

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O PAPEL DA ENFERMAGEM
GENDER-BASED VIOLENCE AND THE ROLE OF NURSING
VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Diego Pereira Alves¹
Ana Beatriz de Brito da Silva²
Nicole Sayuri Kinoshita de Miranda³
Laila Rafaela Gonçalves Pereira⁴
Maria Cristina de Moura Ferreira⁵
Carla Denari Giuliani⁶

RESUMO: A violência contra a mulher constitui um fenômeno histórico, estrutural e multifacetado, profundamente enraizado em desigualdades de gênero, socioeconômicas e culturais, com graves consequências para a saúde física, mental e social das vítimas. Este estudo objetivou analisar o perfil das vítimas e dos agressores, os locais de ocorrência e o papel do enfermeiro no acolhimento, registro e encaminhamento de mulheres em situação de violência atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Trata-se de pesquisa quantitativa, retrospectiva e exploratória, realizada com base em 89 fichas de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), referentes ao ano de 2023. Os resultados evidenciaram que o perfil predominante das vítimas é composto por mulheres jovens adultas, majoritariamente pardas ou brancas, com escolaridade média e inserção em ocupações de baixa remuneração, sendo a dependência financeira um fator central na manutenção do ciclo de violência. As agressões ocorreram predominantemente no ambiente doméstico, praticadas por pessoas do convívio próximo, tendo o sexismo como principal motivação, com suspeita de uso de álcool em mais da metade dos casos. A análise revelou ainda falhas significativas no preenchimento das fichas de notificação, especialmente nos campos de raça/cor e motivação da agressão, comprometendo a qualidade dos dados epidemiológicos. O enfermeiro mostrou-se como o principal agente de acolhimento na rede de atenção, sendo sua capacitação contínua e atuação intersetorial fundamentais para a integralidade do cuidado e o enfrentamento efetivo da violência de gênero. Conclui-se que superar esse fenômeno exige ações integradas que articulem saúde, assistência social, segurança pública, educação e políticas públicas orientadas por dados confiáveis.

Palavras-chave: Violência de gênero. Enfermagem. Acolhimento. Saúde da mulher. Notificação compulsória.

¹ Graduando em Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

² Enfermeira. Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

³ Enfermeira Residente em Saúde da Criança. Instituição: Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

⁴ Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

⁵ Orientadora. Enfermeira. Doutora em História e Cultura. Professora Associada I da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LAGEV). Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

⁶ Coorientadora. Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente Titular do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Pós-doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde (PPGAS) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

ABSTRACT: Violence against women is a historical, structural, and multifaceted phenomenon deeply rooted in gender, socioeconomic, and cultural inequalities, with serious consequences for the physical, mental, and social health of victims. This study aimed to analyze the profile of victims and aggressors, the locations of occurrence, and the role of nurses in the reception, documentation, and referral of women in situations of violence treated at the Clinical Hospital of the Federal University of Uberlândia (HC-UFU). This is a quantitative, retrospective, and exploratory study based on 89 individual notification forms from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), referring to the year 2023. The results showed that the predominant profile of victims consists of young adult women, mostly mixed-race or white, with average levels of schooling and employment in low-income occupations, with financial dependence identified as a central factor in maintaining the cycle of violence. Aggressions occurred predominantly in the domestic environment, perpetrated by individuals within the victims' close social circle, with sexism as the main motivation and suspected alcohol use in more than half of the cases. The analysis also revealed significant failures in completing notification forms, especially in the fields of race/ethnicity and motivation for aggression, compromising the quality of epidemiological data. Nurses proved to be the primary reception agents within the care network, and their continuous training and intersectoral action are essential for comprehensive care and effective confrontation of gender-based violence. It is concluded that overcoming this phenomenon requires integrated actions that connect health, social assistance, public security, education, and public policies guided by reliable data.

Keywords: Gender-based violence. Nursing. Reception. Women's health. Mandatory reporting.

RESUMEN: La violencia contra la mujer constituye un fenómeno histórico, estructural y multifacético, profundamente arraigado en desigualdades de género, socioeconómicas y culturales, con graves consecuencias para la salud física, mental y social de las víctimas. Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil de las víctimas y los agresores, los lugares de ocurrencia y el papel del enfermero en la acogida, el registro y la derivación de mujeres en situación de violencia atendidas en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Uberlândia (HC-UFU). Se trata de una investigación cuantitativa, retrospectiva y exploratoria, realizada a partir de 89 fichas de notificación individual del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN), correspondientes al año 2023. Los resultados evidenciaron que el perfil predominante de las víctimas está compuesto por mujeres adultas jóvenes, mayoritariamente mestizas o blancas, con nivel educativo medio e inserción en ocupaciones de baja remuneración, siendo la dependencia financiera un factor central en el mantenimiento del ciclo de violencia. Las agresiones ocurrieron predominantemente en el entorno doméstico, perpetradas por personas del círculo cercano de la víctima, con el sexismo como principal motivación y sospecha de consumo de alcohol en más de la mitad de los casos. El análisis reveló también fallas significativas en el llenado de las fichas de notificación, especialmente en los campos de raza/etnia y motivación de la agresión, comprometiendo la calidad de los datos epidemiológicos. El enfermero se mostró como el principal agente de acogida en la red de atención, siendo su capacitación continua y actuación intersectorial fundamentales para la integralidad del cuidado y el enfrentamiento efectivo de la violencia de género. Se concluye que superar este fenómeno exige acciones integradas que articulen salud, asistencia social, seguridad pública, educación y políticas públicas orientadas por datos confiables.

Palabras clave: Violencia de género. Enfermería. Acogida. Salud de la mujer. Notificación obligatoria.

INTRODUÇÃO

As primeiras manifestações de violência contra a mulher podem ser rastreadas nas sociedades pré-históricas, onde a divisão sexual do trabalho e as relações de poder eram incipientes, mas já demonstravam desigualdades (SOUSA, GUEDES, 2016).

A história avança e quando olhamos ainda para o período paleolítico encontramos, a mulher, muitas vezes associada à fertilidade e à reprodução, passou a ser controlada e subjugada, sendo considerada propriedade dos homens, seja como esposas, filhas ou escravas. A violência, nesse período, manifestava-se de forma física, com agressões e maus-tratos. Idade Média, período marcado pela ascensão do cristianismo e do feudalismo, trouxe novas formas para a violência contra a mulher. A Igreja Católica, com sua visão misógina, reforçou a ideia da inferioridade feminina e da necessidade de controle sobre o corpo e a sexualidade da mulher. A violência, nesse contexto, manifestava-se através da repressão sexual, da perseguição às mulheres consideradas bruxas e da violência doméstica. O feudalismo, com sua estrutura hierárquica e patriarcal, consolidou a submissão da mulher ao homem, tanto no âmbito familiar quanto no social. (Gevehr; Souza, 2014)

A partir do Renascimento e da Idade Moderna, com o desenvolvimento do capitalismo e o surgimento de novas ideias, como o Iluminismo, a situação da mulher começou a mudar, embora de forma lenta e gradual. O Iluminismo, com seus ideais de igualdade e liberdade, abriu caminho para o questionamento da subordinação feminina e para o surgimento do movimento feminista.

No século XIX e XX, com o desenvolvimento do movimento feminista e a conquista de direitos civis e políticos, a violência contra a mulher passou a ser mais visível e a ser combatida de forma mais sistemática. A criação de leis de proteção à mulher, como a lei maria da penha criado no dia 7 de agosto de 2006 (Bandeira; Melo, 2010), proporcionou uma visibilidade maior para essa problemática e dá início a um combate mais direto a violência contra a mulher. O relatório global do UNIFEM classifica a lei maria da penha como uma das três legislações mais avançadas para o enfrentamento da violência contra mulher (Bandeira, Melo, 2010). A análise histórica da violência contra a mulher, portanto, é fundamental para compreendermos a complexidade do problema, identificarmos as suas raízes e construirmos um futuro livre de violência.

