



Saúde



Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro  
Secretaria Municipal de Saúde  
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
**Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade**

Isabella Buás dos Santos

**Descrição de casos notificados de mulheres negras em situação de violência interpessoal, na zona norte do município do Rio de Janeiro, entre 2015 a 2025**

Rio de Janeiro

2026

Trabalho apresentado como requisito para obtenção do título de Pós-Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Orientadora: M.Sc Adriana Costa Gil  
Coorientadora: M.Sc Michelle Adrienne da Costa de Jesus

Rio de Janeiro

2026

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer, antes de tudo, a Deus. Sem Ele, eu não teria entrado na residência e muito menos suportado esses dois anos. Foi Ele quem me sustentou até aqui, nos dias bons e, principalmente, nos dias difíceis.

Agradeço à minha mãe, que orou por mim todos os dias e cuidou de tantas coisas para que o caminho se tornasse mais leve. À minha avó, à tia Vanusa e à tia Fátima, meu muito obrigada por todo apoio, pelas orações, por comemorarem cada conquista comigo e por me ouvirem por horas

.Agradeço também à Nathalie, Anne, Mauro, Thais, Carolina, Juliana, Camila e Mario, por estarem sempre torcendo e me apoiando quando precisei. Mesmo à distância, eu sabia que podia contar com vocês. A cada criança da minha vida, deixo meu carinho: nos dias difíceis, a presença de vocês, com seus jeitos, risadas e brincadeiras, tornava tudo mais fácil de enfrentar.

Meu agradecimento especial ao meu grupinho da Zilda: parceiros de clínica, meus residentes-irmãos. Patrick, Estrela, Guilyana, Lainnys, Luiza e Joyce, eu não sei se teria conseguido sem vocês. Obrigada por cada acolhimento, cada abraço, cada noite de conversa, cada pós-aula em um barzinho, cada quarta na Adélia, pelos almoços e pelas conversas na academia. Juntos fomos mais fortes e dividimos a carga. Os melhores amigos que eu poderia ter na residência da Zilda para a vida.

Agradeço profundamente à minha preceptora, Marina, por me acompanhar nesses dois anos com tanto acolhimento e empatia. Obrigada por me ajudar a ser mais calma, por criar um espaço de troca e diálogo onde eu conseguia me desenvolver. Obrigada por me ensinar a ser uma enfermeira melhor e por me conduzir no caminho da enfermagem em saúde da família e comunidade. Mais do que uma preceptora, você se tornou uma amiga com quem sei que posso contar.

Agradeço à Ana Paula, minha eterna R2, por acolher, ensinar e caminhar comigo durante todo esse tempo uma amizade para a vida. À Sarah, minha dupla de residência, quase minha médica: foram tantas trocas, tanto acolhimento. Cada uma com seu jeito, mas sempre aprendendo a ser melhor juntas. Obrigada. E à Vitória, minha R1, que veio de longe e também nos ensinou tanto nesse percurso.

A cada pessoa da minha equipe Guilherme, Leonídia, Janaína, Naíra, Fabiana, Murilo e Sheila meu muito obrigada. Vocês me ensinaram muito nesse período, foram fundamentais para mim, e levarei esses aprendizados para onde eu for. À Daniele, que saiu há quase um ano, mas deixou marcas importantes, obrigada por tudo que me ensinou. Aos internos de medicina Juliana, Tiffany, Gabriel e Luiz, obrigada, vocês também foram parte desse processo de troca e aprendizado.

Agradeço a todo o corpo de preceptoría da Zilda, aos que estão e aos que passaram. Vocês foram essenciais nessa caminhada, obrigada pela paciência e por cada interconsulta. À equipe da Zilda, meu agradecimento: juntos, vocês contribuíram para que esses dois anos fossem possíveis. E à equipe da PREFC, que esteve presente para acolher e nos direcionar, meu muito obrigada, especialmente ao Túlio e à Letícia.

## RESUMO

SANTOS, ISABELLA BUÁS DOS SANTOS. *Descrição de casos notificados de mulheres negras em situação de violência interpessoal, na zona norte do município do Rio de Janeiro, entre 2015 a 2025.* 2026. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

A mulher, inserida em uma sociedade patriarcal, sofre violência pelo simples fato de ser mulher, assim como a população negra é historicamente violentada em razão de sua raça. Ao analisar especificamente a mulher negra, observa-se uma vulnerabilidade ainda maior, tornando-a mais suscetível à violência na sociedade. Dados epidemiológicos e históricos demonstram que mulheres negras sofrem mais violência; contudo, muitas dessas situações permanecem invisibilizadas. Esse cenário está relacionado ao desconhecimento da violência contra a mulher no contexto da vigilância epidemiológica, evidenciando subnotificações que frequentemente ocorrem devido à não identificação dos casos por profissionais da Atenção Primária à Saúde, associada à sobrecarga de trabalho e ao desconhecimento acadêmico. O presente estudo teve como objetivo analisar o perfil de mulheres negras vítimas de violência nos territórios 3.1, 3.2 e 3.3 do município do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2025. Foram analisados dados do Observatório Epidemiológico do município do Rio de Janeiro, não sendo necessária a submissão ao Comitê de Ética por se tratarem de dados públicos. Os resultados demonstraram que mulheres negras são as principais vítimas na cidade, sofrendo predominantemente violência física, motivada pelo sexismo, por força corporal, em sua residência. As principais notificações envolvem agressores desconhecidos, violência por força física/espancamento, mulheres solteiras, heterossexuais e com baixa escolaridade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, População Negra, Violência contra mulher.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do Tempo de Mulheres Negras.....	17
Figura 2 – Linha do tempo do SINAN.....	23
Figura 3 – Componente VIVA.....	25
Figura 4 – Fatores relacionados a violência.....	27
Figura 5 – Mediana da idade das vítimas dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, notificadas na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	38

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, no período de 2015 a 2025 no MRJ.....	31
Gráfico 2 –Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, por raça cor, no MRJ.....	31
Gráfico 3 –Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, notificados nas zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3, no período de 2015 a 2025.....	32
Gráfico 4 –Distribuição de notificações de violência contra mulher, por raça e cor na zona norte do MRJ AP 3.1, 3.2, 3.3, no período de 2015 a 2025.....	32
Gráfico 5 – Distribuição de notificações de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, na zona norte do MRJ AP 3.1, 3.2 e 3.3, no período de 2015 a 2025.....	33
Gráfico 6 –Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por natureza, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ, no período de 2015 a 2025.....	33
Gráfico 7 –Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por motivações, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ no período de 2015 a 2025.....	34
Gráfico 8 –Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por principais meios de agressão, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ no período de 2015 a 2025.....	34
Gráfico 9 – Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por locais de ocorrência, no MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	35
Gráfico 10 –Distribuição do vínculo/grau parentesco com provável autor dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, notificadas na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	35
Gráfico 11 - Distribuição da escolaridade das mulheres negras adultas, vítimas de violência interpessoal na zona norte do MRJ 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	36
Gráfico 12: Distribuição de casos notificados das mulheres negras adultas vítimas de violência interpessoal, por situação conjugal, na zona norte do MRJ -AP- 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	36
Gráfico 13: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por orientação sexual, notificadas na zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	37
Gráfico 14: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por identidade de gênero, notificadas na zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.....	37

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipologia da violência.....	11
Quadro 2 – Recomendações para profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde(APS).....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FBSP	Brasileira de Segurança Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
MRJ	Município do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
VIVA	Sistema de Informação de Mortalidade por Violência

## **LISTA DE SÍMBOLOS**

% Porcentagem

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 RELEVÂNCIA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4 OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>16</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>29</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>
<b>APÊNDICE A – Perfil epidemiológico de mulheres negras adultas em situação de violência.....</b>	<b>48</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A violência, em suas múltiplas formas, perpétua por séculos e atravessando a população com seus agravos. Presente em todas as sociedades e a violência no mundo é uma questão de Saúde Pública, suas expressões causando consequências às vezes irreparáveis na vida das pessoas. Ela em si não é questão de saúde, no entanto as consequências afetam a saúde física, psicológica e afetando o cotidiano (D'AVILA,2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), classificou as violências em três tipos: autoprovocada, interpessoal, sendo dividida em intrafamiliar, comunitária e coletiva. Assim como divide quatro atos violentos: física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência (OMS,2002).

**Quadro 1:** A violência é expressa em diversos tipos e suas tipologia por Njaine, 2020:

Autoinfligida	Suicídio, tentativas e automutilações
Criminal	por organizações criminosas tráfico de drogas, humano e exploração do trabalho infantil e juvenil
Estrutural	Desigualdades sociais, culturais, de gênero e étnicas que lev/am a miséria
Institucional	Burocratização, direitos negados e uso de força policiais
Interpessoal	moral, psicológica e física
Em espaços sociais	Opressões, segregação e dominação em espaços sociais
Intrafamiliar	Violência Doméstica contra dentro espaço familiar, podendo ser contra mulher, criança, idoso ou cônjuge
Cultural	Discriminações contra valores, crenças e práticas

Uma pesquisa realizada pelo Instituto DataSenado em 2023, demonstrou que a violência

doméstica contra mulheres negras tem um fator de renda e baixa escolaridade. A pesquisa 66% das mulheres não possuíam renda para se manter demonstrando que os fatores de determinantes sociais estão atrelados a aumento a risco de ser vítima de violência doméstica. De acordo com Organizações da Nações Unidas (ONU), globalmente em 2023, 51.100 meninas e mulheres foram mortas por seu parceiro íntimo ou seus familiares, ou seja, 140 mortes por dia, ou seja, 1 morte a cada 10 minutos. A região onde maior índice de feminicídio é a África, no entanto, a região onde o autor é parceiro íntimo é Europa, seguido de Americas.

No Brasil em 2023, de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2024, 3930 mulheres foram mortas, sendo 1467 mortas por razões de gênero.

