

<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c03>

# VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DOS CASOS NO ESPÍRITO SANTO

**Luíza Eduarda Portes Ribeiro<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0003-1960-7155

**Loys Lene da Costa Siqueira<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6387-2792

**Rayanne Gomes da Silva<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7416-5583

**Márcia Regina de Oliveira Pedroso<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-2859-159X

**Franciéle Marabotti Costa Leite<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6171-6972

<sup>I</sup>Prefeitura Municipal de Vila Velha.  
Vila Velha, Espírito Santo.

<sup>II</sup>Universidade Federal do Espírito Santo.  
Vitória, Espírito Santo.

<sup>III</sup>Universidade Federal do Oeste da Bahia.  
Barreiras, Bahia.

**Autora Correspondente:**

 Luíza Eduarda Portes Ribeiro  
E-mail: luizaep@hotmai.com

**Como citar:**

 Autores Ribeiro LEP, Siqueira LL da C, Silva RG, et al.  
Violência contra pessoas com deficiência: uma análise  
dos casos no Espírito Santo. In: Pereira RSF, Passinho RS,  
(Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações  
em situação de vulnerabilidade: volume 3.  
Brasília, DF: Editora ABEn; 2023. 26-32 p.  
<https://doi.org/10.51234/aben.23.e19.c03>

 Revisor: Renan Sallazar Ferreira Pereira.  
Universidade Federal de São João del-Rei.  
Divinópolis, Minas Gerais, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A violência atinge milhares de pessoas pelo mundo e desencadeia uma série de consequências negativas a essas vidas. As pessoas com deficiência integram essa estatística, representam cerca de 15% da população mundial e apresentam 50% mais chances de sofrer violência se comparadas àquelas que não possuem deficiência, o que as torna mais vulneráveis a este evento<sup>(1)</sup>.

De acordo com a Política Nacional da Pessoa com Deficiência elaborada no Brasil no ano de 2010, considera-se pessoa com deficiência aquela que, em caráter permanente, possui perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, culminando em alguma incapacidade para o desempenho de suas atividades<sup>(2)</sup>.

Já a violência, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como um agravo de saúde em que, por meio do uso intencional da força física ou do poder, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação. Divide-se em três categorias: violência auto-dirigida - agressão cometida contra si próprio; violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer; e, violência coletiva - violência social, política e econômica<sup>(3)</sup>.

Diversos fatores de riscos estão associados à violência, podendo ser: ambientais, estruturais, escassez de suporte de saúde e de serviços educacionais. Todavia, é importante destacar que um dos principais fatores de condição para a violência contra pessoa com deficiência é a invisibilidade na malha social, por excluir e delimitar a inserção desses indivíduos na sociedade<sup>(1,3)</sup>.

Sendo assim, a violência está relacionada a uma assimetria entre as relações de poder estabelecidas nas relações interpessoais, tendo o agressor maior domínio sobre sua



vítima. Tal situação, vale ressaltar, pode se tornar ainda mais preocupante quando a vitimização se dá entre indivíduos com deficiência, por suas limitações e maior grau de dependência<sup>(1,2)</sup>.

Infelizmente, a deficiência é imposta como uma condição que retira da pessoa sua essência como ser, já que suas outras dimensões humanas passam a não ter tanta relevância, uma vez que se pressupõe que a deficiência se generaliza sobre o indivíduo e toma seu lugar. Logo, são negligenciados os seus direitos e ignoradas as suas vozes, o que acentua a vulnerabilidade a situações de violências e discriminação<sup>(1)</sup>.

Um marco na luta do reconhecimento e proteção dos grupos vulneráveis (adolescentes, crianças e pessoas com deficiência) é a Constituição Nacional Brasileira de 1988. Através da promulgação, foi possível garantir a ampliação e a institucionalização de serviços públicos, que, por meio deste, disponibilizaram-se a receber denúncias de violação de direitos fundamentais de grupos vulneráveis, como no caso das pessoas com deficiência. Já no ano de 2009, o país deu um passo importante ao ratificar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia das Nações Unidas em 2006, por meio da resolução A/61/611, que, no seu artigo 16, descreve as ações e estabelece as metas para garantir os direitos às pessoas com deficiência<sup>(4)</sup>. Além disso, nos anos seguintes foram criados outros instrumentos para enfrentamento da violência contra a pessoa com deficiência, a exemplo da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2010, e, mais recentemente, em 2015, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência<sup>(2)</sup>.