A violência contra mulher têm sido pauta de discussão e preocupação de diversas áreas de estudo, entre elas a área da saúde, pois se trata de um fenômeno complexo e multifacetado,

possuindo raízes profundas na história atravessando séculos e culturas com diferentes manifestações. A violência contra a mulher é uma violência que tem saído das paredes do domicílio, e se tornando explícita, e por muitas das vezes o profissional da saúde e os primeiros que se depara com a situação e são os primeiros a fazer esse acolhimento com a mulher. “o feminismo possibilitou sair do lugar de invisibilidade e apostar na mudança do mundo arcaico em um novo mundo, de afirmação de direito de todas as mulheres” (Bandeira, Melo, 2010). O presente artigo se propõe a analisar dados obtidos pelo prontuário eletrônico do HC-UFU para rastrear o perfil de vítima/agressor e locais com maior incidência de violência contra a mulher na cidade de Uberlândia MG, além de entender qual o papel do enfermeiro na atuação contra a violência de gênero. A presença do enfermeiro em diferentes espaços de acolhimento dessas mulheres como, unidades básicas de saúde, pronto socorro e programas de atenção a mulher torna por muitas das vezes esse profissional o primeiro a entrar em contato com essa mulher e fazer o acolhimento em saúde. Portanto, justificar a importância do papel do enfermeiro na atuação contra a violência à mulher é essencial para garantir a integralidade do cuidado, a proteção das vítimas e a promoção de uma cultura de respeito e não violência.

MÉTODOS

4

Foi realizado um estudo Quantitativo, retrospectivo de cunho exploratório onde os dados foram analisados por estatística descritiva simples, sem utilização de softwares estatísticos. A interpretação dos resultados fundamentou-se na literatura especializada, permitindo articular os dados empíricos às evidências teóricas existentes. Foi realizadas em 5 etapas: 1) Levantamento das fichas de notificações no HC-UFU por meio do prontuário eletrônico no setor de Vigilância em Epidemiologia do Hospital; 2) A partir dos dados da VIGEP-HC-UFU_EBESRRH foi separado os casos de violência no período de 1 ano, usamos como referência o ano de 2023. 3) coletado os dados do ano de 2023 e colocado em planilha 4) criado gráfico com as informações da planilha 5) analisado as informações e realizado a descrição dos dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, conforme Resolução CNS nº 466/2012, sob parecer favorável e CAAE: 82223517.0.0000.5152, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

O enfermeiro que trabalha nas unidades de saúde do pronto socorro é por muitas das vezes os profissionais que está de frente com o problema da violência contra mulher diariamente. Desde 2011, com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil. O fluxo que o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) prevê e que ao fazer o acolhimento dessa mulher vítima de violência seja feita uma anamnese para o preenchimento da ficha de notificação, essa ficha é preenchida pelas unidades assistenciais para cada mulher que sofre violência física o que gera um problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Porém esse fluxo ele pode ser humanizado, quando a vítima chega na unidade de pronto atendimento o enfermeiro segue protocolos institucional para triar essa mulher, e fazer o acolhimento dela, porém para além da parte clínica e burocrática o enfermeiro desenvolve uma função importante e decisiva para a vítima que e ser educador atuando como mediador do conhecimento.

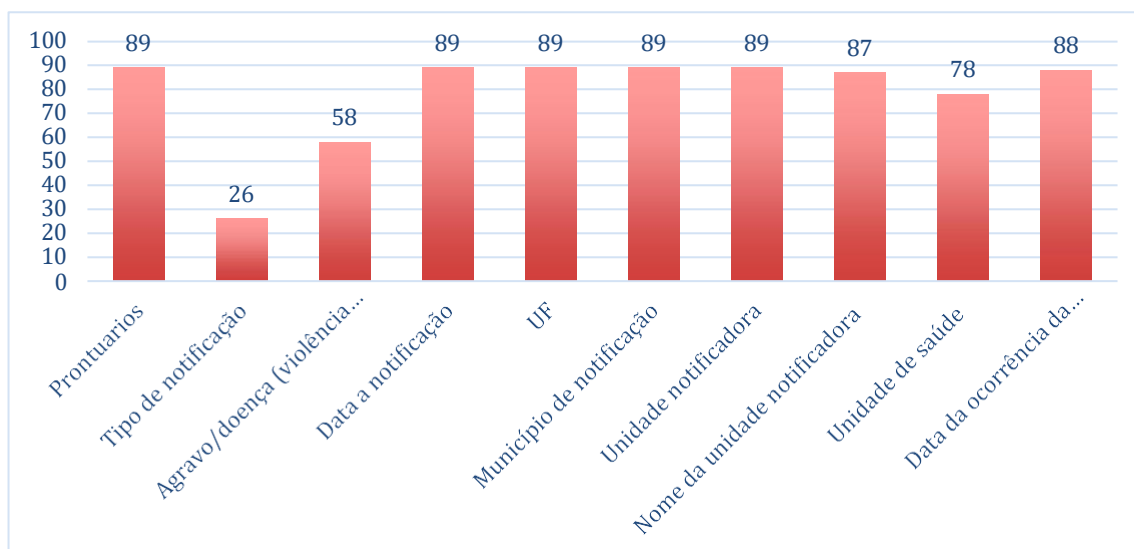
5

O enfermeiro, em sua função de educador, desempenha um papel essencial no acolhimento da mulher em situação de violência nos diferentes cenários hospitalares. Mais do que prestar cuidados técnicos, esse profissional acolhe com uma oportunidade de trazer esclarecimentos e sanar dúvidas educativa, sendo capaz de promover informação, autonomia e proteção a essa mulher. Ao estabelecer uma escuta qualificada, empática e livre de julgamentos, o enfermeiro cria um ambiente seguro para que a mulher se sinta acolhida e respeitada durante esse processo, o enfermeiro deve, orienta a vítima sobre seus direitos legais e sociais, esclarecendo, de forma clara e acessível, quais são os serviços disponíveis para sua proteção e cuidado. Informações sobre a notificação compulsória, os órgãos de apoio, como delegacias especializadas, centros de referência, assistência social e serviços psicológicos, fazem parte desse cuidado educativo. Essa prática educativa contribui para que a vítima compreenda a violência como uma violação de direitos, rompendo com sentimento de culpa, medo ou silenciamento.

Diante disso foram analisados no hospital de clínicas da UFU (HC-UFU) 89 fichas de violência contra a mulher no período do ano de 2023, A Ficha de Notificação Individual de Violência Contra Mulher é dividida em blocos para detalhar as informações sobre a vítima, o

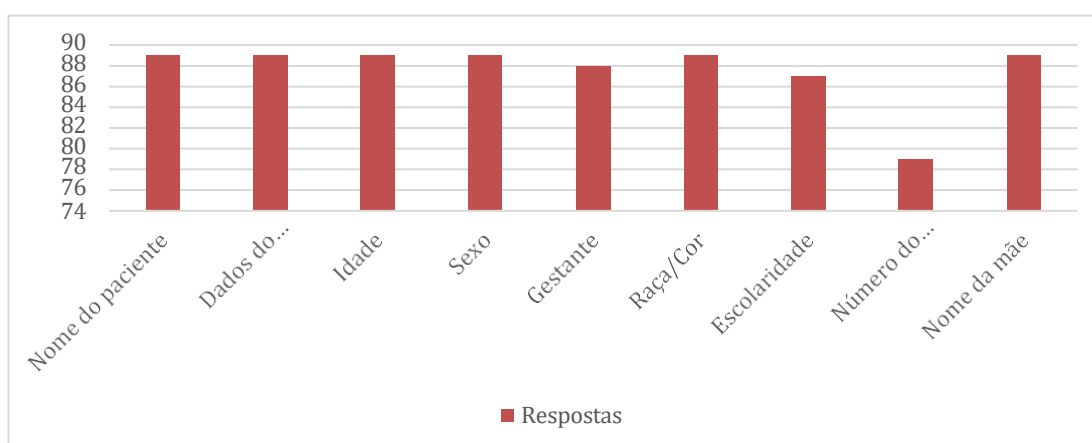
evento, o autor da violência e o encaminhamento. Esses blocos incluem Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da Violência, Encaminhamento e Dados Finais.

Gráfico: 1 Quantidades de respostas nos indicadores de dados gerais, Uberlândia – MG, 2026.



