 2022. DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101634.
9. Wilkinson E. How mental health services are adapting to provide care in the pandemic. *BMJ* 2020; 369: m2106.
10. Robbins MS, Midouhas H. Adapting the Delivery of Functional Family Therapy Around the World During a Global Pandemic. *Glob Implement Res Appl* 2021; 1: 109-121.
11. Avdibegović E, Brkić M. Child Neglect - Causes and Consequences. *Psychiatr Danub* 2020; 32: 337-342.
12. Unicef. A familiar face: violence in the lives of children and adolescents. New York: United Nation's Children's Fund, 2017. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face>, acesso em 12 de janeiro de 2021.
13. Souza JAV de, Freitas MC de, Queiroz TA de. Violência contra os idosos: análise documental. *Rev Bras Enferm* 2007; 60: 268-272.

14. Silva LL da, Coelho EBS, Caponi SNC de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)* 2007; 11: 93-103.
15. Brasil. Decreto n.º 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º ago 1996.*
16. Lucena KDT de, Deininger LDSC, Coelho HFC, et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev* 2016; 26: 139.
17. Guimarães MC, Pedroza RLS. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicol Soc* 2015; 27: 256-266.

Notificação de violências contra mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis no Brasil, 2015 a 2021

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CDANT/Daent/SVSA): **Mayara Alves Luis, Ranielle de Paula Silva, Rafael Bello Corassa, Leandra Lofego Rodrigues, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patricia Pereira Vasconcelos de Oliveira.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Augusto César Cardoso dos Santos, Maria del Carmen Bisi Molina.** Assessoria de Políticas de Inclusão, Diversidade e Equidade em Saúde/SVSA/MS: **Alicia Krüger, Marcos Vinícius da Silva Cordeiro.**

Em 2003, aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, que deu início à discussão sobre os direitos da população LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Já na 13ª Conferência Nacional de Saúde de 2008, que teve como tema "Saúde e Qualidade de vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento", houve a recomendação que os sistemas de informação do SUS contivessem campos para registro de identidade de gênero e orientação sexual com o objetivo de subsidiar a construção de políticas, prioridades e estratégias.^{1,2}

Com a finalidade de contribuir para a redução das desigualdades e consolidar o SUS como sistema equânime e universal, a Portaria MS/GM n.º 2.836 de 2011 instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que entre os seus objetivos, estão a atenção às necessidades de saúde da população LGBT a ampliação do acesso e também a qualificação das informações em saúde e o monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde e de serviços para tal população.³

Embora as violências interpessoais e autoprovocadas tenham sido incluídas na lista de doenças e agravos de notificação compulsória em 2011, por meio da Portaria n.º 104, foi somente a partir de 2015, quando os campos "nome social", "orientação sexual" e "identidade de gênero" foram incluídos na ficha, que se tornou possível identificar os casos de violência em pessoas LGBT.⁴ Desse modo, este estudo teve por objetivo caracterizar o perfil das violências interpessoais registradas no Sinan no período de 2015 a 2021, em mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e travestis. Foi utilizado esse recorte temporal devido à inserção dos campos orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação individual a partir do ano de 2015.

Foram incluídos nesta análise os casos notificados de violência interpessoal, identificados por meio do preenchimento das variáveis "A lesão foi autoprovocada?" (campo 54) e próprio agressor (campo 61) diferentes de "1-Sim". Foram selecionados registros preenchidos com sexo feminino e orientação sexual igual a homossexual ou bissexual. Já os registros com campo de identidade de gênero preenchido com transexual mulher ou travesti foram incluídos independentemente do sexo.

As frequências relativas das violências física, psicológica, sexual, financeira e negligência foram apresentadas conforme os ciclos de vida (adolescentes [10 a 19]; adultas [20 a 59]; e idosas [60 anos e mais]) para mulheres lésbicas, bissexuais, e transexuais e travestis, no ano de 2021. Também foi apresentado o percentual de incompletude das variáveis – orientação sexual e identidade de gênero – por ano, no período entre 2015 e 2021, e por UF nos anos de 2019 e 2021.

Diante do exposto, a Figura 36 apresenta a distribuição percentual das notificações de violências interpessoais em mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (LBT), segundo ciclo de vida e natureza de violência. Quando analisadas as naturezas de violências no grupo LBT, a violência física foi a mais prevalente, representando 64,8% das notificações. No entanto, a estratificação por ciclos de vida evidencia maior proporção de violências sexuais nas adolescentes, correspondendo a 49,1% das notificações.