O perfil das vítimas de feminicídio é 66,3% negras, a maioria com idade entre 18 e 44 anos e 64,3% ocorrem na residência e 63% realizadas pelo companheiro. Demonstrando que a maior parte das mulheres vítimas de violência são negras, que sua casa não é um ambiente seguro e seus companheiros são seus agressores.

No estado do Rio de Janeiro em 2023 foram registradas 63.829 notificações de violência interpessoal e autoprovocada. Sendo 73,4% do sexo feminino 62,2% negras. O tipo de violência contra mulher é física, psicológica e sexual. E mais de 50% são adultos entre 20 a 59 anos, seguidos por adolescentes de 10 a 19 anos. Na cidade do Rio de Janeiro em 2023, 10.020 notificações de violências interpessoais, 66,7% provocadas por parceiro íntimo. Foi identificado que a cada 1 hora uma mulher sofreu pelo menos uma violência interpessoal.

Compreendemos que a violência pode apresentar de diversas formas, mas falaremos sobre uma violência que precisa ser vista a violência contra mulher negra:

“O racismo e o sexismo repercutem de diferentes formas na sociedade, implicando restrições específicas dos direitos das populações vitimadas, e, ao se tratar de mulheres negras, considerando, ainda, a ação de um duplo preconceito.”  
(OLIVEIRA, 2019)

O corpo da mulher negra é um corpo formado por marcas de violência, de uma sociedade que não a reconhece como mulher e que as colocam como a base da pirâmide social (BENTO, 2022 p.51). O discurso em 1851 de Sojourner Truth, onde ela questiona “E não sou

uma mulher?” onde no contexto ela criticava o tratamento então recebido por ela, sendo mulher negra em comparação a mulheres brancas.

Como mulher negra, carioca e enfermeira, que vivenciou violências de gênero e intrafamiliares, como ao ser vista como um objeto de sexualização desde os 10 anos e crescer em um lar entre pessoas brancas sendo vítima de violência psicológica e racismo. Ao entrar no programa de residência em Saúde da Família e Comunidade no Complexo do Alemão se deparou com uma realidade, não muito diferente com as vivências, a partir de um caso de uma adolescente de 15 anos e mulheres que não se reconheciam como vítimas de violência, que sofriam violência intrafamiliar e racismo, optando portanto em me aprofundar nas violências entre pessoas negras.

É nesse contexto que a Atenção Primária à Saúde que é a principal porta de entrada do sistema único de saúde (SUS) que tem como objetivo o cuidado integral e longitudinal, por está inserida no território, desempenhando um papel fundamental na identificação dos casos. Isso se deve à formação de vínculo e à longitudinalidade do cuidado, que favorecem a abertura da usuária. (BRASIL,2022).

Apesar de os dados indicarem um quadro alarmante em relação à violência contra as mulheres, é importante reconhecer que muitos casos ainda permanecem invisibilizados. Essa subnotificação decorre, em parte, do não preenchimento adequado pelos profissionais responsáveis, mesmo tratando-se de uma notificação compulsória (CERQUEIRA, 2025).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Nos últimos onze anos (2013-2023), 47.463 mulheres foram assassinadas no Brasil, conforme registros do sistema de saúde. Somente em 2023, os registros apontam para 3.903 mulheres vítimas de homicídio, o que equivale a uma taxa de 3,5 mulheres por grupo de 100 mil habitantes do sexo feminino (Atlas da Violência, 2025).

Outro dado relevante e que merece destaque é o fato de que em 10 estados a taxa cresceu; em 15 ela diminuiu; e em dois ela seguiu sem alterações, seguindo o padrão nacional. Os maiores crescimentos das taxas foram observados no Rio de Janeiro (28,6%) (Atlas da Violência, 2025).

Em 2023, foram registradas 2.662 mulheres negras vítimas de homicídio, o que representa 68,2% do total de homicídios femininos. Dito de outro modo, estamos diante de uma taxa de 4,3 mulheres negras mortas por homicídio por grupo de 100 mil habitantes (Atlas da Violência, 2025).

De acordo com dados apontam que as mulheres negras são as que mais sofrem violência e também constituem as principais vítimas de feminicídio no Brasil. Nesse contexto, a qualificação da notificação exerce papel fundamental na análise dos dados, contribuindo para a formulação e o fortalecimento de políticas públicas voltadas ao enfrentamento dessas violências. (BRASIL, 2016)

Por meio deste estudo, busca-se evidenciar a relação entre racismo e violência contra a mulher, bem como ressaltar o problema das subnotificações, realidade presente em todos os níveis de atenção à saúde. Muitos casos deixam de ser notificados em razão do desconhecimento dos profissionais acerca dos fluxos de notificação das violências e do não reconhecimento de formas de violência que não sejam físicas e/ou sexuais (Vasconcelos, 2024). Assim, espera-se que este estudo possa subsidiar, a partir dos dados analisados, a proposição de estratégias a serem desenvolvidas pela Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro.

## 1.2 RELEVÂNCIA

Conforme o Atlas 2025, para cada 1 mulher não branca vítima de homicídio de mulher não negra ocorreram 70% mais homicídios em mulheres negras. Com esses dados conseguimos compreender a importância de se estudar esse tema para a saúde. De acordo com relatório da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2025, com o aumento da temperatura da Terra, aumenta o número de mulheres vítimas de violência, a afirmação tem relação com o evento extremo agrava as vulnerabilidade, consequentemente prejudicando mulheres mais vulneráveis.

A ONU, 2023 também possui como Objetivos Desenvolvimento Sustentável no Brasil, a Agenda 2030 dentre os eles está a igualdade de gênero que engloba eliminar todas as formas de violência, portanto compreendemos a importância do tema.

A pesquisa contribuirá com a atuação de profissionais de saúde, melhorando o cuidado de mulheres em situação de violência.

### **1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO**

Utilizando os descritores do DeCS violência contra a mulher, racismo e atenção primária, foram localizados seis artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos quais apenas alguns se aplicavam diretamente ao tema abordado. Observa-se que, embora a raça/cor esteja fortemente associada à maior prevalência da violência contra a mulher, ainda há escassez de estudos que explorem essa relação de forma aprofundada. Diante disso, evidencia-se a necessidade da realização de pesquisas que abordem do tema.

Conhecer e divulgar os dados será importante para mulheres negras em situação de violência, pois através dele poderão formular políticas para melhor atenção.

Assim como para a enfermagem que terá um panorama da situação contribuindo para o cuidado com equidade. Para a academia que poderá criar políticas públicas para realidade do Município do Rio de Janeiro.

Trazer visibilidade para a temática contribui para a vida de mulheres que, muitas vezes, são invisibilizadas pela sociedade e enfrentam situações de violência cotidiana. A vivência no território evidencia a necessidade de dar visibilidade a essas mulheres e às múltiplas formas de violência às quais estão expostas.

Este trabalho contribuirá para amplitude de conhecimento no reconhecimento de fatos e semelhanças dos casos, especialmente quando atravessado por marcadores sociais como raça, território e condição socioeconômica.

Dessa forma, reforça-se a necessidade de um olhar interseccional e qualificado por parte dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde, visando à identificação precoce, ao acolhimento adequado e ao encaminhamento oportuno desse público.

Considerando a relevância da temática, os dados apresentados e vivência da autora, delimitou-se como questão de pesquisa:

Como se caracterizam os casos notificados de violência interpessoal, em mulheres negras, na zona norte do município do Rio de Janeiro, entre 2015 a 2025.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Descrever os casos notificados de mulheres negras em situação de violência interpessoal, na zona norte do município do Rio de Janeiro, entre 2015 a 2025.

### **Objetivo específico**

Divulgar a informação da descrição de casos notificados de mulheres negras em situação de violência interpessoal, na zona norte do município do Rio de Janeiro, entre 2015 a 2025 a partir da elaboração de um folder digital.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Violência em mulheres negras: breve história e enfrentamentos a partir do feminismo negro**

O Brasil, como é amplamente reconhecido, foi colonizado por portugueses, e a história da colonização frequentemente inviabiliza as experiências e a resistência da população negra (González, 1988).

Durante muito tempo, os negros foram representados por estereótipos que os associavam à passividade e à aceitação da escravidão, além de atribuírem a eles uma alegada incapacidade intelectual. No entanto, a realidade era bem diferente, pois sempre houve resistência por parte dos negros contra o sistema opressor (González, 1988).

A mulher negra, nesse contexto, desempenha dois papéis: o da trabalhadora no campo, que incentivava os companheiros a lutar pela liberdade, e o da mucama, responsável pelos cuidados da casa-grande e pelo andamento das atividades domésticas (González, 1988).

Figura 1: Linha do tempo de Mulheres negras



Fonte: ORGANIZAÇÃO MARCHA/2025, FERREIRA SOUZA2015/ MARQUESE 2006/

GONZALEZ 2020)

“A situação da mulher negra, hoje, não é muito diferente de seu passado de escravidão. Enquanto negra e mulher, é objeto de dois tipos de desigualdades que fazem dela o setor mais inferiorizado da sociedade brasileira. Enquanto trabalhadora, continua a desempenhar as funções modernizadas da escrava do eito, da mesma mucama e da escrava de ganho. Enquanto mãe e companheira, continua aí, sozinha, a batalhar o sustento dos filhos, enquanto o companheiro, objeto da violência policial, está morto ou na prisão, ou então desempregado e vítima do alcoolismo. Mas seu espírito de quilombola não a deixa soçobrar.”(GONZALEZ, 2020 p.181)

O movimento feminista, embora tenha desempenhado um papel crucial na luta contra o patriarcado, nas questões de sexualidade, violência e direitos reprodutivos, historicamente negligenciou a dimensão racial dessa opressão. A falta de um olhar antirracista dentro do movimento feminista, destacado por a invisibilidade da mulher negra dentro das pautas feministas tradicionais. (GONZALEZ, 2020 p.52)

Em um discurso emblemático, Sojourner Truth, ex-escrava e militante pelos direitos das mulheres, desafiou as noções de feminilidade e direitos das mulheres ao questionar a representação da mulher frágil e delicada. Em seu famoso discurso "Não sou uma mulher?", ela expôs as disparidades de gênero e raça, questionando a ideia de que as mulheres brancas mereciam privilégios simplesmente por serem mulheres, enquanto ela, uma mulher negra, havia trabalhado tanto quanto os homens e sofrido de forma desproporcional.

“Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoitamento também! E não sou uma mulher? Eu pari 3 treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher?”

Daí eles falam dessa coisa na cabeça; como eles chamam isso... [alguém da audiência sussurra, “intelecto”). É isso querido. O que é que isso tem a ver com os direitos das mulheres e dos negros? Se o meu copo não tem mais que um quarto, e o seu está cheio, porque você me impediria de completar a minha medida?

Daí aquele homenzinho de preto ali disse que a mulher não pode ter os mesmos direitos que o homem porque Cristo não era mulher! De onde o seu Cristo veio? De onde o seu Cristo veio? De Deus e de uma mulher! O homem não teve nada a ver com isso.

Se a primeira mulher que Deus fez foi forte o bastante para virar o mundo de cabeça para baixo por sua própria conta, todas estas mulheres juntas aqui devem ser capazes de conserta-lo, colocando-o do jeito certo novamente. E agora que elas estão exigindo fazer isso, é melhor que os homens as deixem fazer o que elas querem.” (TRUTH, 2014, tradução Osmundo Pinho)

Na década de 1970, no contexto da Ditadura Militar, o Movimento Negro no Brasil emergiu com o objetivo de combater o racismo e defender a população afro-brasileira. Nesse mesmo período, surgiram movimentos a favor da reforma sanitária, que visavam democratizar o acesso à saúde no país (Araújo, 2022).

As mulheres negras também participaram ativamente dessa luta, com o Movimento de Mulheres Negras focado na promoção da saúde e no enfrentamento das desigualdades raciais no setor, conforme o texto abaixo:

“As reivindicações da população negra e de movimentos sociais – especialmente o Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro – por mais e melhor acesso ao sistema de saúde participaram da esfera pública ao longo dos vários períodos da história das mobilizações negras, principalmente no período pós-abolição, e se intensificaram na segunda metade do século XX, com forte expressão nos movimentos populares de saúde, chegando a participar dos processos que geraram a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à

saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo” (WERNECK, 2016)

A ausência de uma política específica voltada para a superação das desigualdades raciais no SUS foi parcialmente corrigida em 2006, quando foi criada a Política Nacional de Saúde da População Negra. Entre seus objetivos, destacam-se ações voltadas para a prevenção de abusos, exploração e violência, incluindo assédio moral no ambiente de trabalho (BRASIL, 2017).

Entretanto, os desafios persistem, principalmente no que diz respeito à mulher negra, que continua sendo a mais afetada pelas intersecções entre racismo e sexismo. De acordo com Jurema Werneck, a mulher negra enfrenta uma dupla opressão, tanto racial quanto de gênero, que a coloca em uma posição vulnerável dentro do sistema de saúde. Estes fatores, quando não tratados de maneira eficaz por meio de políticas públicas, acabam perpetuando as desigualdades no SUS.

Como evidenciam os indicadores sociais, embora representem a maior parte da população em idade ativa, as mulheres negras continuam a ser as menos beneficiadas por avanços sociais. Elas enfrentam uma maior incidência de doenças crônicas, violência, uma alarmante taxa de mortalidade materna e desigualdade no acesso a saúde. (BRASIL 2023).

Desde a escravidão, as Mulheres Negras mostraram sua força através da resistência e luta pela liberdade, embora a historiografia esteja deficitária com relação à História da Mulher Negra (Vargas e Wanbier, 2016).

Além da escravidão, havia ainda, o problema da prostituição; devido à pobreza extrema, ela foi a base para a sobrevivência. Era comum enteadas, filhas, irmãs, cunhadas e esposas se prostituírem para sustentar as famílias (Vargas e Wanbier, 2016).

Elas ainda sofriam com casamentos, maridos violentos e exploradores, que se legitimava na lei do branco, onde afirmava que tudo deveria ser dos dois, mas apenas as mulheres negras trabalhavam e ainda apanhavam (Vargas e Wanbier, 2016).

Elas estavam à mercê de todo tipo de violência; tiveram que enfrentar a crueldade da escravidão, o governo, a opressão dos homens, não só dos seus senhores, mas também de companheiros violentos ou mesmo homens que viam nelas uma forma de atingir seus

objetivos (Vargas e Wanbier, 2016).

Hoje, o racismo e a cor da pele são determinantes fundamentais na saúde da mulher negra. Ela é a que mais sofre violência e a que está mais exposta a riscos de doenças. O estereótipo da mulher negra forte e resistente, muitas vezes, a coloca em situações de maior vulnerabilidade, especialmente no que diz respeito à violência. (WERNECK, 2016)

Em resposta a essa realidade, a ONU Mulheres lançou o projeto Mulheres Negras Rumo a um Planeta 50-50 em 2030, com o objetivo de combater o racismo e promover a igualdade de gênero, destacando, mais uma vez, as condições de vida da mulher negra no Brasil.

Conforme as afirmações acima compreendemos a trajetória histórica revela a luta incansável da mulher negra, que, apesar das barreiras impostas pela sociedade, continua a buscar sua afirmação e o seu espaço, seja no contexto político, social ou de saúde.

## **2.2 A violência como um problema de saúde pública: marcos temporais.**

No final do século XX e início do XXI, observou-se um crescimento dos índices de violência no mundo, culminando no reconhecimento da violência como um problema de saúde pública durante a Assembleia Mundial da Saúde de 1996, reafirmado posteriormente pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.(BRASIL,2016)

Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2002. No Brasil, em 2001, o tema foi reconhecido como questão de saúde pública com a publicação da Portaria nº 737/2001, que instituiu a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Em 2003, foi sancionada a Lei nº 10.778, de 26 de novembro, que determinou a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher. No ano seguinte, a Portaria nº 2.406/2004 instituiu a obrigatoriedade da notificação em todo o território nacional, com aprovação de instrumentos, protocolos e fluxos específicos.

Em setembro de 2005, foi aprovada a Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências, que promoveu ações de capacitação e aprimoramento profissional para gestão e avaliação das intervenções propostas (Brasil, 2016).

Em 2006, por meio da Portaria MS/GM nº 687, foi implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que reforçava a transversalidade dos determinantes sociais da violência. No mesmo ano, o Pacto pela Saúde redefiniu responsabilidades dos gestores, com foco na equidade e na integralidade da atenção.

Ainda em 2006, a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, instituiu mecanismos de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher, prevendo punições aos agressores e reconhecendo diversas formas de violência: física, patrimonial, moral, sexual e psicológica.

Em 2011, foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com o objetivo de consolidar fundamentos conceituais e políticos para o enfrentamento da violência e contribuir para a assistência às mulheres em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2011).

Em 2013, o Decreto nº 8.086 instituiu o Programa Mulher: Viver sem Violência, voltado à integração e ampliação dos serviços públicos destinados a mulheres em situação de violência, articulando os setores de saúde, justiça, rede psicossocial e promoção da autonomia financeira.

O mesmo decreto instituiu a criação da Casa da Mulher Brasileira e a integração com a Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, sendo atualizado pelo Decreto nº 11.431, de 8 de março de 2023.

Em 2013, também foi instituído o III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013–2015), reafirmando a transversalidade de gênero e o combate às discriminações. No ano seguinte, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada, por meio da Portaria nº 2.446/2014, reafirmando a promoção da cultura da paz como uma de suas prioridades.

Nesse mesmo período, a Portaria MS/GM nº 1.271/2014 atualizou a Lista Nacional de Notificação Compulsória, determinando a notificação imediata (em até 24 horas) dos casos de

violência sexual e tentativas de suicídio, a fim de garantir intervenção oportuna.

Em 2015, a Lei nº 13.104 alterou o Código Penal, incluindo o feminicídio como circunstância qualificadora do homicídio e o classificando como crime hediondo.

### **2.3 O Sistema de Informação de Agravos de Notificação ( SINAN) como captador dos dados de notificação.**

A notificação compulsória é o ato obrigatório de informar à autoridade de saúde sobre determinado agravo, evento de saúde ou doença, realizado por profissionais de saúde ou responsáveis por departamentos públicos ou privados (BRASIL, 2025).

No Brasil, as notificações compulsórias tiveram início em 1961, por meio do Decreto nº 49.974-A, que determinava a obrigatoriedade de notificação de mais de quarenta doenças. Posteriormente, na Lei 6.259 de 1975, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), responsável pelo controle de doenças endêmicas, ocasião em que a lista de doenças foi modificada (BRASIL, 2022).

Na década de 1990, com a promulgação da Lei nº 8.080/90, determinou-se a inclusão dos municípios na gestão das ações de saúde preventiva e assistencial. Nesse contexto, foi desenvolvido o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2022).

Criado em 1993, o sistema passou a operar em 1994, apresentando inicialmente uma estrutura centralizada e dificuldades operacionais, devido ao desconhecimento sobre seu funcionamento, o que resultava em divergências nas informações. (BRASIL, 2022).

O SINAN foi concebido como uma fonte de informação integrada entre as esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo subsídios para a gestão em saúde pública. Ao longo dos anos, o sistema passou por diversas atualizações, recebendo versões como SINAN DOS, SINAN Windows, SINAN Influenza, SINAN NET e SINAN Online, algumas das quais foram descontinuadas (Brasil, 2022).

Figura 2: Linha do tempo do SINAN



Fonte: SVSA/MS.

\*O Sinan Influenza Web foi descontinuado em dezembro de 2018, mas o acesso aos dados permanece como registro histórico dos casos notificados até então.