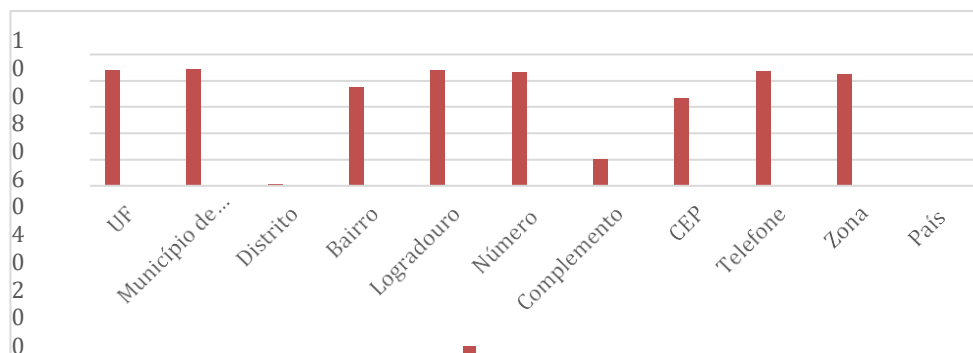
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 2 Quantidade de respostas nos indicadores de notificação individual, Uberlândia – MG, 2026.



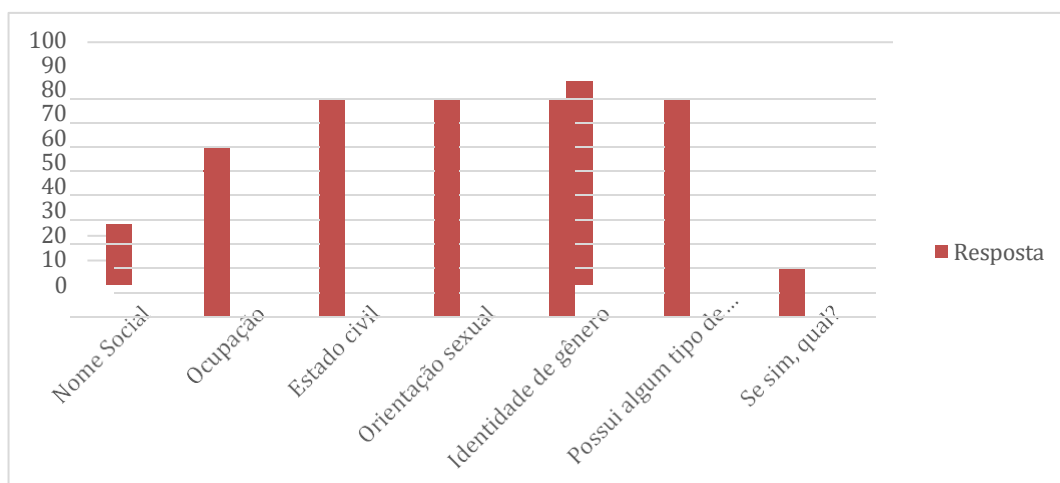
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 3 Quantidade de respostas nos indicadores dados da residência, Uberlândia – MG, 2026.



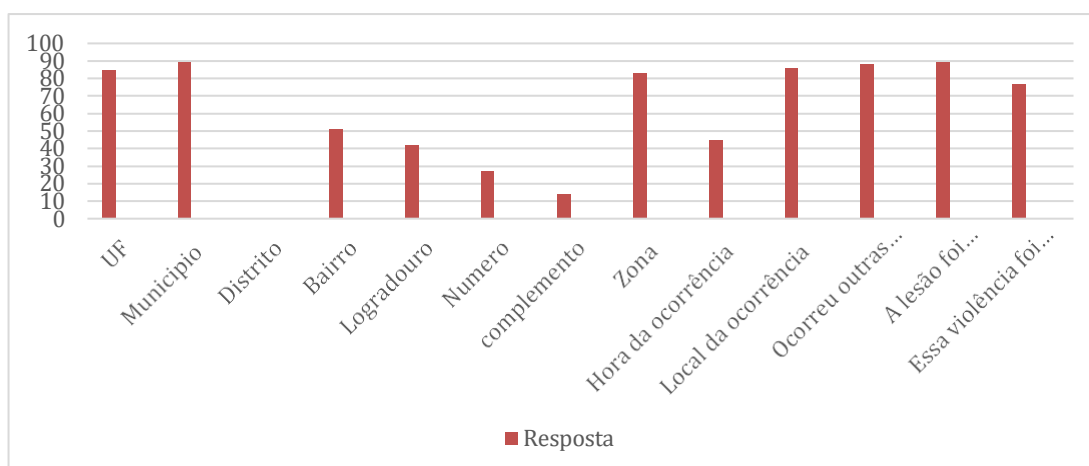
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 4 Quantidade de respostas nos indicadores de dados da pessoa atendida, Uberlândia – MG, 2026.



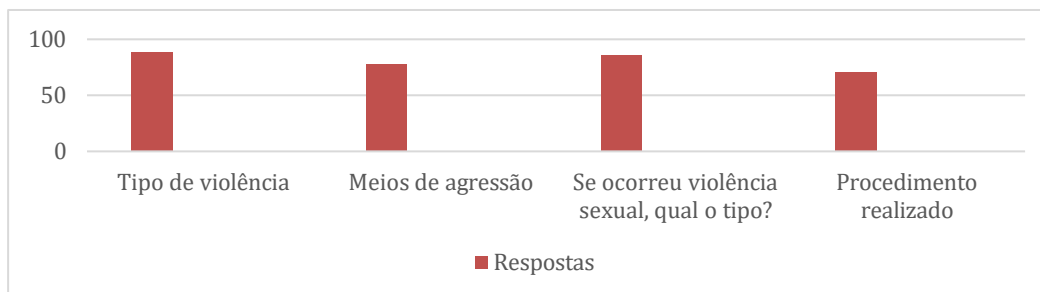
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 5 Quantidade de respostas nos indicadores dados da ocorrência, Uberlândia – MG, 2026.



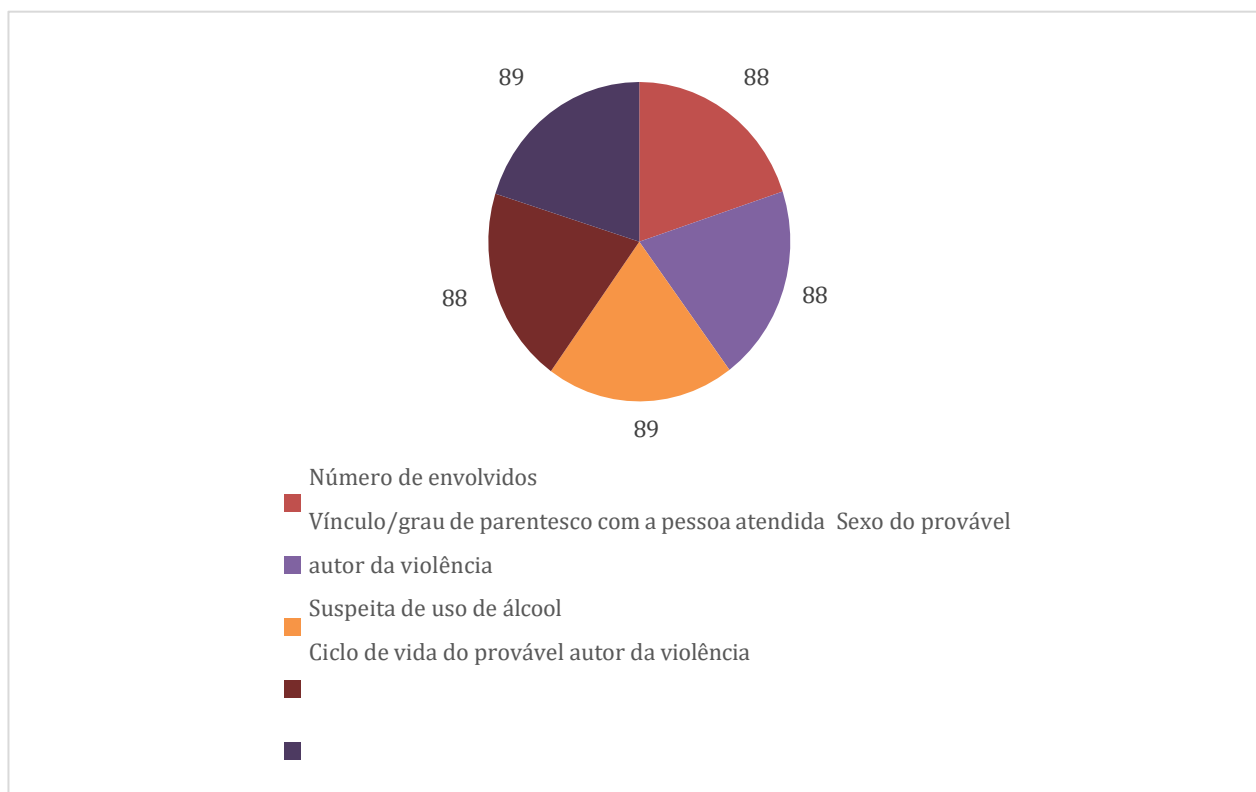
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 6 Quantidade de respostas nos indicadores da violência, Uberlândia – MG, 2026.