Com isso, fez-se nítida a tamanha vulnerabilidade desse grupo e o quão importante é a notificação dos casos de violência, para que leis sejam cumpridas e ações de prevenção e assistência às vítimas de violência instituídas. Logo, o presente estudo teve por objetivo analisar os casos notificados de violência contra a pessoa com deficiência no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal quantitativo referente às notificações de violência das pessoas deficientes no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018. A coleta fundamentou-se nos dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pela Secretária Estadual de Saúde (SESA).

O Espírito Santo é um estado formado por 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Possui extensão territorial de 46.074.444 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 76,25 habitantes/Km<sup>2</sup>, além de ser um dos quatro estados que compõem a região Sudeste<sup>(5)</sup>.

O período escolhido para análise levou em consideração a publicação da portaria nº 104/2011, que tornou a violência um agravo de notificação compulsória<sup>(6)</sup>. A notificação é realizada pelos profissionais nos serviços de saúde a partir da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada<sup>(7)</sup>.

No presente estudo, foram incluídos todos os tipos de violência contra pessoas com deficiência, independentemente da idade da vítima e do tipo de violência sofrida. As variáveis analisadas incluíram características das vítimas, do agressor e do evento. Com relação às vítimas, foram incluídas as informações de sexo (masculino; feminino); faixa etária (0 a 9 anos; 10 a 19 anos; 20 a 59 anos; 60 anos ou mais); raça/cor (branca; preta/parda); e zona de residência (urbana/periurbana; rural). Com relação ao agressor, foram avaliados dados como faixa etária (0 a 24 anos; 25 anos ou mais); sexo (masculino; feminino; ambos); vínculo (familiar; conhecido; desconhecido); e se havia suspeita de uso de álcool (não; sim). As variáveis relativas a agressões incluídas foram: número de envolvidos (um; dois ou mais); a ocorrência na residência (não; sim); o histórico de repetição (não; sim); o encaminhamento para outros serviços (não; sim); e a tipologia da violência (sexual, física, negligência, psicológica, autoprovocada, outros).

Antes das análises, o banco de dados passou por processo de qualificação para correção de possíveis erros e inconsistências, de modo que o total de casos analisados em cada variável não é o mesmo. Os casos em brancos ou ignorados não foram incluídos na análise. Foram calculadas frequências relativas e absolutas das variáveis, com estimativa dos intervalos de confiança de 95%, através do software Stata 14.1.



O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo sido respeitadas as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

No período de 2011 a 2018 foram notificados 1.631 casos de violência contra pessoas com deficiência no Espírito Santo. A Tabela 1 apresenta a caracterização dessas notificações.

No que se refere às características das vítimas, identificou-se predomínio de notificações entre mulheres (68,9%), com idade entre 20 e 59 anos (67,9%), e da raça/cor preta/parda (66,3%) e residentes da zona urbana/periurbana (90,3%). Em relação ao agressor, este tinha, principalmente, entre 25 anos ou mais (75,6%) e era do sexo masculino (59,1%). Referente ao vínculo com a vítima, eram especialmente familiares (60,0%) e não havia suspeita de álcool em 65,7% dos casos. O evento, em sua maioria, envolveu um único agressor (81,0%) e ocorreu na residência (76,7%), sendo recorrente na maioria das vezes (68,4%). O encaminhamento para outros serviços da rede foi realizado em 84,2%. O tipo de violência mais notificada foi a física (44,8%), seguida pela autoprovocada (26,2%) e da sexual (12,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características dos casos notificados de violência em pessoas com deficiência segundo características da vítima, do agressor e do evento. Espírito Santo, 2011 a 2018

Variáveis	n	%	IC 95%
Sexo			
Masculino	508	31,1	28,9-33,4
Feminino	1123	68,9	66,6-71,1
Faixa etária			
0 a 9 anos	57	3,5	2,7-4,5
10 a 19 anos	247	15,1	13,5-17,0
20 a 59 anos	1107	67,9	65,6-70,1
60 anos e mais	220	13,5	11,9-15,2
Raça/Cor			
Branca	501	33,7	31,4-36,2
Preta/Parda	984	66,3	63,8-68,6
Zona de residência			
Urbana/Periurbana	1449	90,3	88,7-91,6
Rural	156	9,7	8,4-11,3
Faixa etária do agressor			
0 – 24 anos	261	24,4	21,9-27,0
25 anos ou mais	810	75,6	73,0-78,1
Sexo do agressor			
Masculino	827	59,1	56,5-61,7
Feminino	572	40,9	38,3-43,5
Vínculo			
Familiar	574	60,0	56,8-63,1
Conhecido	247	25,8	23,1-28,7
Desconhecido	136	14,2	12,1-16,6
Suspeita de uso de álcool			
Não	705	65,7	62,8-68,5
Sim	368	34,3	31,5-37,2
Número de envolvidos			
Um	1215	81,0	78,9-82,9
Dois ou mais	285	19,0	17,1-21,1
Local de ocorrência			
Residência	1132	76,7	74,5-78,8
Via pública	211	14,3	12,6-16,2
Outros	133	9,0	7,7-10,6
Violência de repetição			
Não	416	31,6	29,1-34,2
Sim	901	68,4	65,9-70,9