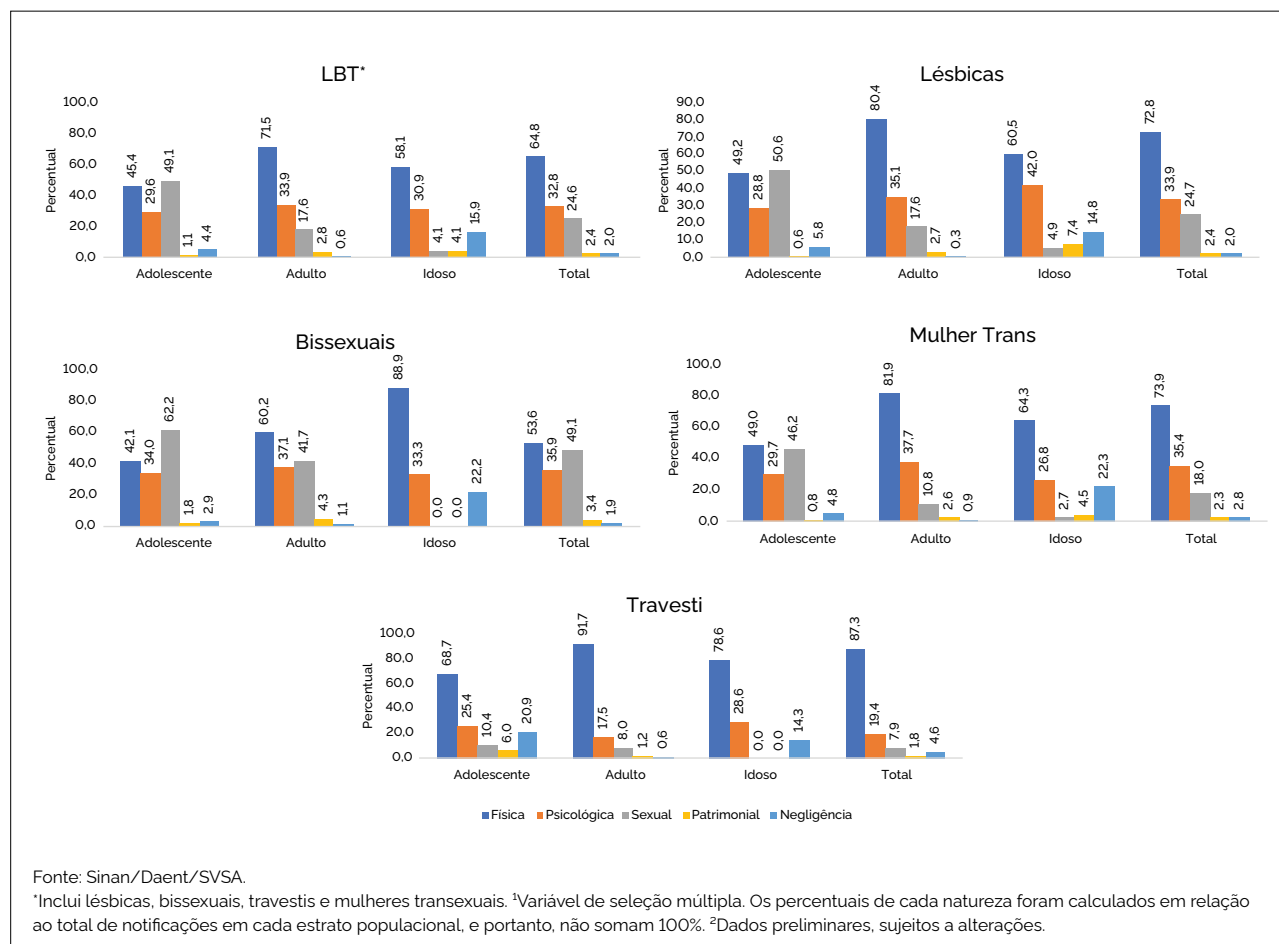


FIGURA 36 Distribuição percentual das notificações de violência interpessoais em mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais, e travestis, segundo ciclo de vida e tipo de violência¹. Brasil (2021)²

Ao analisar a distribuição das naturezas de violência segundo ciclos de vida e subgrupo da população LBT, nota-se que nas adolescentes lésbicas e bissexuais houve uma maior frequência de violência sexual, representando 50,6% e 62,1% das notificações, respectivamente. Nos grupos de adolescentes transexuais a violência física foi responsável por 49,0% das notificações e em travestis 68,7% (Figura 36).

Em relação às adultas, observa-se que em todos os grupos, a violência física apresentou maior frequência relativa em relação ao total de notificações realizadas no período, correspondendo a 80,4% nas mulheres lésbicas, 60,2% nas bissexuais, 81,9% nas mulheres transexuais e 91,7% em travestis. Não obstante, verifica-se maior proporção de vítimas por violências sexuais entre mulheres bissexuais

(41,7% das notificações), em comparação aos demais subgrupos. A violência física também foi a natureza de violência mais notificada em idosas, correspondendo a 60,5% das notificações em mulheres lésbicas, 88,9% nas mulheres idosas bissexuais, 64,3% nas mulheres idosas transexuais e 78,6% em travestis.

A Figura 37 apresenta os percentuais de incompletude de preenchimento dos campos orientação sexual e identidade de gênero, no período de 2015 a 2021. Observa-se que ambos os campos apresentaram redução no percentual de incompletude entre 2015 e 2020. Entretanto verificou-se um aumento no percentual de incompletude desses campos entre 2020 e 2021, chegando a 29% de dados faltantes para a orientação sexual, e 36,5% para identidade de gênero.

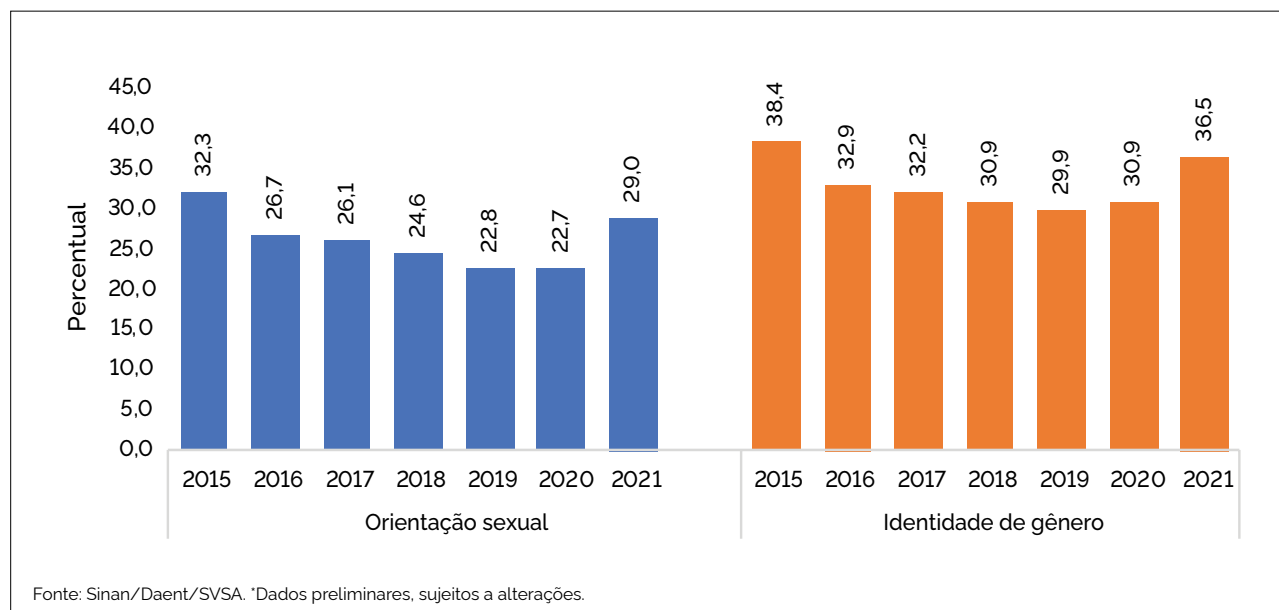


FIGURA 37 Distribuição do percentual de incompletude das variáveis orientação sexual e identidade de gênero, de acordo com ano. Brasil, 2015 a 2021*

Houve maiores percentuais de incompletude do campo orientação sexual, no ano de 2021, nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Bahia e no Distrito Federal. Em relação à variação percentual de incompletude entre 2019 e 2021, observou-se maiores incrementos percentuais no Tocantins. No que diz respeito à identidade de gênero, maiores percentuais de incompletude foram vistos nos estados: Roraima, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Bahia, Rio de Janeiro e Distrito Federal, enquanto maiores incrementos percentuais entre 2019 e 2021 foram observados no estado do Espírito Santo (Figura 38).