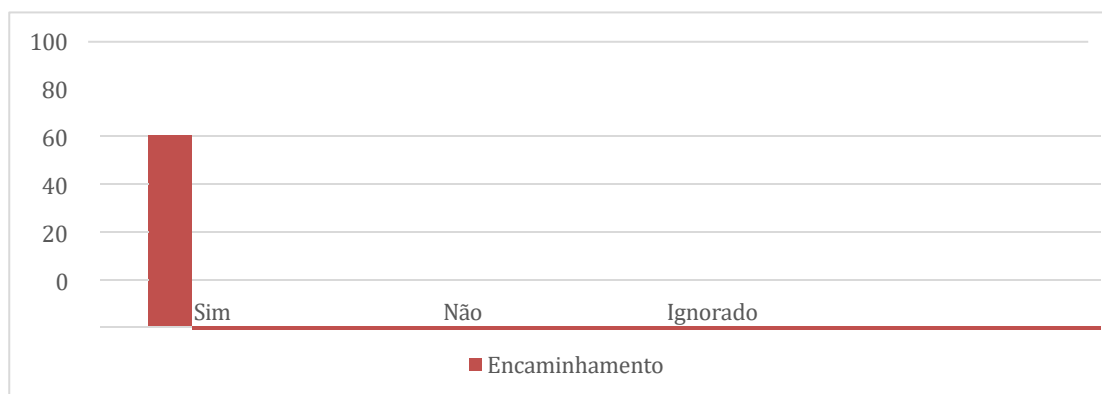
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 7 Quantidade de respostas nos indicadores dados do provável autor da violência, Uberlândia – MG, 2026.



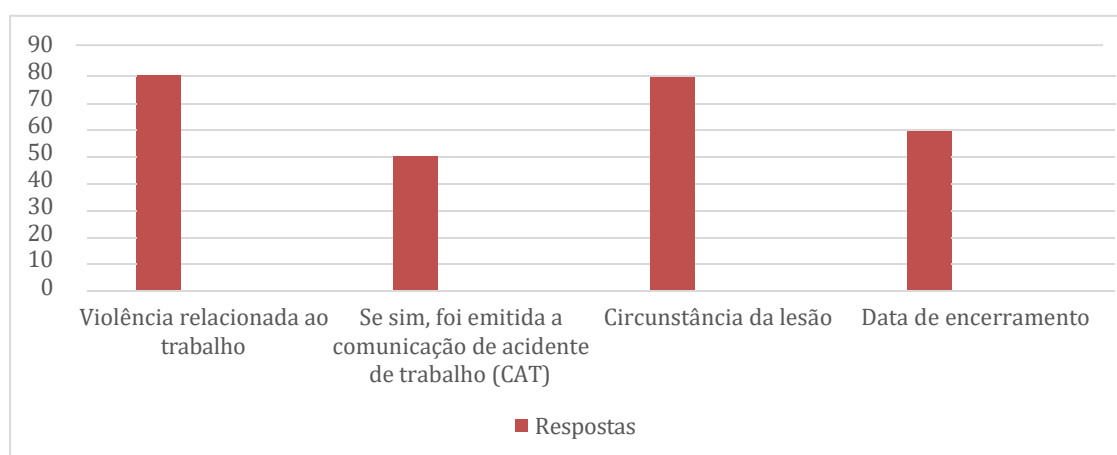
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 8 Quantidade de respostas nos indicadores de encaminhamento, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico: 9 Quantidade de respostas nos indicadores de dados finais, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Diante da violência contra a mulher, o enfermeiro assume um papel que vai além da dimensão do cuidado. Ele é, na maioria dos casos, o primeiro profissional a ter contato com a mulher violentada, seja em unidades básicas, pronto-socorro ou programas de atenção à mulher (MATTAR et al., 2007). No primeiro momento o contato inicial é crucial: a forma como o enfermeiro acolhe, escuta e conduz os primeiros passos do atendimento pode determinar se a mulher irá buscar ajuda novamente ou se irá se fechar ainda mais (MORAIS; MONTEIRO; ROCHA, 2010). A anamnese, o registro na ficha e o encaminhamento são ações técnicas que precisam ser permeadas por empatia, escuta ativa e livre de julgamento. Mais do que preencher os protocolos hospitalares, o enfermeiro precisa atuar como ponte entre a vítima e a rede de proteção, valorizando o cuidado integral, que inclui a dimensão emocional e social. Um ponto

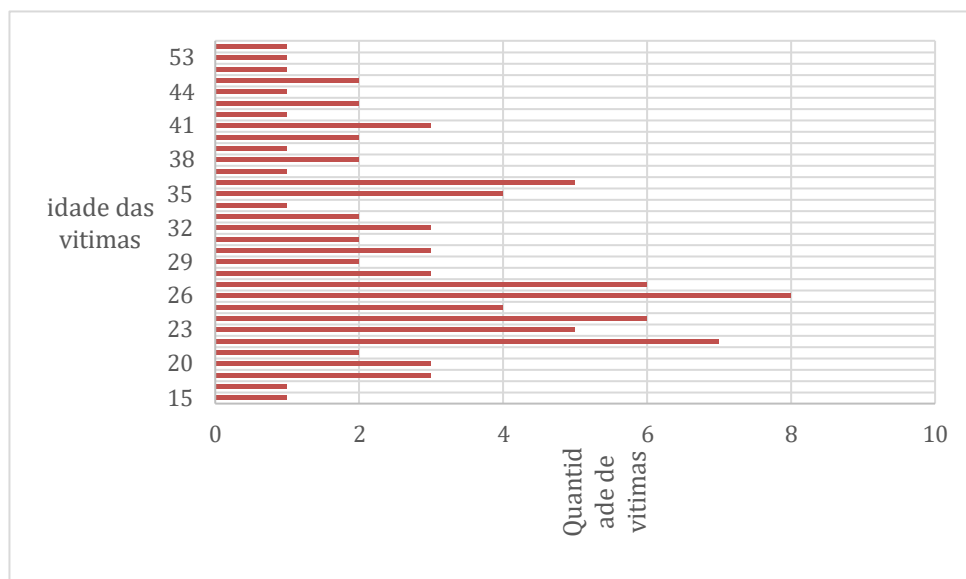
em que se chama atenção nos dados analisados é o não preenchimento dos campos estratégicos da ficha de notificação, como “tipo de notificação” e “agravo/doença”. Isso compromete a qualidade da informação e, conseqüentemente, dificulta pesquisa para desenvolver políticas públicas mais eficazes para o enfrentamento a violência contra mulher. A ficha não é apenas um formulário burocrático. É um documento legal, epidemiológico. Quando preenchida adequadamente, ela contribui para quantificar e qualificar o fenômeno da violência, além de ajudar identificar quais são os pontos da cidade que é mais suscetível a acontecer esse tipo de violência, ajuda a entender qual o perfil do agressor, ajuda a entender os fatores agravantes para a violência como o álcool e drogas além de direcionar investimentos, e pressionar o sistema por mudanças.

Quando se negligência o preenchimento correto da ficha de notificação, se a uma concordância indireta para que essa vítima se torne invisível para o sistema, de tal modo que ela vai ser atendida, tratada se necessário, acolhida, porém ela não vai ser enxergada, muitas mulheres são invisíveis para o sistema e somente durante a violência se tornam visíveis pois, se ocorre o feminicídio. Portanto, a formação e sensibilização do profissional de saúde, especialmente do enfermeiro, é fundamental para que ele compreenda a ficha como um instrumento de luta, uma forma de dar voz e existência institucional à mulher que sofreu violência. Portanto, investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, é fundamental. Eles precisam compreender que o registro completo e fiel desses dados tem impacto direto na formulação de políticas públicas, na alocação de recursos e na construção de estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento da violência. Os dados obtidos revelam uma verdade incômoda e urgente: o sistema de saúde ainda está distante de ser um espaço plenamente seguro para mulheres em situação de violência.