Continua



Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%	IC 95%
Encaminhamento			
Não	240	15,8	14,0-17,7
Sim	1281	84,2	82,3-86,0
Tipo de violência			
Sexual	208	12,8	11,2-14,5
Física	730	44,8	42,4-47,2
Negligência	175	10,7	9,3-12,3
Psicológica	62	3,8	3,0-4,9
Autoprovocada	427	26,2	24,1-28,4
Outros tipos	29	1,8	1,2-2,6

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

O estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, notificou 1.631 casos de violência contra a pessoa portadora de deficiência. Outros estudos brasileiros reforçam a prevalência elevada de violência contra este público. Entre 2011 e 2017, o país notificou 116.219 casos de violência contra pessoas com deficiência, o equivalente a uma prevalência de 8,1%<sup>(8)</sup>, e no ano de 2019 foram registrados 7.613 casos<sup>(9)</sup>. Observa-se um comportamento de ascendência na taxa de prevalência da violência contra a pessoa com deficiência nos últimos anos, destacando-se a maior vulnerabilidade deste grupo. O estabelecimento de relações de poder desiguais, considerando as limitações e dependência inerentes a alguém com deficiência, associa-se a uma maior exposição de violência neste grupo<sup>(1)</sup>.

No grupo de violências mais notificadas contra as pessoas com deficiência, destacou-se a física (44,8%), seguida da autoprovocada (26,2%) e sexual (12,8%). Outros estudos também sublinham a violência física como a forma mais frequentemente notificada entre as pessoas com deficiência, chegando a 59,1%<sup>(10)</sup>, 53%<sup>(9)</sup> e 51%<sup>(8)</sup> dos casos. Por muitas vezes deixar marcas visíveis no corpo, uma das violências mais fáceis de serem identificadas é a física, o que pode aumentar a visibilidade e, conseqüentemente, o número de notificações<sup>(3,8)</sup>.

Embora poucos estudos apresentem dados da violência autoprovocada entre pessoas com deficiência, se comparados aos dados disponíveis sobre violência interpessoal no Brasil entre 2011 e 2017, este tipo de violência correspondeu a 44,5% dos casos<sup>(8)</sup>. Reconhece-se que este público possui diversas condições e limitações que podem contribuir para alterações de pensamento e humor, favorecendo atitudes de auto-agressão. Dessa forma, o Relatório Mundial sobre a Deficiência destaca a importância da implementação de estratégias capazes de favorecer os enfrentamentos mediante as dificuldades e, assim, fortalecer a saúde mental desse público<sup>(1)</sup>.

Já a violência sexual pode ser justificada pelos diversos tabus envolvidos na discussão da sexualidade entre as pessoas com deficiência, os quais, além de diminuir a autonomia da pessoa sobre seu próprio corpo e desejos sexuais, podem agravar o estabelecimento de relações abusivas e repressoras por parte dos responsáveis<sup>(1)</sup>.

A literatura destaca ainda a prevalência da negligência e violência psicológica neste grupo<sup>(8-10)</sup>. A dependência de cuidados proveniente de determinadas limitações impostas pela condição de uma deficiência pode explicar este dado, na medida em que interfere nas percepções dos cuidadores e pessoas próximas à vítima, que podem, inclusive, justificar um ato violento devido ao desenvolvimento de certo grau de controle sobre aquele de quem são responsáveis, assim como em decorrência do estresse e sobrecarga a que se veem expostos<sup>(11)</sup>.

Quanto às características das vítimas, prevaleceu o gênero feminino nas notificações, correspondendo a 68,9% dos casos, tal como também identificado em achados da literatura<sup>(12,13)</sup>, os quais reconhecem a mulher como mais vulnerável ao agravo da violência. A cultura machista e o movimento patriarcal interferem diretamente na repressão da mulher através de atitudes violentas de suas diversas naturezas, que podem ser vistas



como questões culturais, aumentando a vulnerabilidade da figura feminina à vivência de atos violentos<sup>(14)</sup>.