Fonte: Brasil, 2022

Os dados em saúde produzidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) permitem monitorar a evolução da situação epidemiológica dos eventos, das doenças e dos agravos relevantes para a saúde pública no Brasil e que possibilitam a tomada de decisão baseada em evidências (BRASIL, 2022).

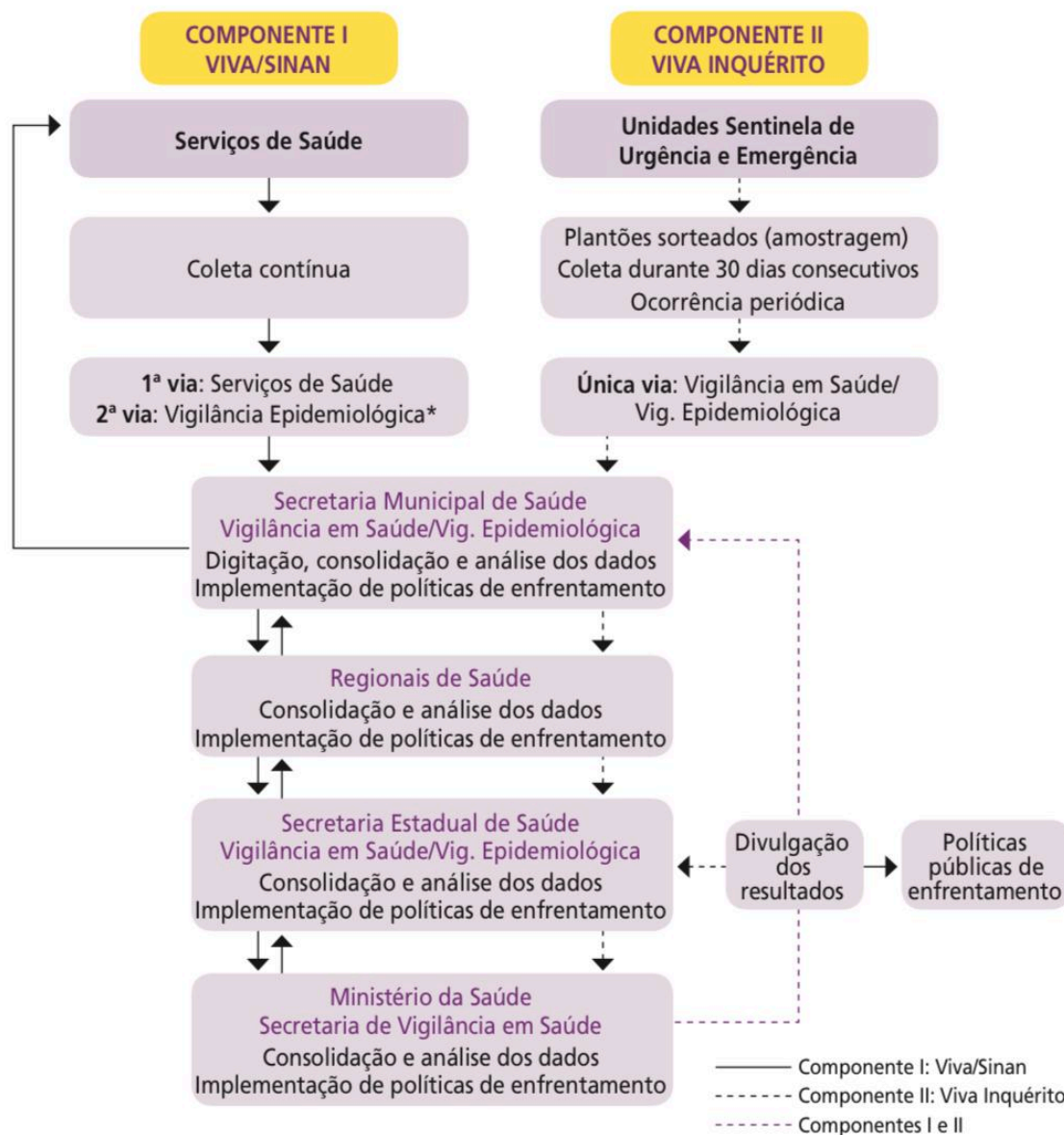
O SINAN opera com base em uma lista nacional de agravos e eventos de interesse em saúde pública, podendo cada região acrescentar doenças prevalentes conforme suas especificidades.

Até 2008, a captação de dados sobre violências era feita por meio do software Epi Info Windows (Viva Epi Info), utilizando um questionário específico desenvolvido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) (BRASIL, 2022)

A partir de 2009, as notificações de violências foram incorporadas ao SINAN, o que possibilitou a ampliação do sistema Viva e garantiu maior sustentabilidade ao processo de vigilância. A implantação ocorreu gradualmente, conforme a estruturação da vigilância epidemiológica nos estados e municípios (BRASIL, 2022).

Em 2016, foi criado o Instrutivo do Viva para orientar o preenchimento padronizado da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas, aprimorando a coleta e a qualidade dos dados (BRASIL, 2022).

Figura 3: Componentes VIVA



Vale ressaltar que para a coletânea de dados é importante considerar que o cuidado é multifatorial. O reconhecimento epidemiológico tem como início o preenchimento adequado dos formulários de coleta no território, só “termina” quando envolve a produção e divulgação de informação em saúde como um constituinte imprescindível e componente essencial do

SUS sendo assim todos os profissionais do SUS compõem e são responsáveis pelo fidedigno trabalho da vigilância em saúde (Brasil, 2022)

#### **2.4 A interseccionalidade como lente analítica e epidemiológica diante das mulheres negras em situação de violência: caminhos de cuidado na APS e no SUS.**

A interseccionalidade é uma lente analítica sobre a interação estrutural em seus efeitos políticos e legais. A interseccionalidade nos mostra como e quando mulheres negras são discriminadas e estão mais vezes posicionadas em avenidas identitárias, que farão delas vulneráveis à colisão das estruturas e fluxos modernos (AKOTIRENE, 2019)

A violência, em suas diferentes formas, sempre esteve presente na história da humanidade, sendo um comportamento aprendido desde a infância (NJAINÉ, 2020).

Ao analisar o perfil das pessoas em situação de violência é possível identificar que fatores como raça, renda, escolaridade e gênero são determinantes cruciais para compreender as vítimas mais afetadas. Esses dados evidenciam a necessidade de um olhar interseccional para abordar a violência de maneira mais abrangente e eficaz (NJAINÉ, 2020).

No Brasil, o perfil das vítimas revela que 63,6% eram mulheres negras, 70,5% tinham entre 18 e 44 anos, e 64,3% foram mortas dentro de casa, em sua maioria pelo companheiro ou ex-companheiro (80%). Entre os casos, 48,4% envolveram armas brancas e 23,6% armas de fogo. (FBSP, 2025).

Raça e sexo são categorias anatômicas que “justificam” discriminações e subalternidades, construídas historicamente e que produzem desigualdades, utilizadas como justificativas para as assimetrias sociais, que explicitam que mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade em todos os âmbitos sociais (CARNEIRO, 2017).

É possível perceber que existem fatores sociais, comunitários, relacionais e individuais que contribuem para a perpetuação da violência que ilustra as diversas dimensões que alimentam esse ciclo de violência (NJAINÉ, 2020):

Figura 4- Fatores relacionados a violência

Fatores individuais	Fatores relacionais	Fatores comunitários	Fatores sociais
Pouca idade	Conflito no casamento	Fracas sanções comunitárias à violência doméstica	Normas tradicionais de gênero
Excesso de bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apoiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social (estabelecimento de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança nas relações sociais e institucionais)	
Transtorno de personalidade (comportamento dependente, antissocial ou agressivo)	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida familiar precária		
Baixa renda			
Ter testemunhado ou vivido a violência quando criança			

Fonte: Adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG et al., 2002).

Embora a sociedade apresente mudanças graduais, persiste uma cultura que trata a violência contra a mulher como algo natural, o que precisa ser desconstruído, pois nenhuma forma de violência é natural, mas fruto de construções sociais.(FBSP,2025)

O silenciamento e naturalização social ocasiona a subnotificação dos casos três em cada dez mulheres já foram vítimas de violência. Os principais motivos para a não denúncia são o medo do agressor (73%), a falta de punição (61%) e a dependência financeira (61%). Além disso, observa-se que 48% das entrevistadas alegam não conhecer seus direitos, e 28% possuem renda de até dois salários mínimos, o que contribui para o silêncio diante da violência (FBSP,2025).

No caso das mulheres negras raramente o racismo é reconhecido como motivação das agressões. Em 2024, foram registrados apenas 18.923 casos de racismo, o que evidencia que a interseccionalidade entre gênero e raça ainda é invisibilizada/negligenciada. A falta de reconhecimento do racismo como fator motivador reforça as desigualdades e a invisibilidade dessas violências (FBSP, 2025)

“As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios

sexuais, à depressão, ao suicídio, às doenças sexualmente transmissíveis, à morte materna, ao pré-natal tardio, à gravidez na adolescência, ao aborto espontâneo, às desordens psicológicas e aos danos físicos.” (NJAINÉ, 2020 p. 220)

Em maioria as violências ocorrem no âmbito intra domiciliar, e conseqüentemente os filhos e menores também passam a ser agredidos e por isto que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel central. A APS, como coordenadora do cuidado no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a principal porta de entrada para os serviços de saúde, tem um papel essencial na identificação das situações de violência doméstica (BRASIL, 2025).

A longitudinalidade do cuidado e ao vínculo estabelecido com a usuária, a APS possui uma maior tendência a identificar casos de violência, já que as mulheres frequentemente procuram a unidade de saúde com outras demandas, e não necessariamente para relatar a violência que estão vivenciando (BRASIL, 2025).