Os registros das notificações de violência interpessoal contra mulheres LBT no Brasil em 2021 apontaram que a violência física foi a mais notificada no geral, no entanto, quando observado por ciclo de vida, a violência sexual foi a mais notificada na adolescência. Entre 2015 e 2020, houve uma diminuição na ficha de notificação de violência da incompletude dos campos "Orientação sexual" e "Identidade de gênero", porém, em 2021, houve um aumento de não preenchimentos. Quanto à comparação da variação percentual de incompletude entre 2019 e 2021 entre os estados brasileiros, houve uma piora mais acentuada no preenchimento do campo "Orientação sexual" em Tocantins e "Identidade de gênero" no estado do Espírito Santo.

Em relação aos tipos de violência mais notificados, observou-se maior prevalência de violência física. No entanto, é importante ressaltar que a violência psicológica perpassa todos os ciclos de vida da população de mulheres LBT através de xingamentos depreciativos e homofóbicos e/ou transfóbicos, além de outras atitudes inferiorizantes, com o objetivo de violar direitos, negar acesso ou dificultar a cidadania, coibir a livre expressão de orientação sexual e de identidade de gênero.⁵ Portanto, a violência física pode se caracterizar como o resultado do acúmulo de violências sofridas por essa população, sendo o desfecho fatal principalmente motivado por ódio e preconceito.

A inserção dos campos orientação sexual e identidade de gênero na ficha de notificação de violência é um avanço necessário ao SUS⁶. Contudo ao verificar o percentual de incompletude no preenchimento desses campos, torna-se importante ressaltar que a subnotificação dos casos de violência e a invisibilidade institucional é um desafio a ser enfrentado. Polidoro, Cunda e Canavese⁷ pontuam a existência da percepção de profissionais de saúde que questões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero se tratam do âmbito privado, e pouco relevantes para o cuidado em saúde.

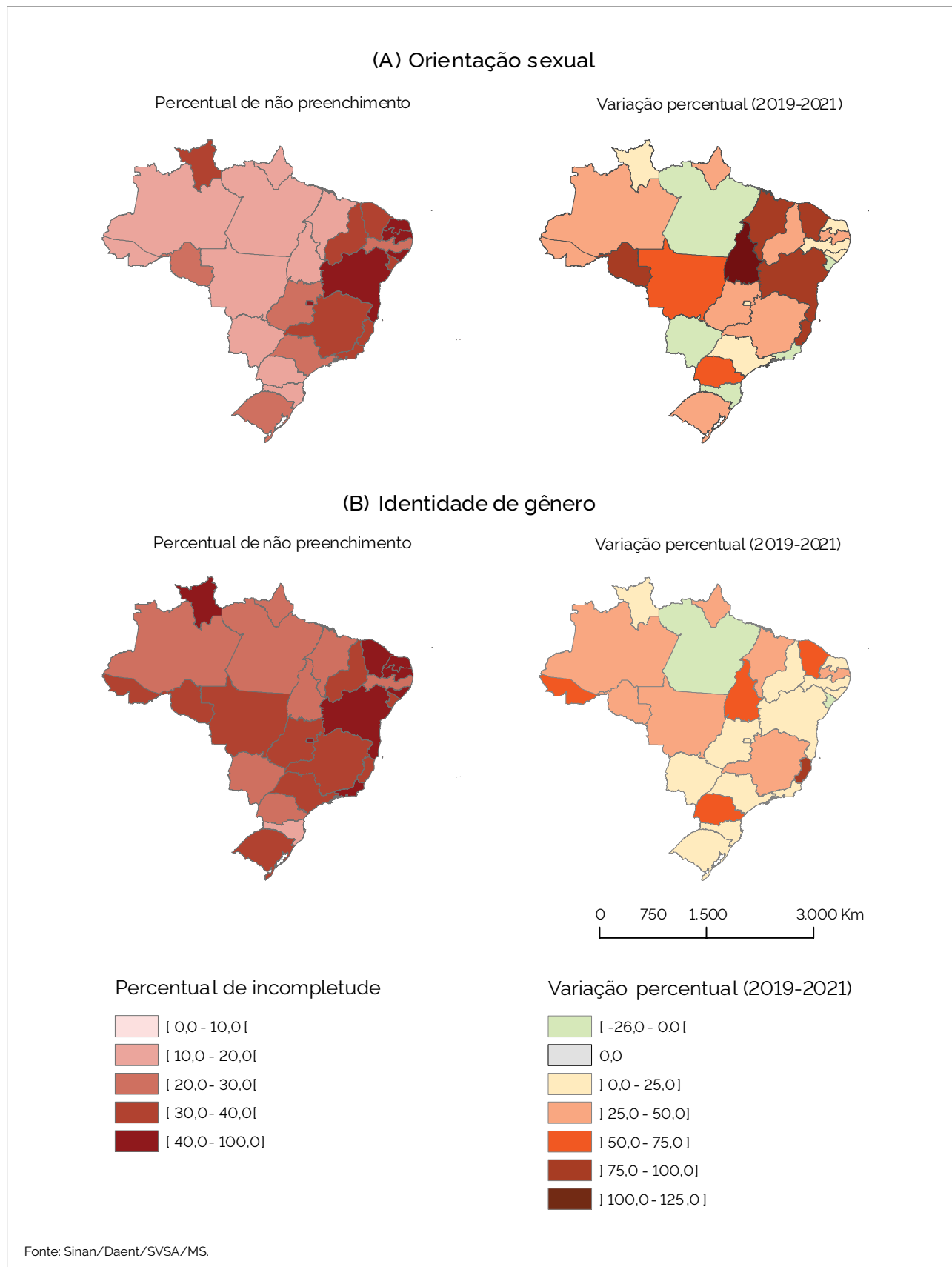


FIGURA 38 (A) Distribuição percentual e variação percentual de incompletude da variável orientação sexual segundo UF. (B) Distribuição percentual e variação percentual de incompletude da variável identidade de gênero segundo unidades da Federação.

Desse modo, a saúde das mulheres LGBT se tornam ainda mais expostas a vulnerabilidades e desigualdades. Estudos evidenciam que pessoas LGBT apresentam maiores riscos de morte por suicídio em relação à população geral.⁷⁻¹⁰ Ao considerar o maior risco de vitimização, a notificação é um instrumento importante na produção de informações e cuidados em saúde, pois possibilita conhecer o perfil e as características de ocorrência de violência e, sobretudo, subsidiam a implementação de ações.

Recomendações

A atuação da vigilância na capacitação dos profissionais de saúde para melhorar a qualidade do preenchimento dos campos orientação sexual e identidade de gênero, nas fichas de notificação, é ação primordial em cada localidade. A capacitação dos profissionais da rede de atenção quanto à diversidade de gênero/identidade de gênero e orientação sexual, pode ser implementada visando qualificar o acolhimento e atendimento à saúde das mulheres. Ademais, pactuar na vigilância e na atenção à saúde ações intra e intersectoriais para a prevenção de violência em mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis nos ciclos de vida pode promover o acesso e garantia de direitos à saúde com essa população.