Ao se observar a faixa etária das vítimas, 67,9% tinham entre 20 e 59 anos. No Brasil, entre os anos de 2011 e 2017, 61,6% das notificações se concentraram nesta mesma faixa etária<sup>(8)</sup>. O grupo de idosos e crianças costuma apresentar maior grau de dependência e, por conseguinte, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando o agressor é o próprio acompanhante, pai e/ou mãe da vítima. A partir de tal cenário, para as faixas etárias mais vulneráveis, é necessário considerar a subnotificação como importante fator<sup>(3)</sup>.

Outro dado interessante foi a raça/cor da vítima, que se concentrou entre aquelas de cor preta ou parda (66,3%). Análise realizada em âmbito nacional indica pessoas com deficiência em situação de violência predominantemente de raça/cor branca. Entretanto, é necessário refletir sobre a existência de dificuldades na identificação de casos, resultado do menor acesso da população preta/parda aos serviços de saúde<sup>(8)</sup>, bem como a respeito da naturalização da violência contra pessoas afrodescendentes, resquícios do período da escravidão, culminando em atitudes racistas e de discriminação racial ainda nos dias atuais<sup>(15)</sup>.

Além disso, foi encontrado que 90,3% das vítimas residiam em zona urbana. Estudo realizado em Uganda examinou a associação entre status de deficiência e violência sexual por parceiro íntimo e encontrou que 3,8% das entrevistadas tinham deficiências e 18,3% sofreram violência sexual por parceiro íntimo nos últimos 12 meses. Dessas, grande parte era residente na zona rural (78,6%) e, em ambos os grupos (mulheres com e sem deficiência), a violência sexual por parceiro íntimo esteve associada à ocupação da mulher, sendo maior entre as que trabalhavam na agricultura e em ocupações manuais<sup>(16)</sup>. Logo, é importante considerar que o contexto, a ocupação e demais variáveis podem influenciar neste achado.

Em relação ao agressor, este tinha, principalmente, entre 25 anos ou mais (75,6%) e era do sexo masculino (59,1%). Os achados em tela concordam com estudo em que 67,6% dos agressores eram do sexo masculino<sup>(8)</sup>. E em 66,5% dos casos, em outro estudo de violências contra adolescentes, os agressores também eram do sexo masculino<sup>(17)</sup>. Isso reforça a formação da identidade masculina, predominantemente marcada pela força, pela competição e pelo machismo, que fomenta a associação entre o masculino e a violência. Para superação desse problema, considera-se fundamental a implementação e o fortalecimento de iniciativas que possibilitem profunda reflexão quanto a valores, moldes de socialização e construção das identidades masculina e feminina nas sociedades contemporâneas, pautadas no estabelecimento de relações mais igualitárias dos homens com seus pares e com o sexo feminino<sup>(14)</sup>.

A suspeita de não uso do álcool por parte do agressor foi encontrada em 65,7% dos casos, informação que corrobora o encontrado em outra pesquisa, na qual 45,2% dos agressores não estavam sob suspeita do uso de álcool<sup>(8)</sup>. Contudo, diferentemente desse achado, outros dois estudos verificaram associação positiva entre casos de violência por parceiro íntimo e ingestão de álcool pelo agressor<sup>(18,19)</sup>. O álcool exerce função importante na perpetração de violência, e tem ação desinibitória que, muitas vezes, resulta em comportamento violento. Importante ressaltar que, no Brasil, além dos determinantes sociais, culturais e demais fatores, uma fração da violência tem sido associada ao uso de bebida alcoólica pelo agressor<sup>(19)</sup>.

Quanto ao vínculo com a vítima, eram especialmente familiares (60,0%), envolvendo somente um único agressor (81,0%), sendo a residência o local da agressão em 76,7% dos casos e a recorrência presente em 68,4% das notificações. A literatura reforça a violência doméstica como bastante recorrente entre este público, o que pode justificar a presença marcante de familiares e a residência como principal local de ocorrência. Quanto ao perfil de recorrência, pode decorrer de uma maior vulnerabilidade da vítima que permanece convivendo com o agressor, sendo, por vezes, silenciada<sup>(8,9)</sup>. A dependência por cuidados básicos e a dificuldade na comunicação e defesa pessoal aumentam a exposição à violência em ambientes que deveriam ser de proteção, impondo uma grande necessidade de estabelecer mecanismos de segurança e rastreio de situações de risco em instituições formais e informais<sup>(1)</sup>.