Esse vínculo contínuo e a proximidade com as condições de vida da mulher em situação de violência possibilitam uma detecção mais eficaz das situações de abuso, muitas vezes invisibilizadas e silenciadas. Muitas mulheres não buscam atendimento de saúde é comum se tornarem hiperfrequentadores, no entanto a intenção nem sempre é para relatar a violência, mas sim devido a outras queixas de saúde (D’Oliveira, 2020).

Ao considerar esses fatos torna-se imprescindível que a prática profissional seja sensível, equânime e interseccional faz toda a diferença quando o profissional possui manejo adequado para identificar que algumas dessas queixas são, na verdade, agravos provocados por situações de violência (BRASIL, 2025).

A falta de um olhar integral e social por parte dos profissionais de saúde, aliada à falta de capacitação, dificulta o reconhecimento desses casos (D’Oliveira, 2020).

Além disso, obstáculos como a escassez de tempo, o medo da denúncia, a falta de trabalho em equipe e a ausência de intersetorialidade contribuem para a subnotificação da violência (D’Oliveira, 2020).

O tempo limitado de atendimento, exacerbado por metas de produtividade e limitações de financiamento, e o receio de que a notificação de violência exija uma denúncia policial, são fatores que dificultam a identificação de abusos (D’Oliveira, 2020).

A falta de protocolos e fluxos interinstitucionais claros impede a construção de um atendimento mais eficaz e integrado (D’Oliveira, 2020).

Diante de toda realidade, é essencial adotar estratégias de prevenção da violência. A

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) afirmou em 2025, que a violência deve ser tratada para além de aspectos de segurança pública ou justiça social como uma questão de saúde pública, sublinhando a necessidade urgente de investigar como esse fenômeno se perpetua, suas causas e consequências.

A OMS em 2021 apontou a necessidade de apoio às vítimas por meio de ações como a oferta de abrigo, medidas legais de proteção, qualificação de profissionais e intervenções específicas nos serviços de saúde. Ressalta a importância de programas escolares voltados à prevenção da violência em relacionamentos, ao empoderamento econômico das mulheres, à formação sobre igualdade de gênero, além de iniciativas de sensibilização e educação em saúde.

A Agenda 2030 desenvolvido pela ONU em 2015, também reforça a necessidade de combater a violência de gênero, destacando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), como o de "igualdade de gênero", que visa o empoderamento das mulheres e meninas e o combate a todas as formas de violência contra elas.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, exploratório, contemplando os tópicos da epidemiologia descritiva: pessoa tempo e lugar (ROUQUAYROL e SILVA, 2013).

A pessoa serão mulheres negras, o tempo será nada pela análise dos últimos 10 anos, de 2015 a 2025, e o lugar estudado será a zona norte do município do Rio de Janeiro mas áreas de planejamentos AP 3.1, 3.2 e 3.3, foi excluída a região da Grande Tijuca, a escolha do lugar foi motivado pela experiência da autora ter se dado na AP 3.1 no território do complexo do Alemão.

A pesquisa analisará os dados públicos do Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro.

Foram destacadas as variáveis:

I. Variáveis sociodemográficas: mediana da idade, sexo, raça/cor, escolaridade, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, AP da notificação.

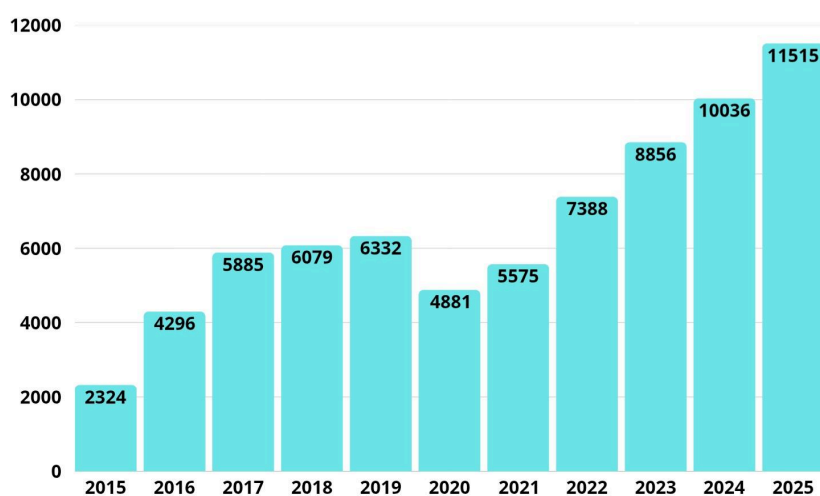
II. Variáveis relacionadas às violências: motivação, tipo de violência, meio de agressão, números de envolvidos, vínculo/grau de parentesco, local da violência.

Os dados foram extraídos da base de dados no mês de janeiro de 2026, analisados através da ferramenta *microsoft excel* no qual foram elaborados gráficos e tabelas.

Esta pesquisa obedecerá a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, porém por se tratar de dados públicos não haverá necessidade de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2016).

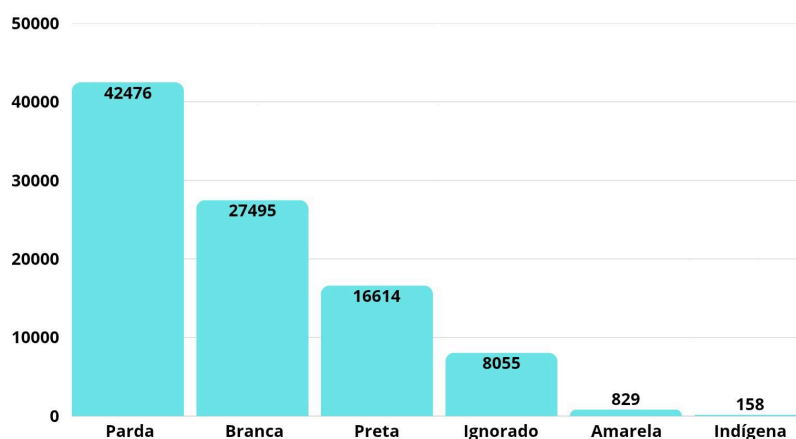
## 4. RESULTADOS

**Gráfico 1: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, no período de 2015 a 2025 no MRJ**



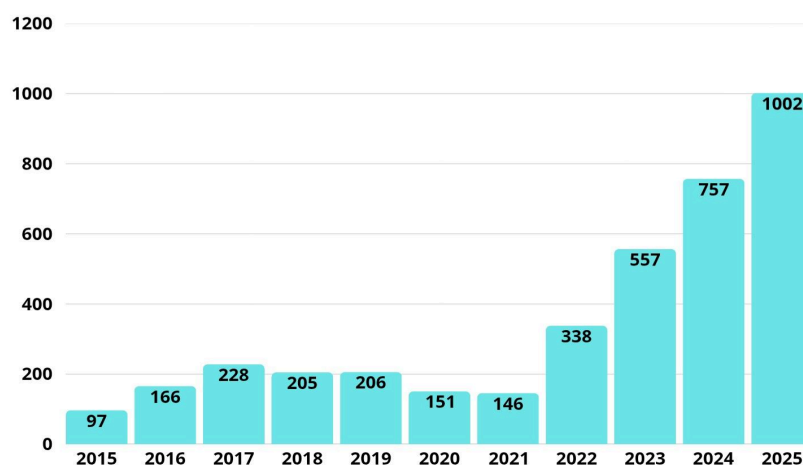
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 2: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, por raça cor, no MRJ.**



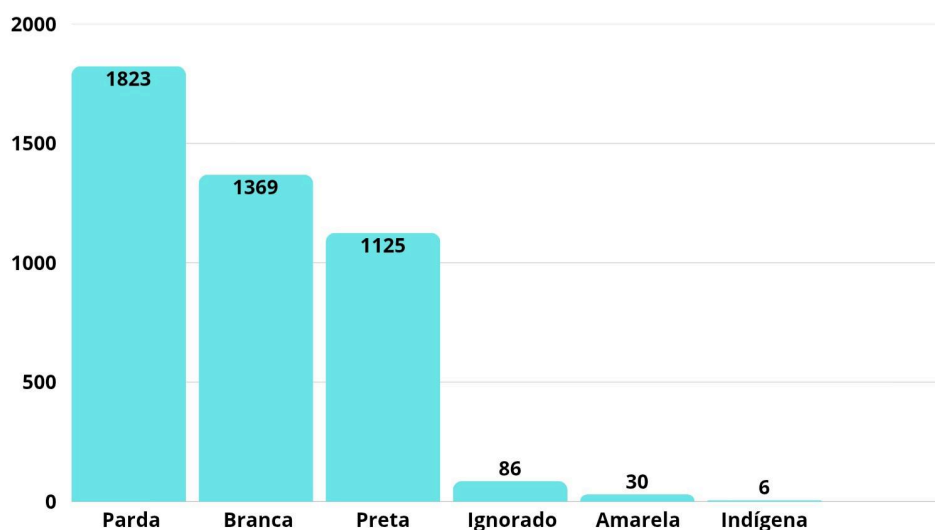
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 3: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres adultas, notificados nas zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3, no período de 2015 a 2025.**



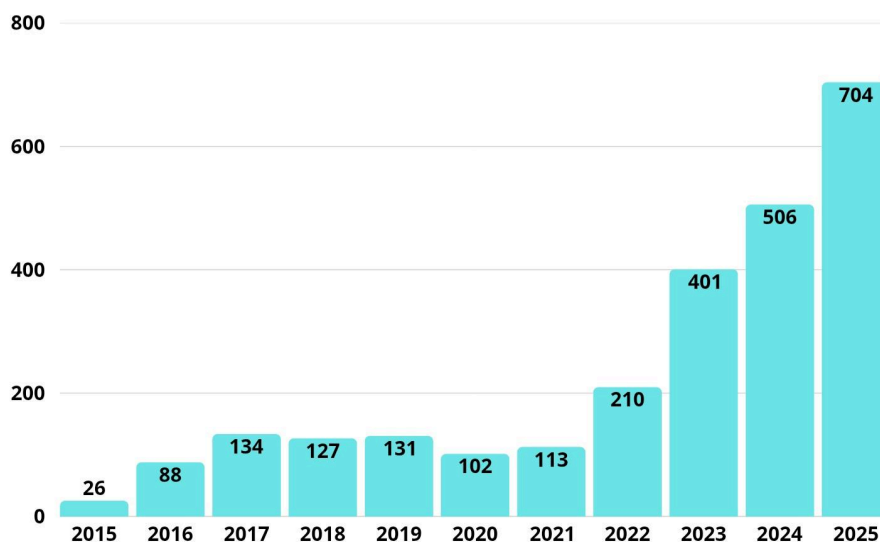
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 4: Distribuição de notificações de violência contra mulher, por raça e cor na zona norte do MRJ AP 3.1, 3.2, 3.3, no período de 2015-2025**