Além disso, é primordial que os demais sistemas de vigilância do País adotem os campos nome social, identidade de gênero e orientação sexual, para que, assim como acontece com a violências, informações sobre a frequência e distribuição de outros agravos em saúde de pessoas LGBT possa ser evidenciado e políticas públicas específicas possam ser implantadas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed., Ministério da Saúde, 2013.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. Brasília: 2016.
5. Benevides, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022 – Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023.
6. Krüger, Alícia; Silva, Carla Glenda Souza da (Orient.). Inserção dos campos "nome social" e " identidade de gênero" nos sistemas de vigilância em saúde: uma alternativa para qualificação da informação sobre a epidemia de HIV/Aids na população trans brasileira. 2017. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialização em Gestão da Política de DST, aids, hepatites virais e tuberculose – Educação a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
7. Polidoro M, Cunda BV, Canavese D. Vigilância da violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de 2014 a 2018. Saúde em Redes. 2020;6:195-206.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil. 2015 a 2018. Boletim Epidemiológico. 2020;51:1-7.
9. Shain B. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. Pediatrics. 2016;138:20161420.
10. Souza MLP de, Orellana JDY. Suicídio em indígenas no Brasil: um problema de saúde pública oculto. Braz J Psychiatry. 2012;34:489-90.
11. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR, et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. J Homosex. 2011;58:10-51.

Mortalidade por agressão em meninas e mulheres, segundo meio utilizado e raça/cor da pele no Brasil, 2010 a 2021

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CDANT/Daent/SVSA): **Marli de Mesquita Silva Montenegro, Cintia Honório Vasconcelos, Ellen Cássia Dutra Pozzetti Gouvea, Patrícia Pereira Vasconcelos de Oliveira.** Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (Daent/SVSA): **Maria del Carmen Bisi Molina.**

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada".¹ A violência contra as mulheres pode ter consequências letais, como o homicídio ou o suicídio.

No mundo em 2017, 50 mil meninas e mulheres foram assassinadas por parceiro íntimo ou por outro membro da família. A taxa de mortalidade global foi de 1,3, na África 3,1 e nas Américas 1,6 mortes por 100 mil mulheres.²

No Brasil, no primeiro semestre de 2022, 699 mulheres foram vítimas de feminicídio, representando um aumento de 10,8% em relação ao mesmo período de 2019. Mulheres negras foram 62% deste total, e 81,7% tinham vínculo com o autor da ocorrência (parceiros ou ex-parceiro), sendo que apenas 3,8% eram pessoas desconhecidas.³

Deste modo, este estudo descritivo teve como objetivo caracterizar o perfil da mortalidade por agressão em meninas e mulheres, segundo meio utilizado, Brasil e UF, de 2010 a 2021.

Os dados de mortalidade foram obtidos a partir do SIM, com base na Declaração de Óbito (DO), porém vale destacar que os dados de 2021 são preliminares e sujeitos a alterações. Os óbitos foram selecionados segundo os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima revisão (CID-10), segundo residência. Considerou-se neste estudo, mortalidade por agressão os óbitos classificados como: agressão (X85-Y09), intervenção legal (Y35), eventos de intenção indeterminada com uso de arma de fogo (Y22 a Y24), sequelas de agressão Y87.1 e sequelas de intervenção legal Y89.0.

As subcategorias de meios de agressão utilizados foram arma de fogo (X93 a X95; Y22 a Y24), perfuro (X99; Y00), estrangulamento (X91) e demais meios (X85 a X90, X92, X96 a X98, Y01 a Y09; Y35; Y89.0, Y87.1).

Para descrição do perfil de mortalidade por agressão em mulheres, no ano de 2021, os dados foram apresentados segundo o meio utilizado na agressão (arma de fogo, perfuro, estrangulamento e demais meios). Assim foram consideradas as seguintes variáveis: faixa etária (0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 29 anos, 30 a 49 anos, 50 a 69 anos, 70 e mais, ignorado); raça/cor da pele (branca, negra, amarela, indígena e não informada); escolaridade (nenhuma, de 1 a 3, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos, 12 anos e mais, não informado); estado civil (solteiro, casado e união estável, viúvo, separado, não informado).

Para o cálculo das taxas de mortalidade por agressão por 100 mil mulheres, padronizadas por idade, foi considerada a população padrão do censo de 2010. Os dados populacionais foram obtidos por meio da projeção da população das UF por sexo e idade: 2000 a 2030 – IBGE, por meio do Tabnet.

Apesar de não ser o foco do estudo, por falta desta classificação no SIM, estima-se que um grande percentual de homicídios de mulheres sejam feminicídio. Sendo assim, a lei do feminicídio⁴ prevê três hipóteses para inclusão desta qualificadora do homicídio: decorrente de violência doméstica e familiar em razão da condição de sexo feminino, em razão de menosprezo à condição feminina, e em razão de discriminação à condição feminina.⁵

Ao analisar o perfil das meninas e mulheres mortas por agressão em 2021 (Tabela 2), observa-se que foram na maioria mulheres jovens, negras, da Região Nordeste, com baixa escolaridade, solteiras e o principal meio utilizado foi a arma de fogo. Essas características também

foram encontradas em outros trabalhos com estudos ecológicos da violência, no Maranhão,⁶ Rio Grande do Norte,⁷ em Campinas, São Paulo,⁸ nas capitais e em municípios de grande porte,⁹ entre outros.

TABELA 2 Óbitos por agressão de meninas e mulheres, segundo meio utilizado, faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade (em anos), estado civil e Regiões. Brasil, 2021*