O encaminhamento para outros serviços da rede foi realizado em 84,2%. Estudo sobre violência contra adolescentes com deficiência, no estado de Pernambuco, identificou que os encaminhamentos dos casos



foram realizados, em sua maioria, para o Setor de Saúde (58%), seguido do Conselho Tutelar (30%) e da Delegacia de Proteção da Criança e do Adolescente (15%)<sup>(20)</sup>. As pessoas com deficiência têm mais dificuldades, geralmente por problemas de locomoção ou comunicação, de acesso aos serviços para obter, por exemplo, intervenção da polícia, proteção jurídica ou cuidados preventivos quando necessário. No entanto, se a violação não é identificada nem denunciada, a invisibilidade se sustenta e, constantemente, mesmo quando os casos são identificados, há impasses por parte das instituições em reconhecerem os direitos das pessoas com deficiência e as particularidades de suas violações<sup>(1)</sup>.

## CONCLUSÃO

O presente estudo reforça a violência contra a pessoa com deficiência como um problema de saúde pública de grande magnitude, com elevada prevalência deste agravo. A violência mais notificada foi a física, seguida pela autoprovocada e sexual. Mulheres adultas, de cor preta ou parda e que residiam em zona urbana ou periurbana, foram características das vítimas mais notificadas, enquanto entre os agressores predominaram homens de 25 anos ou mais, sem suspeita de uso de álcool e que tinham algum vínculo familiar com a vítima. O evento já havia ocorrido outras vezes na maior parte dos casos, envolvendo um único agressor, com maior frequência na residência e destacando-se os encaminhamentos para outros serviços.

Os profissionais de saúde são protagonistas no processo de identificação e denúncia de grupos vulneráveis como as pessoas com deficiência que podem permanecer silenciadas por seus tutores. A identificação de fatores de risco auxilia na capacitação dos trabalhadores de saúde e subsidia figuras gestoras a lançar estratégias de enfrentamento a este importante agravo de saúde pública, em busca de promover a proteção das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World Bank. World report on disability 2011 [Internet]. Genebra: WHO; 2011 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Pessoa com Deficiência [Internet]. Brasília (DF): 2010 [cited 2022 Sep 5]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. Cien Saude Colet. 2006;11(suppl):1163–78. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>
4. Presidência da República (BR). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; 2012 [cited 2022 Aug 6]. Available from: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/convencaopessoascomdeficiencia\\_2012.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/sedh/convencaopessoascomdeficiencia_2012.pdf)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Panorama Brasil: Espírito Santo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [cited 2022 Aug 6]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2022 Aug 10]. Available from: [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)
7. Ministério da Saúde (BR). Viva: Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2022 Jul 20]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf)
8. Mello NF, Pereira ÉL, Pereira VOM, Santos LMP. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros: 2011-2017. Epidemiol Serv Saúde. 2021;30(3). <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300007>



9. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Alves PP, Lima RS, Marques D, et al. Atlas da Violência: 2021 [Internet]. São Paulo: FBSP; 2021 [cited 2022 Jul 20]. Available from: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>
10. Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada D. Trend, spatialization and circumstances associated with violence against vulnerable populations in Brazil, between 2009 and 2017. *Cienc Saude Coletiva*. 2021;26(11):5751–63. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.2524202012>
11. Legano LA, Desch LW, Messner AS, Idzerda S, Flaherty EG. Council on child abuse and neglect and council on children with disabilities. *Pediatrics* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jul 15];147(5):e2021050920. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/5/e2021050920/180813/Maltreatment-of-Children-With-Disabilities>
12. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):2007-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>
13. Andrade LD. Pessoas com deficiência no Brasil e as diversas formas de violência a que estão submetidas. *Conversas Controv* [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 3];4(2):62-76. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/conversasecontroversias/article/view/25547>
14. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):59–70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>
15. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc*. 2016;25(3):535-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
16. Kwagala B, Galande J. Disability status, partner behavior, and the risk of sexual intimate partner violence in Uganda: an analysis of the demographic and health survey data. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1872. <http://doi.org/10.1186/s12889-022-14273-8>
17. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, Shimizu HE, Ramalho WM, Fagg CW. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil: 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23(1):e200004. <http://doi.org/10.1590/1980-549720200004.supl.1>
18. Ogum-Alangea D, Addo-lartey AA, Sikweyiya Y, Chirwa ED, Coker-appiah D, Jewkes R, et al. Prevalence and risk factors of intimate partner violence among women in four districts of the central region of Ghana: baseline findings from a cluster randomised controlled trial. *PLOS ONE*. 2018;13(7):e0200874. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0200874>
19. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHLPM, Silva CMFPF, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-1975. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
20. Cavalcante LV, Silva LMP, Vieira SCM. Violência contra adolescentes com deficiência: caracterização dos casos no estado de Pernambuco. *Braz J Develop*. 2020;6(8):63095–63112. <http://doi.org/10.34117/bjdv6n8-661>