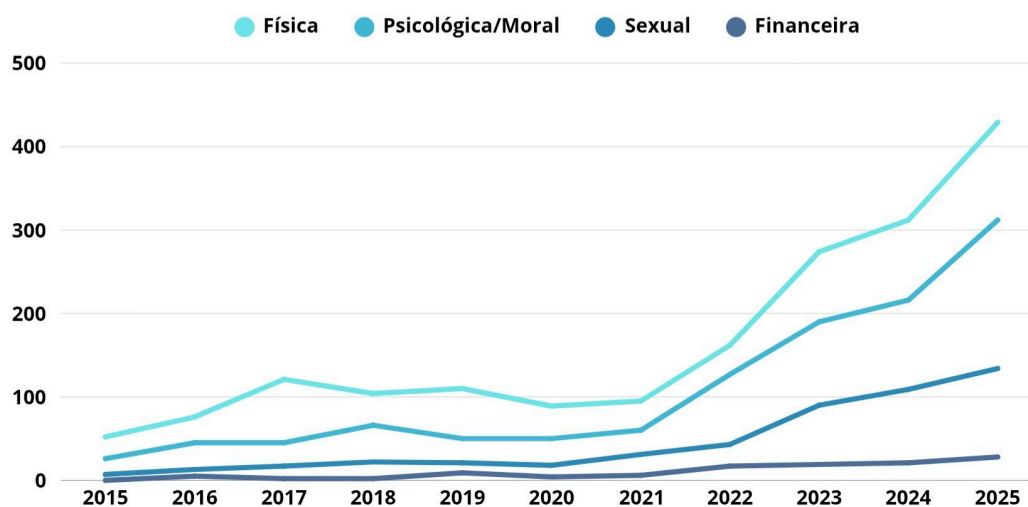
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 5: Distribuição de notificações de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, na zona norte do MRJ AP 3.1, 3.2 e 3.3, no período de 2015 a 2025.**



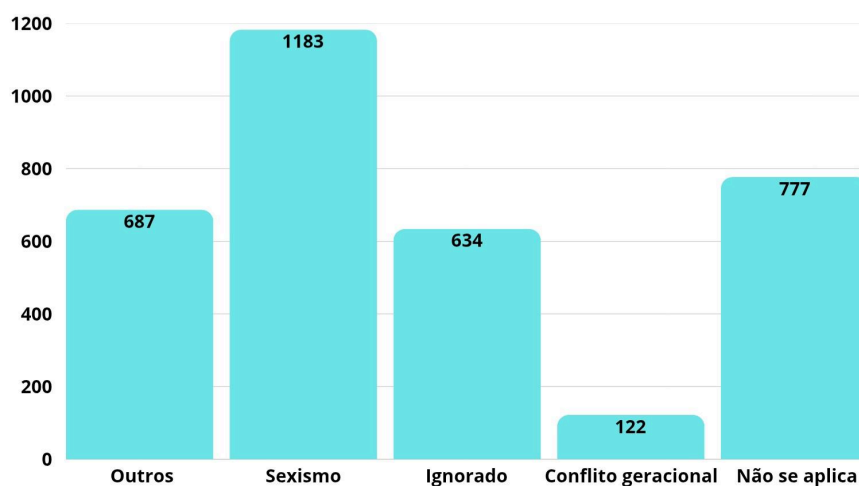
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 6: Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por natureza, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ, no período de 2015 a 2025.**



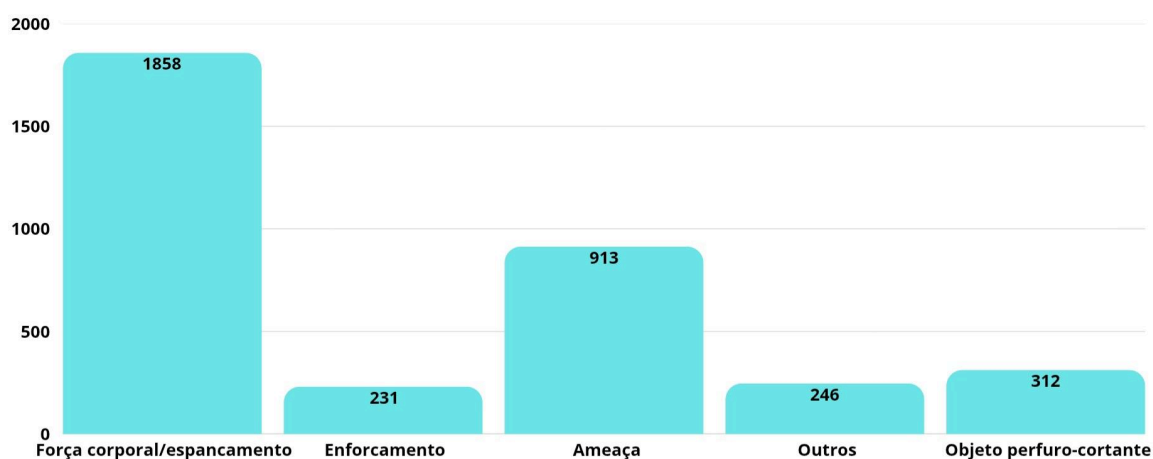
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 7: Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por motivações, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ no período de 2015 a 2025.**



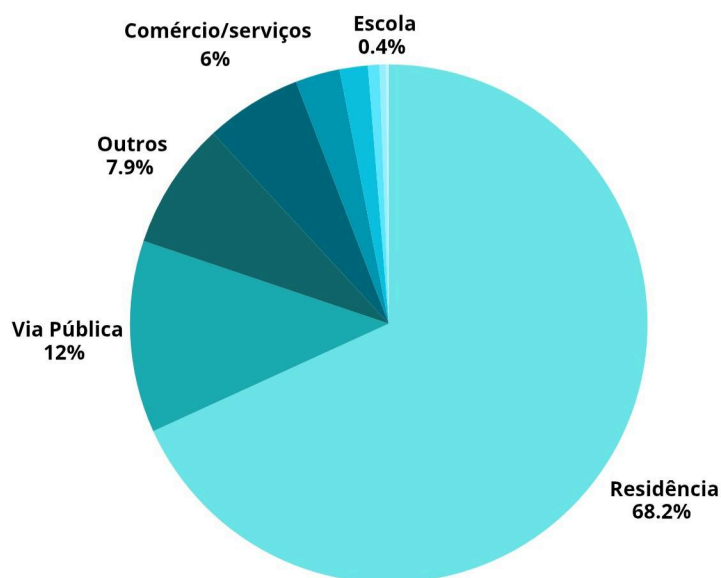
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 8: Distribuição das notificações de violência interpessoal, contra mulheres negras adultas, por principais meios de agressão, na zona norte AP 3.1, 3.2 e 3.3 do MRJ no período de 2015 a 2025.**



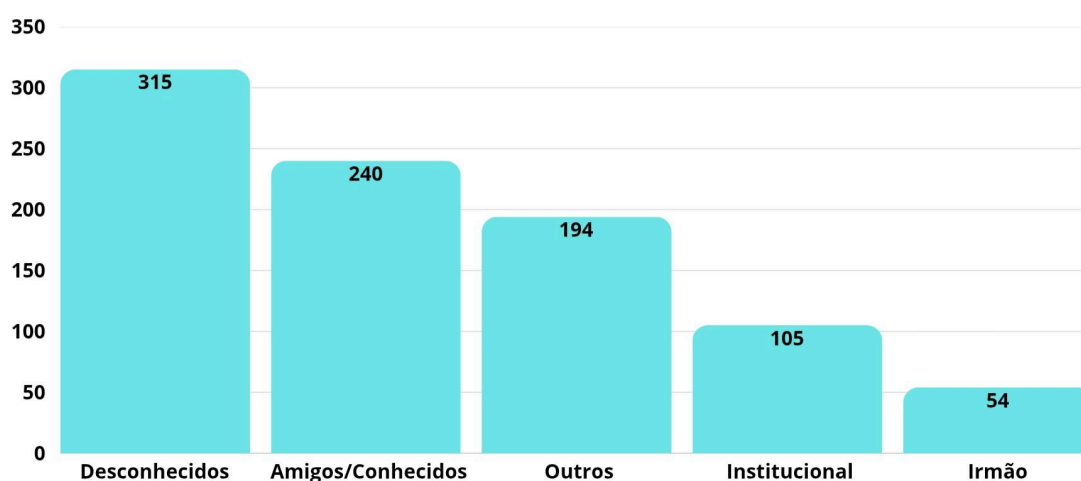
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 9: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por locais de ocorrência, no MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