Análise do perfil da vítima

A análise do perfil da vítima de violência permite identificar características sociodemográficas, econômicas e contextuais que aumentam a vulnerabilidade à agressão, como idade, raça/cor, escolaridade, ocupação e vínculo com o agressor. Esses dados contribuem para a identificação de grupos historicamente mais expostos e, muitas vezes, invisibilizados pelas estatísticas oficiais.

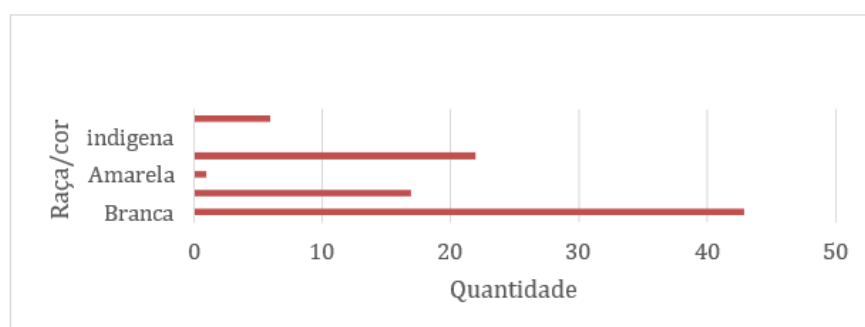
Gráfico 10: Idade das vítimas, Uberlândia – MG, 2026. CONTINUAÇÃO GRAFICOS



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Ao analisar a idade das vítimas e possível notar que a faixa etária das mulheres e dos 20 a 27 anos, com pico aos 26 anos (8 casos), o que se conclui que o perfil jovem adulto têm sido o mais vulnerável a esse tipo de abuso. No estudo de Schraiber et al. (2002), realizado com 322 usuárias de uma unidade de atenção primária à saúde, a idade média das entrevistadas foi de 28 anos, com mediana de 25 anos, e quase metade delas tinha entre 15 e 24 anos (47,2%), perfil que demonstra que mulheres jovens representam parte da população exposta à violência doméstica e sexual no contexto dos serviços de saúde. Dessa forma, a predominância de vítimas jovens no presente estudo dialoga com evidências nacionais que descrevem a violência contra a mulher como um fenômeno que se manifesta de forma intensa em vítimas na fase da juventude.

Gráfico 11: Raça/cor das vítimas, Uberlândia – MG, 2026.



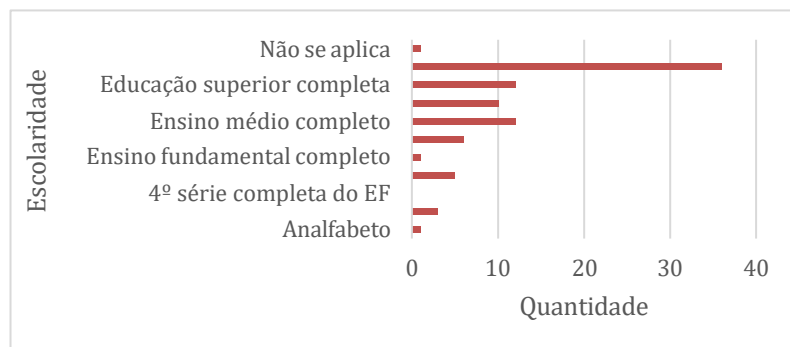
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

No gráfico referente à raça/cor das vítimas, observa-se predominância de mulheres que se autodeclararam pardas e brancas, porém o perfil que já se mostra recorrente em estudos sobre violência de gênero no Brasil. Segundo o Relatório Visível e Invisível 2023 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023) “O perfil étnico racial indica maior prevalência de violência entre mulheres negras (29,9%) do que entre brancas (26,3%)” Essa distribuição pode refletir, em parte, a composição demográfica local; no entanto, é necessário problematizar a presença de um número expressivo de registros com a classificação “ignorado”, que representa aproximadamente 11% dos casos analisados.

A ausência dessa informação, não é apenas um detalhe técnico, compromete a qualidade da análise epidemiológica e aponta para um desafio recorrente na coleta de dados em saúde: a fragilidade no preenchimento de marcadores sociais como raça e etnia nos instrumentos de notificação. O não preenchimento adequado desse campo pode ser resultado de múltiplos fatores, como despreparo dos profissionais de saúde, ausência de protocolos claros, tempo reduzido para atendimento e, principalmente, a naturalização do racismo institucional que permeia o sistema de saúde. É importante destacar que a variável racial é essencial para a formulação de políticas públicas específicas de enfrentamento à violência contra mulheres negras e indígenas, grupos que historicamente apresentam maior vulnerabilidade social e menor acesso a serviços de proteção, as mulheres pretas foram as mais vulneráveis ao assédio sexual em 2022, mais da metade deste grupo populacional sofreu alguma forma de assédio sexual (52,3%) (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2023).

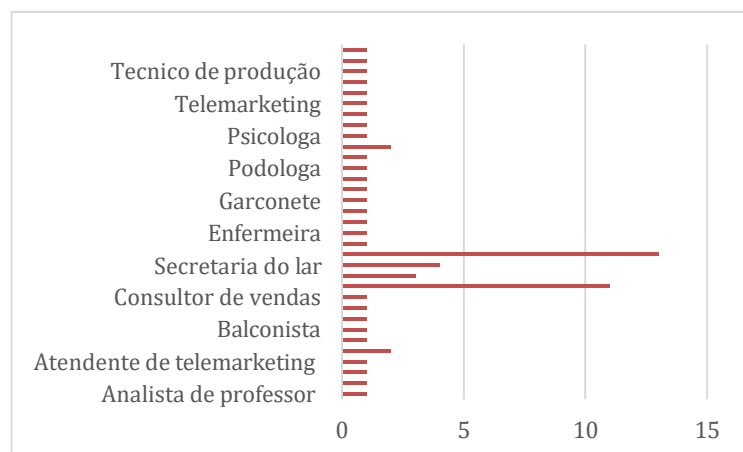
A invisibilidade estatística impede a identificação precisa das desigualdades e, por consequência, dificulta a alocação de recursos e a criação de estratégias direcionadas. A presença da categoria “ignorado” no campo raça/cor não deve ser negligenciada. Pelo contrário, ela deve servir como indicador de falha sistêmica na estrutura do acolhimento e registro das vítimas. Reforça-se, assim, a necessidade urgente de capacitação permanente dos profissionais de saúde, com enfoque em equidade racial, bem como a implementação de protocolos padronizados e obrigatórios que garantam o preenchimento dos dados registrados nas fichas de notificação.

Gráfico 12: Escolaridade das vítimas, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Gráfico 12: Profissão das vítimas,

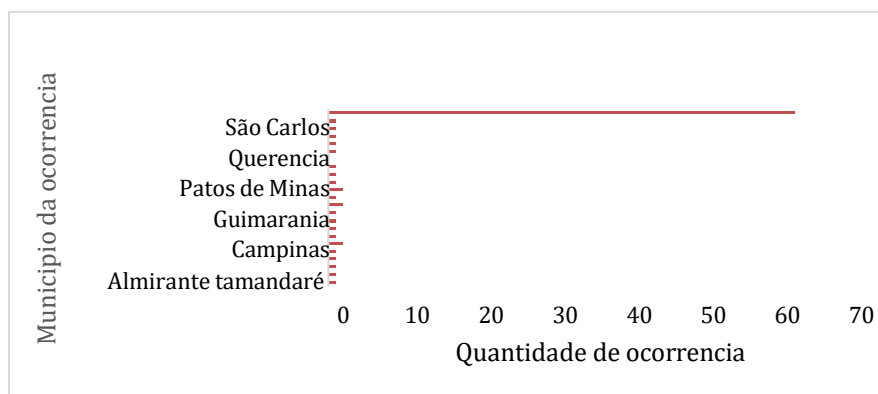


Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Ao analisar os dados de escolaridade e profissão das mulheres vítimas de violência analisadas neste estudo, observa-se um cenário que evidencia não apenas a vulnerabilidade socioeconômica, mas também a persistência de desigualdades estruturais no acesso ao mercado de trabalho. A maioria das vítimas possui ensino médio completo ou incompleto, havendo também número considerável com ensino superior incompleto ou completo. Porém, quando se analisa os empregos exercidos por essas mulheres, há uma concentração em empregos de baixa remuneração, como atendente, balconista, operadora, auxiliar de cozinha e serviços gerais. Ademais, há um número expressivo de vítimas desempregadas, do lar ou estudantes, o que pode indicar uma fragilidade econômica e possível dependência financeira do agressor. A dependência financeira constitui um dos principais fatores de permanência das mulheres em relações violentas, dificultando significativamente o rompimento do ciclo de violência (SAFFIOTI, 2004). Schraiber et al. (2007) destacam que fatores econômicos e emocionais,

combinados à vulnerabilidade social, frequentemente impedem que as vítimas busquem apoio ou denunciem o agressor.