	Arma de fogo		Pérfuro		Estrangulamento		Demais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária	1.915	51,5	1.199	32,3	215	5,8	387	10,4	3.716	100,0
0 a 4 anos	12	0,6	16	1,3	7	3,3	26	6,7	61	1,6
5 a 9 anos	12	0,6	4	0,3	2	0,9	11	2,8	29	0,8
10 a 14 anos	47	2,5	16	1,3	8	3,7	6	1,6	77	2,1
15 a 29 anos	862	45,0	353	29,4	63	29,3	97	25,1	1.375	37,0
30 a 49 anos	772	40,3	574	47,9	78	36,3	132	34,1	1.556	41,9
50 a 69 anos	179	9,3	177	14,8	29	13,5	69	17,8	454	12,2
70 anos e mais	23	1,2	54	4,5	25	11,6	39	10,1	141	3,8
Ignorada	8	0,4	5	0,4	3	1,4	7	1,8	23	0,6
Raça/cor da pele										
Branca	482	25,2	378	31,5	95	44,2	142	36,7	1.097	29,5
Negra	1.386	72,4	785	65,5	109	50,7	228	58,9	2.508	67,5
Amarela	3	0,2	3	0,3	2	0,9	1	0,3	9	0,2
Indígena	8	0,4	14	1,2	3	1,4	9	2,3	34	0,9
Não Informado	36	1,9	19	1,6	6	2,8	7	1,8	68	1,8
Escolaridade (em anos)										
Nenhuma	48	2,5	51	4,3	9	4,2	26	6,7	134	3,6
1 a 3	190	9,9	140	11,7	19	8,8	52	13,4	401	10,8
4 a 7	642	33,5	313	26,1	50	23,3	96	24,8	1.101	29,6
8 a 11	574	30,0	385	32,1	71	33,0	101	26,1	1.131	30,4
12 e+	105	5,5	65	5,4	16	7,4	20	5,2	206	5,5
Não Informado	356	18,6	245	20,4	50	23,3	92	23,8	743	20,0
Estado Civil										
Solteiro	1.354	70,7	680	56,7	108	50,2	195	50,4	2.337	62,9
Casado e união estável	297	15,5	264	22,0	46	21,4	69	17,8	676	18,2
Viúvo	30	1,6	42	3,5	23	10,7	27	7,0	122	3,3
Separado jud	60	3,1	76	6,3	10	4,7	30	7,8	176	4,7
Não Informado	174	9,1	137	11,4	28	13,0	66	17,1	405	10,9
Regiões										
Norte	240	12,5	191	15,9	26	12,1	39	10,1	496	13,3
Nordeste	946	49,4	385	32,1	40	18,6	90	23,3	1.461	39,3
Sudeste	361	18,9	324	27,0	83	38,6	164	42,4	932	25,1
Sul	235	12,3	147	12,3	49	22,8	65	16,8	496	13,3
Centro-Oeste	133	6,9	152	12,7	17	7,9	29	7,5	331	8,9

Fonte: SIM. *Dados de 2021 são preliminares.

Um estudo sobre a iniquidade de gênero e raça na mortalidade de adolescentes e adultos jovens por homicídio no Brasil, observou-se uma maior relação entre negros e o risco de morte por homicídio. As mulheres negras apresentaram duas vezes mais risco que as mulheres brancas.¹⁰ Resquícios de uma sociedade escravocrata, o racismo estrutural ainda é latente, resultando em uma população negra com escolaridade mais baixa, piores condições de trabalho e alta vulnerabilidade social.^{7,11} No presente estudo, também foi visto uma frequência de óbitos em mulheres solteiras, o que pode estar associado ao maior risco de morte em mulheres jovens e em uniões não formalizadas.¹¹

A Figura 39 apresenta a evolução das taxas de mortalidade por agressão em meninas e mulheres no período de 2010 a 2021. Tanto o Brasil como as regiões, com exceção da Norte, apresentaram taxas mais baixas em 2021 comparando com o início da série. A Região Centro-Oeste apresentou as maiores taxas até o ano de 2014, no qual a Região Norte passou a ocupar a primeira posição até 2019. A Região Sudeste se manteve com as menores taxas durante todo o período. Apesar dessa redução no risco da mortalidade por agressão em meninas e mulheres no Brasil, a intensidade dessas reduções tem diminuído nos últimos anos, exceto na Região Norte.

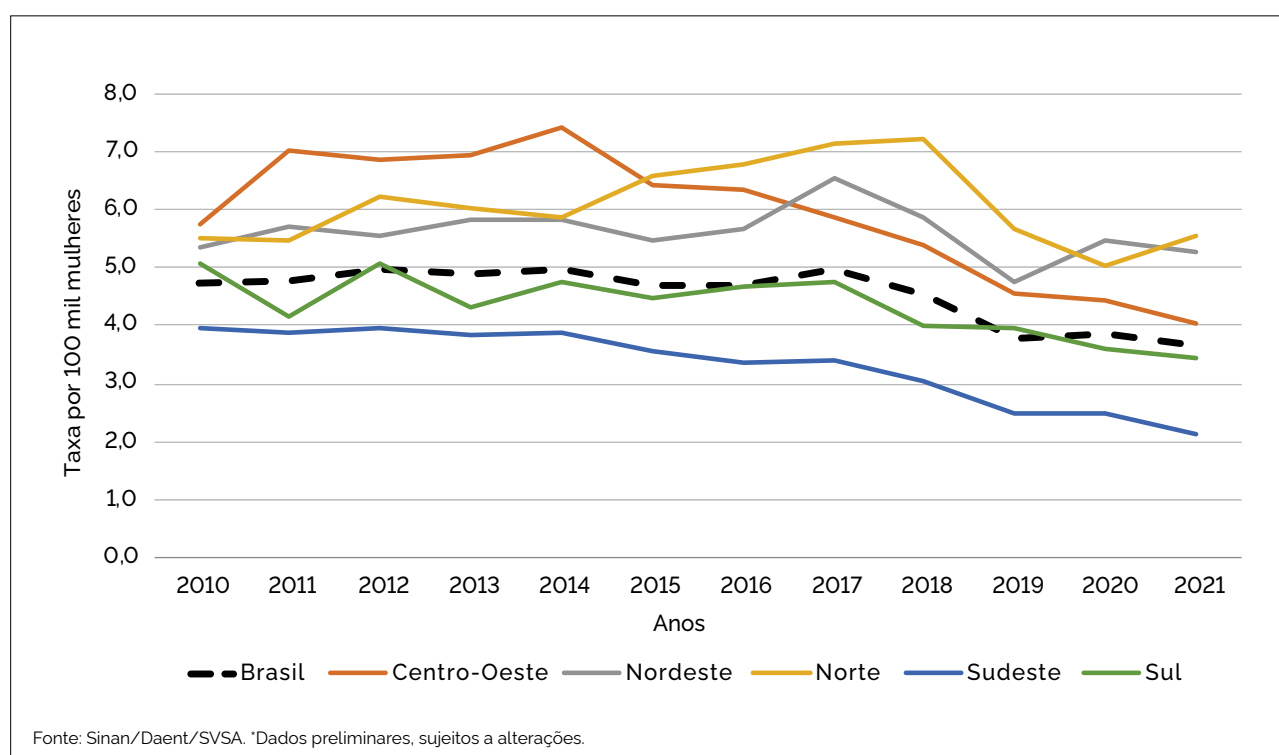


FIGURA 39 Taxa de mortalidade por agressão de meninas e mulheres, segundo região. Brasil, 2010 a 2021*

O meio de agressão letal mais utilizado contra meninas e mulheres foi o uso de arma de fogo. Entre 2010 e 2021, a taxa de mortalidade por agressão contra mulheres por esse meio, apresenta-se mais elevada na Região Nordeste e menos na Região Sudeste (Figura 40). Estudos de revisão correlacionam armas de fogo com crime, indicando que o aumento do número de armas de fogo em circulação na sociedade tende a ser acompanhado pelo agravamento da criminalidade e dos índices de violência. Os resultados mostram que a prevalência de armas de fogo está diretamente relacionada às taxas de homicídio.¹²