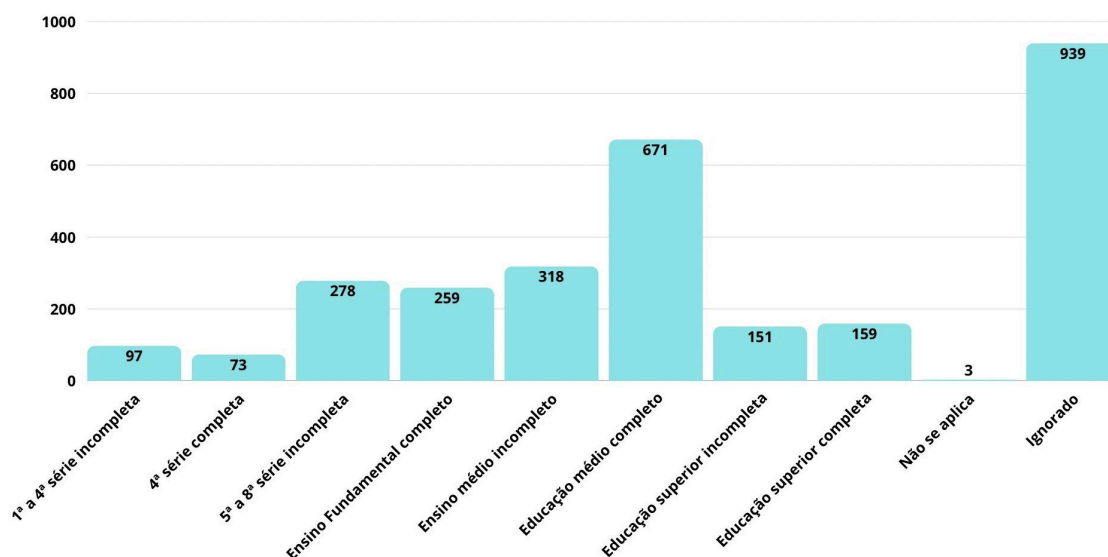
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 10: Distribuição do vínculo/grau parentesco com as mulheres negras adultas, notificadas na zona norte do MRJ 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



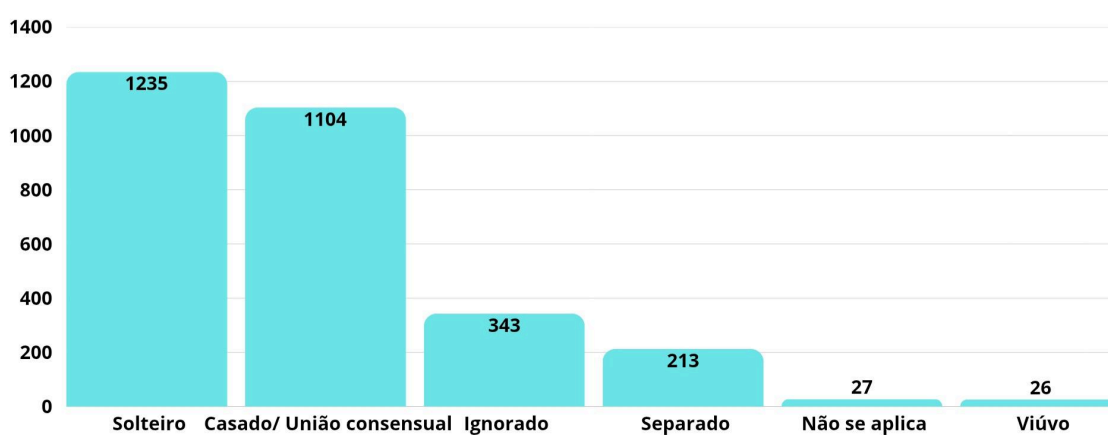
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 11: Distribuição da escolaridade das mulheres negras adultas, vítimas de violência interpessoal na zona norte do MRJ 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



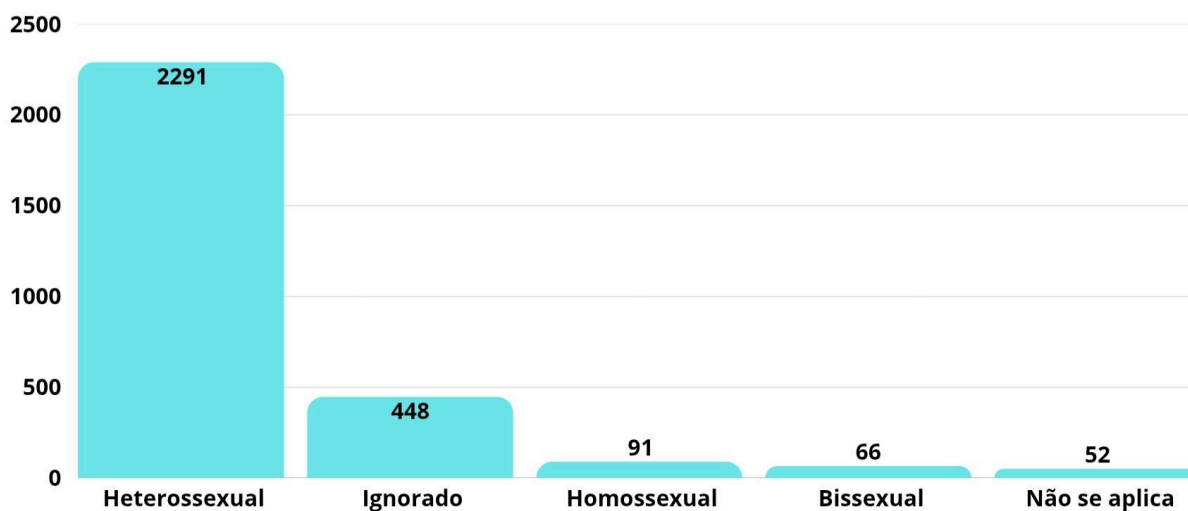
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 12: Distribuição de casos notificados das mulheres negras adultas vítimas de violência interpessoal, por situação conjugal, na zona norte do MRJ -AP- 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



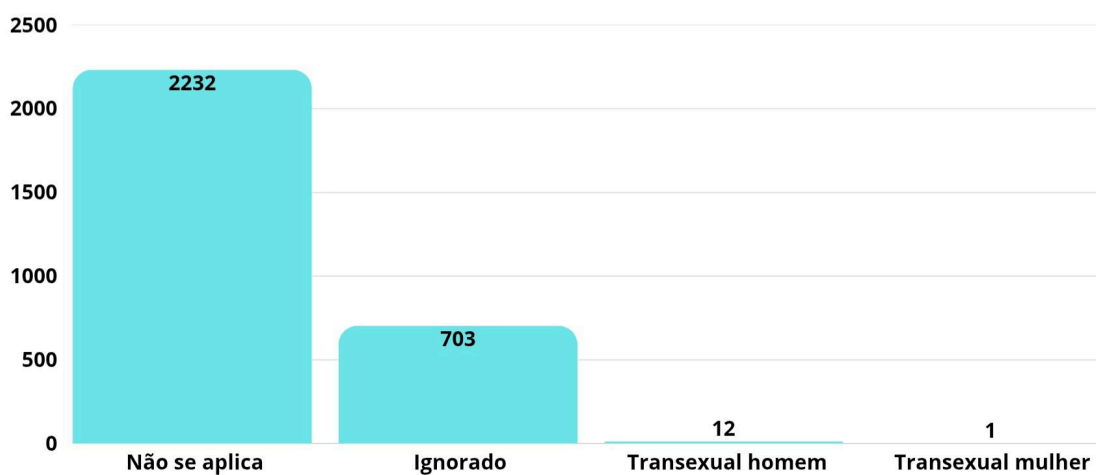
FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 13: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por orientação sexual, notificadas na zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025**



FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Gráfico 14: Distribuição dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, por identidade de gênero, notificadas na zona norte do MRJ na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

**Figura 5: Mediana da idade das vítimas dos casos de violência interpessoal, em mulheres negras adultas, notificadas na AP 3.1, 3.2 e 3.3 no período de 2015 a 2025.**



FONTE: Observatório de Epidemiologia da Cidade do Rio de Janeiro. Em 14 de janeiro de 2026.

## 5. DISCUSSÃO

A análise inicial contemplou o município como um todo, considerando suas dez Áreas Programáticas (AP). Posteriormente, realizou-se uma análise mais detalhada nas Áreas Programáticas 3.1, 3.2 e 3.3, correspondentes à região da Zona Norte, com exceção da Grande Tijuca.

As regiões selecionadas apresentam maior vulnerabilidade social dentro da Zona Norte. Os dados utilizados foram extraídos do Observatório de Epidemiologia do Município do Rio de Janeiro, os quais registram casos de violência conforme o local de ocorrência, e não segundo a residência da vítima, não sendo possível realizar filtragem por domicílio.

A análise dos resultados do município do Rio de Janeiro demonstra consonância com os dados nacionais. Conforme o Anuário de Segurança Pública, os achados evidenciam que mulheres negras constituem as principais vítimas de violência, indicando maior exposição e vulnerabilidade a esses agravos.

Esse cenário reforça construções sociais historicamente consolidadas que atribuem às mulheres negras a ideia de maior resistência à violência, como apontado por Lélia Gonzalez. Ressalta-se que, apesar da desigualdade racial evidente, não há registro de motivação racial nas notificações analisadas; observa-se, portanto, uma predominância de registros motivados

pelo sexismo.

Outro dado relevante evidenciado pelos resultados é que 68% das violências ocorreram no ambiente domiciliar, espaço que deveria representar proteção e segurança, mas que se configura como principal local de risco para essas mulheres. Quanto ao autor da violência, os dados do Observatório de Epidemiologia do Município do Rio de Janeiro demonstram maior incidência de casos em que o agressor é desconhecido; entretanto, esses eventos ocorreram na residência da vítima.

Além disso, a categoria “companheiro” não é registrada de forma específica, sendo utilizada apenas classificações como “amigos” ou “conhecidos”, o que inviabiliza a identificação precisa do vínculo entre vítima e agressor a partir da ficha de notificação.

Em relação às variáveis analisadas, destacam-se como principais aspectos o meio de agressão, a mediana de idade, orientação sexual, identidade de gênero, situação conjugal e nível de escolaridade. Os resultados indicam que a maioria das vítimas é composta por mulheres heterossexuais e solteiras, sendo a força física o principal meio utilizado nas agressões. Observa-se ainda que grande parte dessas mulheres apresenta baixa escolaridade.