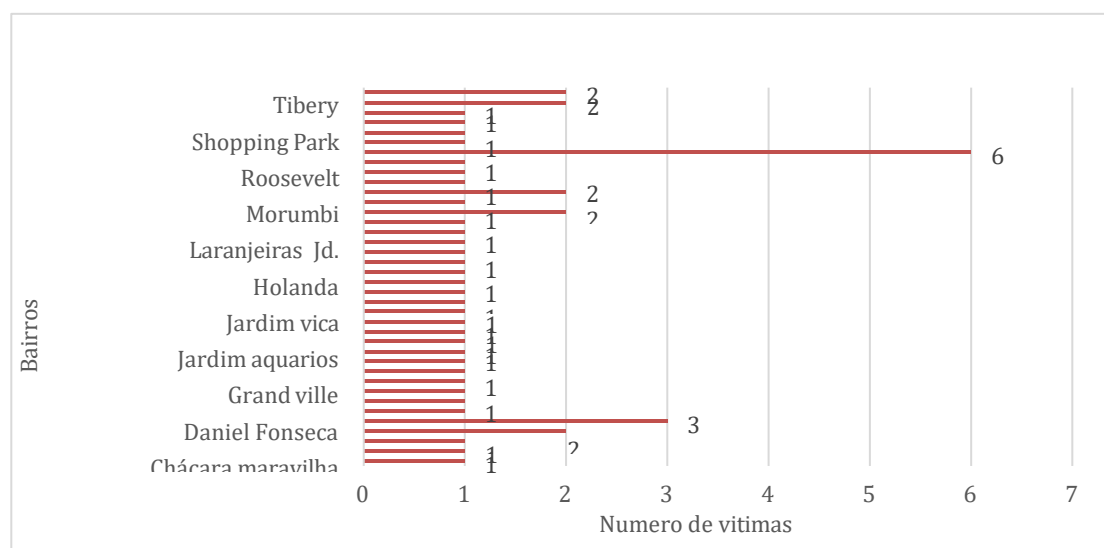
Gráfico 13: Município de ocorrência, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Da análise dos dados referentes a 89 respostas das mulheres vítimas de violência, observamos que a uma concentração significativa dos casos no município de Uberlândia onde 63 dos relatos mostra que a violência foi sofrida em Uberlândia MG conforme gráfico acima. Nesse sentido, compreender e mapear distribuição geográfica dos casos de violência contra a mulher torna-se fundamental para o planejamento de políticas públicas direcionadas, o fortalecimento da rede de proteção às mulheres e a qualificação da atuação dos profissionais de saúde, para ajudar no enfrentamento a violência.

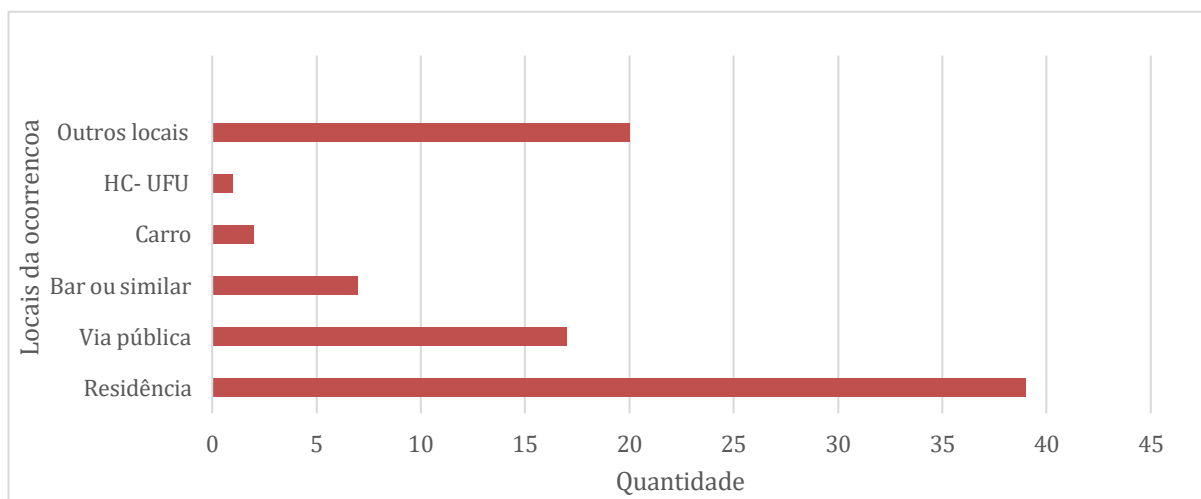
Gráfico 14: Bairros de ocorrência, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A análise cruzada dos dados referentes ao município, bairros e locais das ocorrências de violência revela a existência de territórios com maior vulnerabilidade e concentração de casos. Observou-se que a quase totalidade dos registros ocorreu no município de Uberlândia (MG), tornando-se o principal foco territorial da amostra analisada. Dentro dessa cidade, destacam-se bairros como Shopping Park, Santa Mônica, Roosevelt, Morumbi e Dom Almir, os quais concentram o maior número de notificações. Tais regiões são conhecidas por apresentar maior densidade populacional, menor renda média per capita e indicadores sociais fragilizados (Nunes, 2020) o que favorece o agravamento das desigualdades em termos práticos quanto menor a renda maior a dificuldade de sair de relações abusivas.

Gráfico 15: locais de ocorrência, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

No que se refere ao local específico da ocorrência, um dos dados mais alarmante evidenciados é que a residência da vítima se mostra como a principal figura e cenário da violência, seguida pela via pública e por bares ou similares. A prevalência da violência no ambiente doméstico confirma que, para muitas mulheres, o lar — espaço teoricamente associado à proteção e ao afeto — é, na prática, o local onde se manifestam as formas mais graves e recorrentes de agressão. O espaço doméstico, por sua natureza privada, tende a invisibilizar os episódios de agressão, tornando-os menos visíveis aos serviços públicos e à sociedade em geral, além de criar na mulher um receio de expor o agressor as autoridades, um dos motivos associados a permanência dessas mulheres dentro dos locais onde sofrem as agressões segundo o resultado de uma pesquisa do Ipespe, e o medo, a dependência financeira,

a não confiança na justiça e a vergonha de ser expor, de acordo com o estudo “73% das mulheres afirmam que o medo é o principal motivo de mulheres agredidas ou ameaçadas não buscarem ajuda” O próprio agressor gera todas essas inseguranças na mulher, fazendo com que a mesma se torne uma refém psicológica, dentro do seu próprio lar, onde passa a representar um território simbólico de controle, dominação e violação de direitos, o que reforça a necessidade de políticas públicas sensíveis às especificidades desse contexto.

Por outro lado, a presença significativa de registros em ambientes públicos, como ruas e bares, indica que a violência de gênero também extrapola os muros domésticos, especialmente em contextos de uso abusivo de álcool e conflitos interpessoais expostos.

A territorialização da violência, portanto, aponta para a necessidade de estratégias de enfrentamento localizadas, com intervenções direcionadas aos bairros mais afetados, articulando políticas públicas de saúde, assistência social, segurança e educação. A atuação do enfermeiro e da equipe de saúde, sobretudo na atenção básica e nos serviços de pronto atendimento desses territórios, deve ser fortalecida com formação contínua, protocolos de acolhimento e escuta ativa, permitindo a detecção precoce dos casos e a quebra do ciclo da violência. Também se faz necessária a criação e manutenção de redes comunitárias de apoio, com envolvimento de lideranças locais, centros de referência da mulher, escolas e instituições de justiça.

Gráfico 16: Motivação do agressor, Uberlândia – MG, 2026.