No Brasil, após o início da coleta de armas de fogo em 2004, observou-se redução das taxas de mortes violentas por esse meio em mulheres, crianças e idosos.¹³ Mas, mudanças na legislação que permitiram maior acesso às armas de fogo¹⁴⁻¹⁶ podem ter impulsionado o aumento nas agressões por esse meio, em especial nas Regiões Norte e Nordeste que apresentaram as maiores taxas. Estudo menciona que homicídios têm relação direta com armas legais e as mulheres são vítimas em potencial de armas de fogo tanto legais quanto ilegais.¹⁷

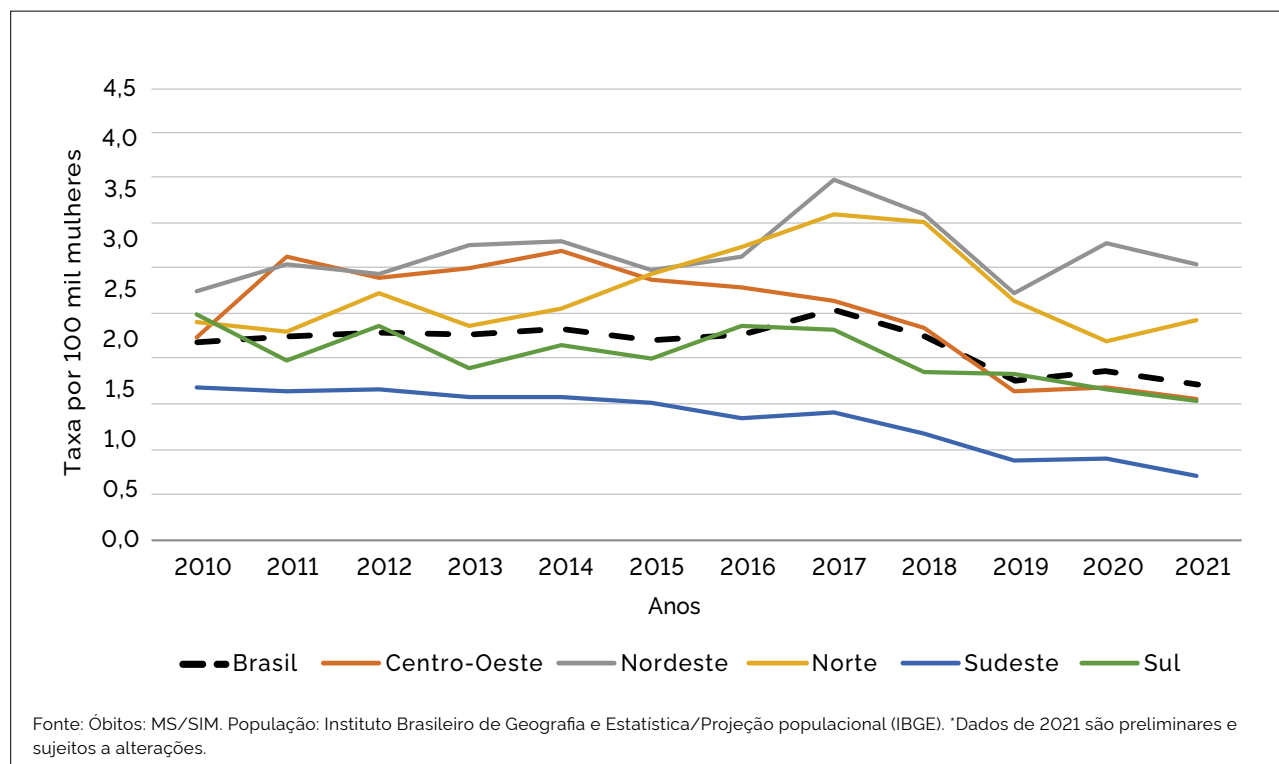


FIGURA 40 Taxa de mortalidade por agressão de meninas e mulheres com uso de arma de fogo, segundo Região. Brasil, 2010 a 2021*

Na Figura 41 são apresentadas na raça/cor da pele branca (a), negra (b) e indígena (c), a proporção de óbitos por agressão com meios utilizados e nas faixas etárias selecionadas (0 a 14, 15 a 29, 30 a 49, 70 e mais, total). Nos anos de 2010 a 2021 foram 54.032 óbitos de mulheres devido à agressão. As negras foram as maiores das vítimas fatais, com 63,6%, brancas com 31,8%, indígenas com 0,8% e não informadas com 3,6%. Em relação ao grupo etário, a maioria tinha idade de 15 a 49 anos, com 78,7%. O uso de arma de fogo nas agressões fatais foi predominante entre as negras e brancas. Já entre as indígenas o meio de agressão mais frequente foi o não especificado, classificado na figura como "Demais". O meio de agressão "pêrfuro" foi o segundo mais frequente entre brancas, negras e indígenas.

A Figura 42 mostra a distribuição das taxas de mortalidade por agressão em meninas e mulheres, em 2010 e 2021, segundo as UF. Em 2010, os estados de Goiás e Mato Grosso do Sul apresentavam taxas mais elevadas que em 2021. O mesmo nota-se para a maioria dos estados do Sudeste e o Paraná. Em contrapartida, os estados da Região Norte tiveram agravadas essa situação (Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima) com taxas mais elevadas, e o Ceará que apresentou a maior taxa do País em 2021. A Região Sudeste apresentou redução, sendo o estado do Espírito Santo com a maior taxa nos dois períodos, mesmo com redução em 2021. Alterações semelhantes foram detectadas em estudo sobre o deslocamento do homicídio no Brasil, principalmente a expansão em direção aos estados do Norte e Nordeste e retração nos estados da região Sudeste.¹⁸