Esses fatores reforçam a compreensão da mulher como socialmente vulnerabilizada, frequentemente percebida como mais frágil em relação aos homens, tornando-se alvo de violência física. A baixa escolaridade, por sua vez, amplia a vulnerabilidade, dificultando o rompimento de relações abusivas e violentas. Conforme afirmou Suelaine Carneiro em 2017, embora a violência atinge mulheres de diferentes níveis educacionais, aquelas com menor escolaridade encontram-se mais sujeitas à vitimização devido a barreiras sociais.

Observou-se, de modo transversal, um número expressivo de registros classificados como “ignorado” ou “não se aplica”, evidenciando o preenchimento inadequado das fichas de notificação. Essa fragilidade compromete a qualidade dos dados e limita a compreensão da magnitude e das características da violência, uma vez que o profissional de saúde, muitas vezes, não registra de forma completa as informações sobre o evento ocorrido por medo de que o cuidado gerem questões legais. (BRASIL, 2025)

De acordo com a Lei nº 6.259/1975, reafirmada pela Portaria nº 104/2011 do Ministério da Saúde, a notificação é obrigatória para o profissional de saúde. O Instrutivo Viva objetiva qualificar os profissionais e destaca que cabe aos gestores locais promover capacitação para o correto preenchimento das fichas. Segundo o mesmo instrutivo, a utilização das opções “ignorado” ou “não se aplica” ocorre quando a informação não é

conhecida ou quando a vítima encontra-se inconsciente, evidenciando a necessidade de qualificação da escuta profissional.(BRASIL, 2016)

A subnotificação, associada à classificação inadequada e aos dados incompletos, reforça os achados nacionais que apontam para um número de notificações inferior à realidade.(FBSP,2025).

Esse cenário evidencia como a mulher negra permanece socialmente invisibilizada, tendo suas experiências de violência frequentemente naturalizadas, sob a falsa premissa de maior força e resiliência.De acordo com Suelaine Carneiro em 2017, enfatiza que mulheres negras enfrentam barreiras estruturais decorrentes do racismo e da pobreza, vivenciando diversas formas de violência e enfrentando dificuldades no acesso a serviços de saúde, bem como baixa atenção às suas especificidades, configurando racismo institucional. A partir dos resultados, reafirma a informação acima que a mulher negra vivencia múltiplas interseccionalidades ao longo de sua trajetória de vida, impactando diretamente sua saúde.

Diversos agravos, como estresse crônico e depressão, muitas vezes não são reconhecidos como manifestações decorrentes da violência doméstica e intrafamiliar. Mesmo ao buscar atendimento nos serviços de saúde, essas mulheres frequentemente não relatam a violência sofrida, mas sim os agravos dela decorrentes. (MACHADO,2025)

Outro fator que contribui para a não identificação da violência é a naturalização do fenômeno pelo profissional de saúde. Njaine ressalta em 2020, que a presença recorrente de violência no ambiente de trabalho e a exposição dos profissionais de saúde à violência geram perda de empatia e dessensibilização diante de situações violentas.

A violência presente na sociedade, associada à invisibilidade da mulher vítima e à falta de formação adequada dos profissionais para acompanhar e propor estratégias de enfrentamento, resulta em atendimentos centrados apenas na queixa imediata, sem aprofundamento nas causas estruturais do problema. (MACHADO,2025)

Dessa forma, o profissional de saúde contribui, ainda que de forma não intencional, para a subnotificação da violência, devido à invisibilidade social das vítimas. Consequentemente, a vigilância deixa de atuar por desconhecer a ocorrência, comprometendo a adoção de medidas de proteção e acompanhamento. (NJAINÉ,2020)

O acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS) permite maior visibilidade da violência e possui potencial para contribuir na identificação de casos; contudo, a falta de qualificação, empatia de profissionais e a ausência de fluxos de gestão adequados dificultam

essa identificação, reforçando a necessidade de estratégias estruturadas para enfrentamento do problema. (BRASIL, 2025)

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres negras apresentam maior propensão a estarem em situação de violência. Diante desse cenário, torna-se imprescindível que, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), haja a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o reconhecimento de possíveis sinais de violência, inclusive aqueles não explicitamente relatados pelas usuárias.

Após a identificação dos casos, é fundamental que a notificação seja realizada de forma sistemática e que os registros sejam preenchidos adequadamente, evitando o uso excessivo das categorias “ignorado” e “não se aplica”.

O correto preenchimento, especialmente do campo referente à motivação da violência, é essencial para subsidiar a atuação da vigilância em saúde e o planejamento de ações de enfrentamento.

Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas futuras sobre a violência contra mulheres negras no município do Rio de Janeiro, com a inclusão da variável local de residência das vítimas. A utilização de ferramentas de geoprocessamento poderá permitir a identificação espacial das áreas de maior vulnerabilidade, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de atuação dos profissionais de saúde e para o fortalecimento das políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência.

QUADRO 2: Recomendações para profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde(APS)

Dimensão do cuidado	Recomendação	Justificativa teórica	Aplicação na APS
Acolhimento e escuta qualificada	Realizar acolhimento com escuta ativa, empática e livre de julgamentos.	A escuta qualificada é fundamental para o vínculo terapêutico e para a identificação da violência.	Garantir tempo adequado de consulta e postura profissional acolhedora.

Racismo estrutural e institucional	Reconhecer o racismo como determinante social da saúde.	O racismo contribui para maior exposição à violência e barreiras de acesso aos serviços.	Evitar estereótipos e práticas discriminatórias no atendimento.
Cuidado integral	Avaliar dimensões físicas, psíquicas e sociais da usuária.	A violência impacta múltiplas dimensões da saúde.	Investigar sinais físicos e emocionais mesmo quando não verbalizados.
Sigilo e proteção	Assegurar confidencialidade das informações compartilhadas.	O sigilo fortalece a confiança e reduz riscos adicionais à mulher.	Realizar atendimento em ambiente reservado e seguro.
Registro e notificação	Efetuar a notificação compulsória da violência interpessoal.	A notificação subsidia políticas públicas e vigilância em saúde.	Explicar à usuária o caráter sigiloso e não punitivo da notificação.
Articulação intersetorial	Encaminhar para serviços da rede de proteção social.	O enfrentamento da violência exige atuação em rede.	Articular com equipe E-multi CRAS, CREAS e CAPS.
Autonomia e protagonismo	Respeitar as decisões e o tempo da mulher.	A autonomia é o princípio ético do cuidado em saúde.	Evitar condutas impositivas ou coercitivas.

Educação permanente	Promover capacitação continuada das equipes de saúde.	A qualificação profissional contribui para práticas antirracistas.	Realizar rodas de conversa e estudos de caso na equipe.
---------------------	---	--	---

Fonte:BRASIL,2025/ WERNECK,2016

## REFERÊNCIAS

**AKOTIRENE, Carla.** *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019. 152 p. (Feminismos Plurais).

**ARAÚJO, M. V. R.** Concepções de saúde e atuação do Movimento Negro no processo saúde-doença no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bfwK5pSztfmYp7j9GcXgz6d/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

**BENTO, Cida.** *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

**BRASIL.** Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Dispõe sobre normas gerais de defesa sanitária animal. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1961. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/atos/decretos/1961/d49974a.html](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/atos/decretos/1961/d49974a.html). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL.** Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1975. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16259.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL.** Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 20 jan.

2026.

**BRASIL.** Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória da violência contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110778.htm). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL.** Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o Código Penal para prever o feminicídio. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113104.htm). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL. Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Atenção Primária à Saúde atua na identificação de casos de violência. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/atencao-primaria-a-saude-atua-na-identificacao-de-casos-de-violencia>. Acesso em: 3 ago. 2025.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** *Guia prático de cuidado à mulher em situação de violência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2025/guia-pratico-de-cuidado-a-mulher-em-situacao-de-violencia.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** *Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.** *Dados para vigilância: perfis das bases de dados produzidas pela Vigilância em Saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 127 p. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dados\\_vigilancia\\_perfis\\_bases\\_produzidas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dados_vigilancia_perfis_bases_produzidas.pdf).

Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 20 jan. 2026.

**BRASIL. Senado Federal. DataSenado.** Vulnerabilidade aumenta risco de violência contra mulher negra, aponta DataSenado. *Notícias*, Brasília, 22 nov. 2024. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/11/22/vulnerabilidade-aumenta-risco-de-violencia-contramulher-negra-aponta-datasenado>. Acesso em: 3 ago. 2025.

**CARNEIRO, Suelaine.** *Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números*. São Paulo: Geledés Instituto da Mulher Negra, 2017. 360 p.

**CERQUEIRA, D. et al.** *Atlas da violência 2025*. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2026.

**D'AVILA, Cristiane.** Como a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública após a redemocratização. CEE Fiocruz, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=a-violencia-como-questao-de-saude-publica>. Acesso em: 3 ago. 2025.

**FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA.** *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>. Acesso em: 21 jan. 2026.

**FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA.** *19º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: FBSP, 2025. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/279>. Acesso em: 21 jan. 2026.

**GONZÁLEZ, Lélia.** *Por um feminismo afro-latino-americano*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

**NJAINÉ, K. et al.** *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** *Relatório mundial sobre violência e saúde.* Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 21 jan. 2026.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.** *Painel de violência interpessoal e autoprovocada.* Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://epirio.svs.rio.br/painel/violencia-interpessoal-e-autoprovocada/>. Acesso em: 20 jan. 2026.

**SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV).** *Infográfico: violência contra a mulher, 2023.* Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Infografico\\_ViolenciaMulher\\_2023\\_v4\\_cu\\_rvas\\_final.pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Infografico_ViolenciaMulher_2023_v4_cu_rvas_final.pdf). Acesso em: 3 ago. 2025.

## APÊNDICE A: Perfil epidemiológico de mulheres negras adultas em situação de violência