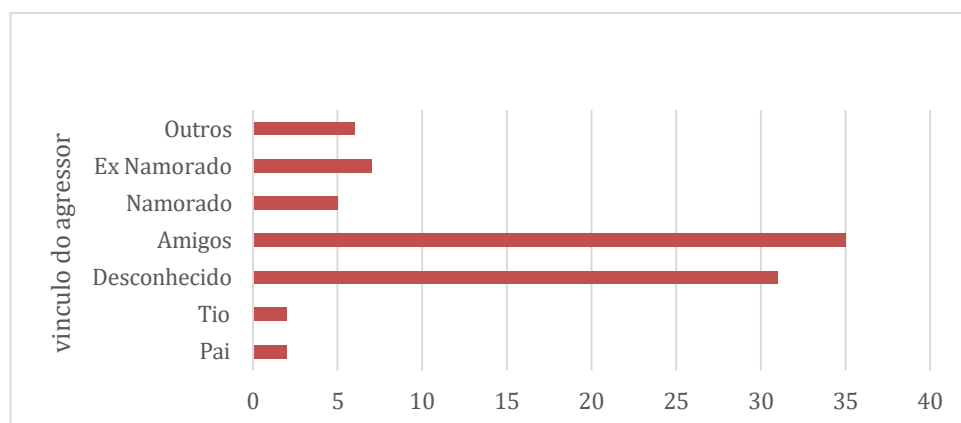
Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

O predomínio do sexismo como motivação para a violência observada neste estudo evidencia que as agressões contra a mulher transcendem episódios isolados e se ancoram em

estruturas socioculturais historicamente arraigadas. O sexismo, entendido como a discriminação ou preconceito baseado no gênero, sustenta-se em uma lógica patriarcal que atribui ao homem o papel de detentor de poder e autoridade sobre a mulher, legitimando práticas de controle, subordinação e coerção (EUROPEN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY, s./d.). Essa concepção se manifesta em comportamentos que visam restringir a autonomia feminina, seja por meio de violência física, psicológica, sexual ou patrimonial, e se intensifica diante de contextos em que a igualdade de gênero avança, gerando resistência e reações violentas. O sexismo para além da violência na relação conjugal, e um fator determinante para a denúncia, pois pessoas sexistas e as mais motivadas a não denunciar violências contra a mulher motivados pelo famoso pensamento "briga de marido e mulher ninguém mete a colher" (Nader, 2017), quanto maior é o sexismo, mais as pessoas restringem o seu âmbito de justiça, e quanto mais restringem esse âmbito, mais aceitam a violência contra a mulher (Paiva et al., 2021). Esse resultado indica que, em muitos casos, a agressão não está associada a conflitos pontuais, mas a um padrão de comportamento que busca reafirmar papéis de gênero tradicionais, nos quais a figura masculina ocupa posição de autoridade e domínio e por muitas das vezes não é denunciada,

Tal achado é consistente com estudos que demonstram como crenças sexistas e normas sociais machistas influenciam a conduta do agressor, naturalizando práticas de controle e cerceamento da liberdade feminina. Dessa forma, a presença marcante dessa motivação nos registros analisados reforça a urgência de intervenções que incluam estratégias de prevenção primária voltadas para a transformação cultural, a promoção da equidade de gênero e a educação para relações não violentas.

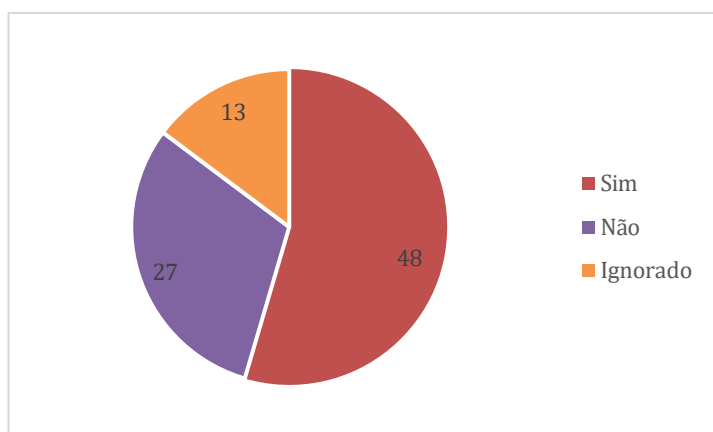
Gráfico 16: vínculo do agressor, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A predominância de agressores classificados como amigos da vítima, seguida por ex-conhecidos, ex-namorados e cônjuges, indica que a violência ocorre majoritariamente em contextos de relações interpessoais próximas, mas que vão além das relações conjugais ou familiares atuais. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), a maioria das agressões é praticada por pessoas com vínculo afetivo íntimo com a vítima, reforçando o caráter relacional e doméstico da violência de gênero. Esse padrão sugere que o espaço social imediato da vítima — incluindo círculos de amizade e relações rompidas — representa um ambiente de risco significativo.

Gráfico 17: Suspeita do uso de álcool, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

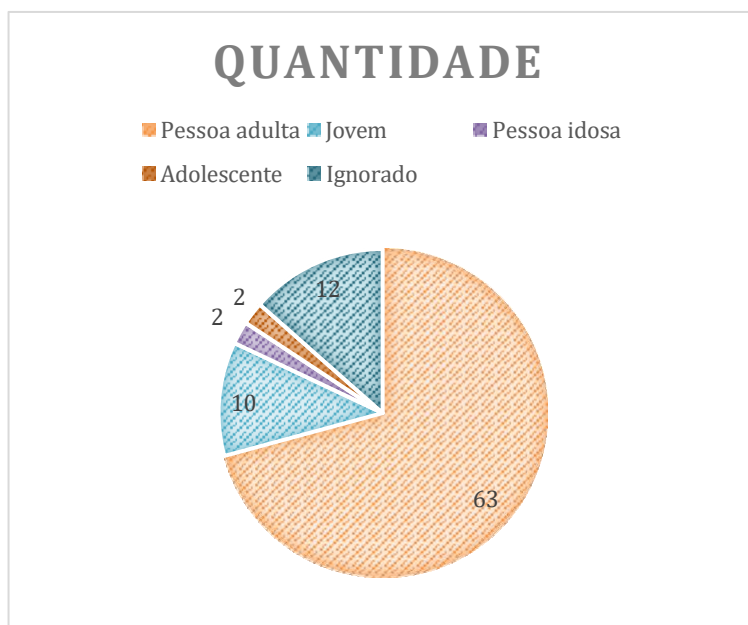
O consumo de álcool está associado a grande maioria dos casos de violência doméstica. O último levantamento domiciliar realizado pelo CEBRID, dentre os 7.939 domicílios entrevistados, em 2.750 houve relato de violência e, destes, em 42% o agressor estava alcoolizado. Tais dados evidenciam relação direta entre consumo abusivo de bebidas alcoólicas e casos de violência contra a mulher.

O gráfico acima evidencia que 48 dos agressores estavam com suspeita do uso de álcool o que mostra um agravamento diante da problemática. O álcool atua diretamente no sistema nervoso central, promovendo alterações no estado de consciência, na percepção da realidade e na capacidade de julgamento, o que reduz o controle inibitório e favorece comportamentos impulsivos e agressivos. Em indivíduos que já apresentam histórico de violência, ciúme

excessivo ou dificuldades no manejo de conflitos, o uso do álcool tende a potencializar atitudes violentas, intensificando a gravidade das agressões e aumentando o risco de reincidência então, para algumas pessoas que já têm uma tendência à violência, o álcool surge com o efeito de potencializar esses sentimentos, e essas atitude.

Fica evidente que o álcool ele é um problema de saúde pública, pois é uma droga lícita amplamente consumida e cada vez mais de fácil acesso. Segundo O Centro de Informações sobre Saúde do Álcool (CISA) divulgou que 45% dos brasileiros ingerem bebida alcoólica em festas, eventos sociais e até mesmo em casa, Cerca de 20% consomem uma vez por semana ou a cada 15 dias, 14% uma vez por semana ou menos, 7% de duas a quatro vezes por semana e apenas 3% bebe cinco vezes ou mais. 25% dos jovens (18-24 anos) e 23% dos adultos jovens (25-34 anos) ingerem a substância uma vez por semana ou a cada 15 dias (CISA, 2023). Segundo a organização mundial da saúde o álcool é responsável por 3 milhões de mortes por ano, além de ser um fator de risco as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas câncer e doenças cardiovasculares, distúrbios mentais e comportamentais, além de ser um fator potencializador para violências domésticas.

Gráfico 18: Faixa etária de idade, Uberlândia – MG, 2026.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Os dados referentes à faixa etária dos agressores indicam que a maioria significativa, 63

casos, corresponde a homens adultos, enquanto 10 são jovens, 2 adolescentes e 2 idosos. Essa distribuição evidencia que a violência interpessoal, especialmente contra mulheres, é mais prevalente entre indivíduos na fase adulta da vida. A predominância dos agressores adultos pode estar relacionada, a dependência financeira e uso de álcool.