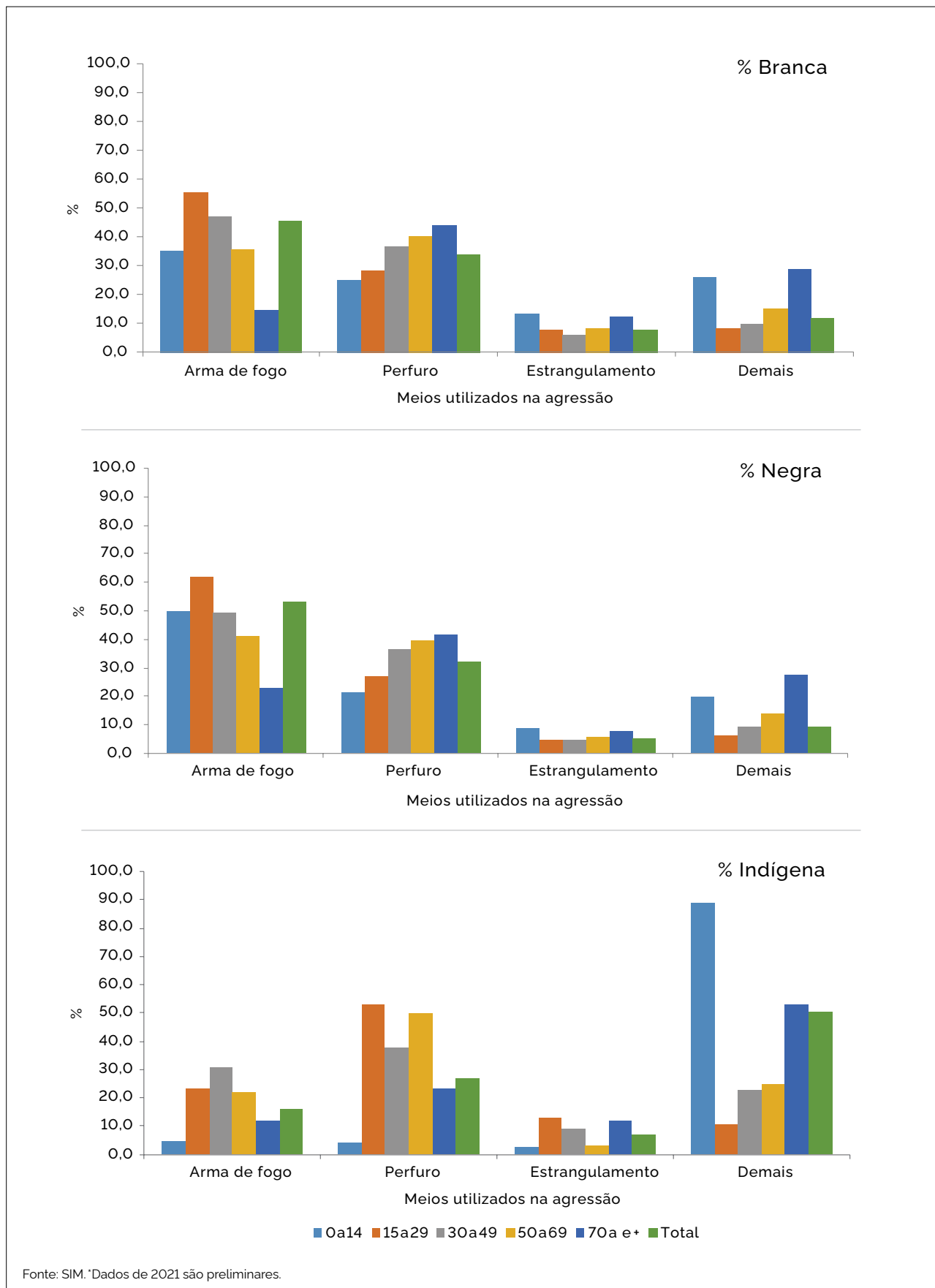


FIGURA 41 Percentual de óbitos por agressão de meninas e mulheres, segundo raça/cor e meio utilizado, Brasil 2010 a 2021*

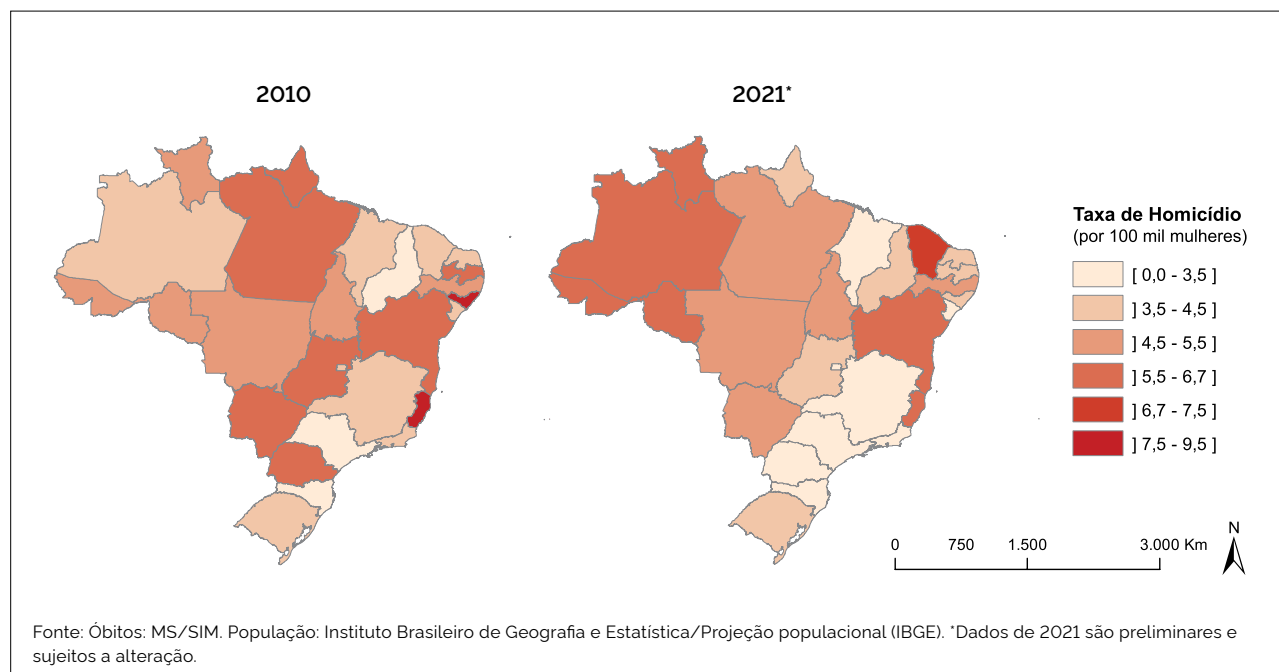


FIGURA 42 Taxas de mortalidade por agressão em meninas e mulheres, segundo unidades da Federação, Brasil, 2010 e 2021

Recomendações

Reduzir a mortalidade de meninas e mulheres agredidas está relacionada especialmente aos equipamentos de proteção do Estado, que precisam ser de amplo conhecimento da população, estarem disponíveis e com fácil acesso, como exemplo a Casa da Mulher Brasileira e a Delegacia Especial de Apoio à Mulher (Deam). Além disso, é importante a atuação da vigilância na capacitação dos profissionais de saúde com o objetivo de identificar os casos de violência, melhorar o registro do dado e encaminhar a vítima de violência à rede de apoio, quando se fizer necessário. É fundamental que essa rede seja efetiva para evitar que uma mulher vítima de violência evolua para um caso de óbito.