CONCLUSÃO

A análise dos dados obtidos no HC-UFU confirma que a violência contra a mulher permanece como um problema estrutural, multifacetado e profundamente enraizado em desigualdades de gênero, socioeconômicas e culturais. Os resultados evidenciam que esse fenômeno não ocorre de forma aleatória: ele segue padrões identificáveis que envolvem perfis de vulnerabilidade, vínculos relacionais próximos e contextos de dependência econômica e emocional, o que reforça seu caráter sistêmico e sua condição de grave questão de saúde pública. O perfil predominante das vítimas — mulheres jovens adultas, majoritariamente pardas ou brancas, com escolaridade média e inserção em ocupações de baixa remuneração — evidencia como a intersecção entre gênero, classe social e raça potencializa a vulnerabilidade à violência. A dependência financeira, identificada como fator central na manutenção do ciclo de violência, impõe barreiras concretas ao rompimento das relações abusivas e demanda respostas que vão além do atendimento clínico, alcançando as dimensões social, jurídica e econômica da vida dessas mulheres (Saffioti, 2004; Schraiber et al., 2007).

20

A predominância da residência como principal local de ocorrência das agressões, praticadas majoritariamente por pessoas do convívio próximo — como amigos, ex-parceiros e cônjuges — reafirma que, para muitas mulheres, o ambiente doméstico representa não um espaço de proteção, mas de risco permanente. O sexismo como motivação prevalente das agressões indica que a violência de gênero não se reduz a conflitos pontuais, mas expressa um padrão estrutural de dominação e controle que exige, necessariamente, estratégias de transformação cultural de longo prazo. A suspeita de uso de álcool em mais da metade dos casos analisados reforça a necessidade de políticas intersetoriais que articulem o enfrentamento à violência doméstica com ações de saúde pública voltadas ao uso abusivo de substâncias. O álcool, enquanto fator potencializador — e não causa isolada — da violência, deve ser tratado como agravante dentro de um contexto mais amplo de vulnerabilidade social e relacional.

No que diz respeito ao papel da enfermagem, os dados reafirmam que o enfermeiro ocupa posição estratégica e insubstituível na rede de atenção às mulheres em situação de

violência. Como frequentemente o primeiro profissional a estabelecer contato com a vítima, sua atuação extrapola os procedimentos técnicos e clínicos: envolve escuta qualificada, acolhimento humanizado, registro adequado e encaminhamento responsável. No entanto, os achados revelam falhas significativas no preenchimento das fichas de notificação — especialmente nos campos de raça/cor, tipo de notificação e motivação da agressão —, o que compromete a qualidade dos dados epidemiológicos e, consequentemente, a formulação de políticas públicas eficazes. Negligenciar o preenchimento correto desses instrumentos equivale a tornar a vítima invisível para o sistema de saúde e para o Estado.

Diante disso, torna-se imprescindível investir em capacitação contínua dos profissionais de enfermagem, com ênfase em equidade racial, direitos das mulheres, manejo do acolhimento e correto preenchimento dos protocolos de notificação. Além disso, é fundamental que a atuação da enfermagem esteja integrada a uma rede multiprofissional e intersetorial, que envolva assistência social, segurança pública, sistema judiciário e centros de referência da mulher, garantindo a integralidade do cuidado e a continuidade do acompanhamento das vítimas.

Conclui-se que o enfrentamento efetivo da violência contra a mulher requer ações simultâneas em múltiplas frentes: aplicação rigorosa da legislação vigente, especialmente da Lei Maria da Penha; fortalecimento das redes de proteção e apoio; melhoria na qualidade dos sistemas de informação em saúde; e, sobretudo, investimento em educação para a igualdade de gênero desde a formação básica. Somente por meio de uma abordagem intersetorial, culturalmente transformadora e orientada por dados confiáveis, será possível romper o ciclo da violência e garantir a todas as mulheres o direito fundamental a uma vida livre de violência.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA DE BIBLIOTECAS E COLEÇÕES DIGITAIS DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (ABCD USP). Bases de dados. São Paulo, 2025.
2. ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; PASA, Graciela Gema; SCHEFFER, Morgana. Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, 2009.
3. BARRAL, Delmira da Silva et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher em Marituba, Pará, Brasil. In: RAMOS, Edson Marcos Leal Soares et al. (Org.). *Segurança e Defesa: cidades, criminalidades, tecnologias e diversidades*. Praia, Cabo Verde: Uni-CV, 2019, p. 85-95.
4. BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para

coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 1, 8 ago. 2006.

5. CAMPOS, Carmen Hein de. Lei Maria da Penha: um novo desafio jurídico. In: LIMA, Fausto; SANTOS, Cecília (Org.). *Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009, p. 21-35.

6. CEBRID – CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. *Boletim CEBRID*, São Paulo: Departamento de Psicobiologia, UNIFESP, n. 59, jul./ago./set. 2008.

7. CISA – CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. *Álcool e a saúde dos brasileiros: panorama 2023*. São Paulo: CISA, 2023.

8. CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Caso Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador. San José, Costa Rica, 2020.

9. COSTARDI, João Victor Vezali et al. A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 61, n. 4, p. 381–387, 2015..

10. DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling; PONDAAG, Mirian. Explorando significados do silêncio e do segredo nos contextos de violência doméstica. In: BUCHER-MALUSCHKE, Julia et al. (Org.). *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática*. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004, p. 171-185.

11. EIGE – EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY. *Sexism at work*. [S.l.], s.d.

12. ELVIRA, Indianathan de Kassia Santana et al. Experiences of family members of drivers who violate the law against drinking and driving and its repercussions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 1, e20190466, 2021.

13. FARIAS, Patricia; GONÇALVES, Felipe Lourenço; SANTOS, Adailane Rezende da Silva; ALBUQUERQUE, Ana Flávia Siqueira de; ROCHA, Bruna de Oliveira; SILVA, Thiago Moreira. O papel do enfermeiro no atendimento à mulher vítima de violência doméstica. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 5, 2024.

14. FERNANDES, S. C. S. et al. Violência contra a mulher baseada no gênero: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2025.

15. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

16. GEVEHR, Daniel Luciano; SOUZA, Valéria Lemos de (Org.). *Revista Acadêmica*

Licenciadacturas, Ivoti: Instituto Ivoti, v. 2, n. 1, p. 113-121, 2014.

17. GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, v. 13, n. 3, p. 625-631, 2009.

18. INSTITUTO AVON; IPSOS. *Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil*. São Paulo, 2011.

19. INSTITUTO DE PESQUISAS SOCIAIS, POLÍTICAS E ECONÔMICAS (IPESPE).

Jusbarômetro SP: Barômetro da Justiça de São Paulo – Violência contra a Mulher. São Paulo: Apamagis, 2021.

20. MACHADO, Maria de Fátima Barroso. Dependência financeira da mulher vítima de violência doméstica e o PLS 443/2011. *JusBrasil*, Brasília, 31 maio 2015.

21. MATTAR, Rosiane et al. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Federal de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 459-464, 2007.

22. MORAIS, Heloísa Cristina Rangel de; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; ROCHA, Samara Sílvia. O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2010.

23. NADER, Maria Beatriz. Violência contra as mulheres: relatos, análises e ações. In: STEVENS, Cristina et al. (Org.). *Relatos, análises e ações no enfrentamento da violência contra as mulheres*. Brasília: Technopolitik, 2017, p. 105-130.

24. NUNES, E. P.; LEITE, E. S.; CARVALHO, W. R. G. Rastreamento geográfico da COVID-19 segundo fatores socioeconômicos e demográficos no município de Uberlândia, Minas Gerais. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 8, n. 1, p. 1-6, 2020.

25. PAIVA, T. T.; PEREIRA, C. R. O papel da justiça na relação do sexismo e na violência contra a mulher. *Revista Interamericana de Psicología*, v. 55, n. 3, e1591, 2021.

26. SCHRAIBER, Lília Blima et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

27. SOUSA, Lúcia Pereira de; GUEDES, Dóris Regina Alves. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 87, p. 123-139, 2016.

28. TERRA, M. F.; PIRES, A. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digital*, v. 15, n. 3, 2015.

29. SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo:

Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

30. SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.