Para evitar que ocorram casos de feminicídio; nos quais o agressor tem relação de proximidade com a mulher, principalmente sendo cônjuge ou ex-cônjuge; é necessário que ocorra uma orientação correta, com indispensável avaliação de risco do feminicídio, com o oferecimento de medidas legais e sociais para preservar a integridade desta vítima, garantir sua segurança e melhorar sua qualidade de vida. As mulheres em situação de violência e seus dependentes, quando houver, precisam de suporte material, psicológico e garantia de segurança. Os casos de violência contra a mulher ocorrem em sua maioria no ambiente familiar, mas também é necessário ter um olhar para violência urbana e a violência relacionada ao tráfico de drogas.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Violência contra as mulheres [acesso em 16 Fev. 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>.
2. UNODC. Global Study on Homicide 2019 (Vienna, 2019).
3. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência contra meninas e mulheres no 1º semestre de 2022. 2022.
4. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. Lei n.º 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei n.º 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Publicado no Diário Oficial da União de 10.3.2015. Brasil, 2015.
5. Bianchini A. et al. Crimes contra mulheres. 4 ed. rev., ampl. e atual. São Paulo, Editora JusPodivm, 2022.
6. Coelho SF et al. Homicídios femininos no Maranhão, Brasil, 2000-2019: estudo ecológico. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 31(2):e2022209, 2022.
7. Ferreira IRS et al. Homicídios femininos no estado do Rio Grande do Norte e suas regiões de saúde no período de 2000 a 2016. Cad Saúde Colet, 2021;29(esp.):92-102.
8. Caicedo-ROA M, Cordeiro R. Análise de casos de feminicídio em Campinas, SP, Brasil, entre 2018 e 2019 por meio do modelo ecológico da violência. Ciência & Saúde Coletiva, 28(1):23-36, 2023.

9. Meneghel SN et al. Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9):2963-2970, 2017.
10. Aiquoc KM et al. Gender and race inequalities in adolescent and young adult homicide mortality rates: a multilevel ecological analysis of Brazilian municipalities. *Rev Bras Epidemiol*. 2022; 25:e220025.
11. Santos VC, DIAS AB. Os Efeitos do Racismo na Saúde Mental das Militantes Negras do MMNDS. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, 2022.
12. Borba A, Gomes AO. A atitude de policiais Federais brasileiros em relação às armas de fogo. *Revista de Administração Pública*, 55(6): 1.422-1.442, 2021.
13. Malta DC et al. Associação entre armas de fogo e mortalidade no Brasil, 1990 a 2017: um estudo de carga global de doença Brasil. *Popul Saúde Metro*. 2020 Set 30;18(Suppl 1):19. DOI: 10.1186/s12963-020-00222-3.
14. Brasil. Decreto 9.846, de 25 de junho de 2019, regulamenta a Lei n.º 10.826, de 22 de dezembro de 2003, para dispor sobre o registro, o cadastro e a aquisição de armas e de munições por caçadores, colecionadores e atiradores. Publicado no Diário Oficial da União, 25.6.2019 – Edição extra – A. Brasil, 2019.
15. Brasil. Decreto 9847, de 25 de junho de 2019. Regulamenta a Lei n.º 10.826, de 22 de dezembro de 2003, para dispor sobre a aquisição, o cadastro, o registro, o porte e a comercialização de armas de fogo e de munição e sobre o Sistema Nacional de Armas e o Sistema de Gerenciamento Militar de Armas. Publicado no Diário Oficial da União, de 25.6.2019 – Edição extra – B. Brasil, 2019.
16. Brasil. Decreto 10.030, 30 de setembro de 2019. Aprova o Regulamento de Produtos Controlados. Brasil, 2019. Publicado no Diário Oficial da União, de 30.9.2019 – Edição extra B e republicado em 1º.10.2019 – Edição extra.
17. Baculi AL et al. Uma nota sobre homicídios e a entrada de armas legais nas regiões brasileiras. *Rev. Bras. de Econ*, 75(1), 2021.
18. Soares-Filho AM et al. Expansão, deslocamento e interiorização do homicídio no Brasil, entre 2000 e 2015: uma análise espacial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(8):3097-3105, 2020.

Considerações finais

Os dados gerados e analisados permitiram evidenciar cenários demográficos e sanitários da mulher brasileira em anos recentes, sobretudo no que se refere às estatísticas vitais e às principais causas de morbimortalidade por Dant nessa população, visto que, todo óbito e lesão grave devem ser evitados e nenhum óbito por causa evitável deve ser aceitável. As informações apresentadas subsidiam a identificação de possibilidades de intervenção ao mesmo tempo em que fortalecem as agendas para a ampliação do acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Pelo exposto, observa-se que ainda há muito a avançar em direção à redução das múltiplas iniquidades que afetam a vida e a saúde de meninas e mulheres no Brasil. Mas, para além das desigualdades entre homens e mulheres, também merecem destaque aquelas presentes entre os diferentes recortes, incluindo aspectos socioeconômicos, raça/cor, orientação sexual e identidade de gênero. É preciso, portanto, que o sistema de saúde garanta a promoção da saúde, a prevenção, a informação, o acolhimento e o atendimento de todas as meninas e mulheres brasileiras.

Com as análises apresentadas, fica evidente que o lugar social ocupado pelas meninas e mulheres pode influenciar no seu processo de adoecimento e morte. Nesse sentido, os dados reforçam a importância do esforço coletivo, proposto pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant),¹ que está em sintonia com a Agenda 2020-2030 e em consonância com as recomendações mundiais e nacionais, para a prevenção das Dant e para a promoção da saúde.

No âmbito da vigilância em saúde, vale ressaltar a importância do preenchimento adequado e oportuno dos instrumentos oficiais de coleta de dados que alimentam os sistemas de informação. Por exemplo, por meio do Sinan, foi possível avaliar o cenário da violência contra a mulher considerando orientação sexual e identidade de gênero. Todavia, muitos são os motivos que podem levar à subnotificação ou registro inadequado de tais informações nesse e em outros sistemas.

Logo, os resultados aqui apresentados devem ser avaliados em conjunto com as demais fontes complementares de informação. No caso específico das violências contra mulheres LBT, é possível citar como exemplos os dossiês anuais divulgados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), os quais apresentam estimativas atualizadas sobre a situação de violência, violações de direitos humanos e assassinatos contra pessoas trans brasileiras.²

Com as redes assistencial e de vigilância (incluindo os seus recursos humanos e tecnológicos) preparadas, podemos contribuir para a garantia dos direitos à saúde de meninas e mulheres brasileiras, porém ainda são necessários muitos esforços para alcançar o pleno direito à vida. Além disso, a construção de cenários cada vez mais abrangentes e fidedignos da situação de saúde da população brasileira pode subsidiar a (re)construção de políticas públicas indutoras de ações equânimes para meninas e mulheres no Brasil.

¹Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view.

²Benevides, Bruna G. Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022 / Bruna G. Benevides. Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra) – Brasília, DF: Distrito Drag; Antra, 2023. 109p. Disponível em: <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.gov.br/bvs

DISQUE
SAÚDE 136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal