



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Renata Queiroz Ramos

**O recorte temporal da COVID-19 para o fenômeno da violência contra mulheres: uma
análise sobre o estado do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Renata Queiroz Ramos

O recorte temporal da COVID-19 para o fenômeno da violência contra mulheres: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, violência e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado
Passos da Silva

Coorientadora: Prof.^a Dra. Fernanda Serpeloni

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: COVID-19 time frame for the phenomenon of violence against women: an analysis of the state of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

R175r Ramos, Renata Queiroz.
O recorte temporal da COVID-19 para o fenômeno da violência contra mulheres: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro / Renata Queiroz Ramos. -- 2023.
118 f. : il.color, mapas.

Orientador: Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva.
Coorientadora: Fernanda Serpeloni.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 102-116.

1. Violência contra a Mulher. 2. COVID-19. 3. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 4. Política Pública. 5. Estado do Rio de Janeiro. I. Título.
CDD 362.8292

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Renata Queiroz Ramos

O recorte temporal da COVID-19 para o fenômeno da violência contra mulheres: uma análise sobre o estado do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, violência e saúde.

Aprovada em: 28 de junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Ionara Vieira Moura Rabelo
Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dra. Liana Wernersbach Pinto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Fernanda Serpeloni (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

A todas as mulheres, pela igualdade de gênero.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família por todo o apoio, encorajamento e celebração de pequenas e grandes conquistas. Mãe, pai (*in memoriam*) e irmão, vocês foram e sempre serão meus primeiros exemplos de cuidado e admiração, onde sinto o amor mais forte. Eu me vejo em vocês.

Agradeço também aos familiares que sempre se fizeram presentes, reduzindo a distância e a saudade entre o interior e a capital, em especial Dilma, Eunice, Genice e Beatriz. Agradeço aos novos membros da família, Tayane Seidl – e, logo mais, meu primeiro sobrinho, Joaquim – , e Arthur Ramos, que me deu a honra de ser sua dinda.

Agradeço às irmãs que me acompanham nessa jornada da vida. Julia Musso, Annelise Magalhães, Thaís Santos e Nina Pacheco, com vocês tenho colo, afeto e serenidade para existir. Cada relação foi tecida de um jeitinho diferente, mas em todas elas sinto a presença dos laços invisíveis que nos unem, para sempre.

Agradeço por ter conhecido Laiz Bueno, Laís Fiebig e Larissa Machado nas trilhas da Saúde Pública e por terem se tornado muito mais do que apenas colegas de profissão. Caminho não se faz sozinho, e ele se torna muito mais acolhedor e forte com vocês ao meu lado. Seguimos juntas.

Agradeço por ter caminhado ao lado de profissionais muito especiais ao longo dos anos, mas principalmente Angela Arruda, Silvana Caetano e Celso Vergne, que me mostraram como unir trabalho e afeto de uma forma muito bonita.

Agradeço aos colegas do Programa de Pós-graduação de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (PPGSP/ENSP/Fiocruz) pelas risadas e inseguranças compartilhadas, tornando o caminho menos árduo.

Por último, agradeço imensamente aos meus orientadores por uma trajetória leve e com tanta compreensão, incentivo e disponibilidade. Cosme Passos, obrigada por ter proporcionado um mergulho tranquilo no universo estatístico, com a certeza de que tudo seria possível – seguirei acreditando nisso. Fernanda Serpeloni, obrigada pelo olhar crítico-constructivo que me mostrou novas formas de ver a pesquisa e o mundo, sempre caminhando junto. Agora também carrego um pouco de vocês. Espero reencontrá-los em breve.

“Uma gota de leite
me escorre entre os seios.
Uma mancha de sangue
me enfeita entre as pernas.
Meia palavra mordida
me foge da boca.
Vagos desejos insinuam esperanças.
Eu-mulher em rios vermelhos
inauguro a vida.
Em baixa voz
violento os tímpanos do mundo.
Antevejo.
Antecipo.
Antes-vivo
Antes – agora – o que há de vir.
Eu fêmea-matriz.
Eu força-motriz.
Eu-mulher
abrigo da semente
moto-contínuo
do mundo”.

(EVARISTO, 2008, p. 18)

RESUMO

O contexto de desastres e pandemias tende a levantar preocupações em torno da vulnerabilização de mulheres e crianças, que usualmente ficam ainda mais suscetíveis às situações de violência. O presente estudo teve como objetivo central investigar os casos de violência contra mulheres antes e durante a pandemia da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro pela ótica da saúde pública, estabelecendo possíveis relações entre as situações de violência vivenciadas e o período de pandemia. Para isso, foi realizada pesquisa quantitativa descritiva tendo como fonte de dados a base de notificações de violências interpessoais/autoprovocadas do SINAN entre os anos de 2018 e 2021. Foram analisadas as frequências simples e relativas de variáveis referentes a mulheres de 18-59 anos no estado do Rio de Janeiro em dois biênios (2018-2019 e 2020-2021). Em segundo momento, foi realizada a comparação da distribuição das notificações entre 2018 e 2021 nas nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, focando principalmente na redução ou aumento de registros. Os resultados dessas análises foram avaliados levando em conta interações entre os marcadores sociais da saúde, como raça/cor da pele, orientação sexual e identidade de gênero, buscando compreender a importância de suas expressões no fenômeno das violências durante a pandemia a partir da interseccionalidade como chave analítica. No primeiro artigo produzido, que compõe a seção de resultados, foi encontrada similaridade no perfil sociodemográfico de maior prevalência entre os biênios comparados e observado aumento de mulheres gestantes, de raça/cor da pele preta, homossexuais e bissexuais, e com deficiências/transtornos durante a pandemia. Em relação ao perfil das violências, no mesmo artigo, destacou-se o aumento das ocorrências em ambiente residencial, com motivação sexismo, por parceiros/as íntimos/as e familiares, violência psicológica/moral, ameaça, e frequência de uso de álcool pelo/a agressor/a no biênio 2020-2021. No segundo artigo, notou-se que as regiões de saúde Metropolitana I e Norte apresentaram queda importante no percentual de notificações, enquanto Metropolitana II e Baixada Litorânea tiveram aumento percentual expressivo durante a pandemia; houve bastante discrepância na variação percentual dos registros entre os biênios e da taxa de notificação em cada ano por região de saúde. Por fim, não houve correlação significativa entre o percentual de unidades notificadoras de violência e a taxa de notificação nas regiões. Buscou-se contribuir para evidenciar o problema e apontar caminhos à prevenção da violência contra mulheres, inclusive durante emergências sanitárias.

Palavras-chave: sistemas de informação em saúde; violência contra as mulheres; COVID-19; estado do Rio de Janeiro.

ABSTRACT

The context of disasters and pandemics tend to heighten concerns towards the vulnerabilities of women and children, that often get even more susceptible to violence. The main goal was to investigate cases of violence against women before and during COVID-19 pandemics in Rio de Janeiro state. It was discussed possible relations between violence and the period of pandemics using the perspective of public health. The interpersonal/self-harm notifications between the years of 2018 and 2021 of SINAN database was used as source of information. It was analyzed simple and relative frequencies of violence against women between 18-59 years old in Rio de Janeiro state in two biennia (2018-2019 e 2020-2021). In a second moment, the study unraveled the presented scenery accomplishing the goal towards a comparison of the nine health regions of the state, focusing mainly on the reduction or increase of registers. Analysis' results were evaluated considering interactions regarding health's social markers, such as race/skin color, sexual orientation, and gender identity, aiming to comprehend the importance of its expressions in the phenomenon of violence and using intersectionality as an analytical key. On the first paper produced, as part of the results section, it was found a similarity on the socio-demographic profile of major prevalence between the biennia compared, but also observed the increase of pregnant women, with black skin tone, homosexuals and bisexuals, and people with disabilities/disorders during pandemics. As for the violences' profile, on the same paper, stood out the increment of residency episodes, with sexist motivations, perpetrated by intimate partners and relatives, psychological/moral violence, threat, and frequency of abusers' alcohol use in the biennium 2020-2021. On the second article produced, it was noticed that the health regions Metropolitana I and Norte presented major fall of notifications percentage, while Metropolitana II and Baixada Litorânea had an expressive percentage increase during pandemics; there was a relevant discrepancy on percentage variation between the two biennia and on notifications' rate in every year by region. At last, there wasn't significative correlation between the violence notification unities and the notifications' rate at the health regions. The study attempted to evidence the problem and point out paths to prevention of gender-based violence, also during health emergencies.

Keywords: health information system; violence against women; COVID-19; Rio de Janeiro state.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAERJ	Associação dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro
CGDANT	Coordenadoria Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CIM	Comissão Interamericana de Mulheres
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IASC	Inter-Agency Standing Committee
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB	Inter-American Development Bank
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISP	Instituto de Segurança Pública
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
MVCI	Mortes Violentas por Causa Indeterminada
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Regiões de Saúde

SEASDH/RJ	Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINARM	Sistema Nacional de Armas
SMAPS	Saúde Mental e Apoio Psicossocial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNFPA	United Nations Population Fund
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES	15
2.2	A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE AS VIOLÊNCIAS	21
2.3	VULNERABILIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÕES DE DESASTRES E PANDEMIAS	26
2.4	VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	31
3	OBJETIVOS	40
4	MÉTODO	41
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA	42
4.2	ÁREA DE ESTUDO	43
4.2.1	O estado do Rio de Janeiro	43
4.2.2	Organização das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro	43
4.2.3	Caracterização das regiões de saúde	44
5	RESULTADOS	47
5.1	A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: NOTIFICAÇÕES ANTES E DURANTE A COVID-19	47
5.2	VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ANTES E DURANTE A COVID-19 POR REGIÃO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	68
6	DISCUSSÃO	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	102
	ANEXO A – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DO SINAN (2015)	117

1 INTRODUÇÃO

Diferentes estudos reportaram o agravamento da violência contra as mulheres e feminicídio durante a pandemia no Brasil e em diversos outros países do norte e do sul global (IDB, 2020; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020; PERU, 2020; PIRNIA; PIRNIA; PIRNIA, 2020; WENHAM *et al.*, 2020). O aumento dos casos de violência contra mulheres e crianças durante contextos de desastres, desordem civil e pandemias é um evento esperado, não sendo diferente do que se observa com a COVID-19: isto se dá, dentre outros motivos, pela insegurança financeira e alimentar, pelo isolamento social, pela dificuldade de afastamento do agressor e por abusos de poder – inclusive de origem institucional (PETERMAN *et al.*, 2020; WENHAM *et al.*, 2020).

As violências, e em especial a violência contra as mulheres, são objeto de estudo em todo o mundo, configurando um importante problema de saúde pública que se desdobra em diversas questões de saúde física e mental. Ela pode se expressar em ambientes públicos, privados e institucionais. No entanto, uma série de estudos apontam para a alta prevalência e incidência da violência doméstica - aquela que ocorre nas residências - e intrafamiliar - que envolve pessoas do círculo familiar, mas que extrapolam o espaço da casa (SCHRAIBER *et al.*, 2007; OPAS, 2017; FIOCRUZ, 2020; SANTOS *et al.*, 2020b). O IPEA (2021) concluiu que entre os anos de 2009 e 2019 houve um incremento de 10,6% nos homicídios de mulheres¹ dentro das residências, sugerindo um aumento da violência doméstica nesse período.

Ainda que as violências sejam recorrentes no cotidiano e que se tenha informações sobre estes desdobramentos durante crises sanitárias, percebe-se que há um despreparo para lidar com situações emergenciais. Corroborando com esse fato, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus promulgado em fevereiro de 2020 não contemplou de antemão as repercussões da violência nesse período de crise no Brasil, explicitando a ausência de um olhar específico para a questão (BRASIL, 2020a).

Embora tenha sido observada a redução de notificações de violências pelos serviços de saúde, em especial nos primeiros meses da COVID-19 – em parte explicado pelo assoberbamento das equipes em momento inicial e também pela possível dificuldade de acesso aos serviços durante as medidas de isolamento social (FBSP, 2020c) –, o fato é que alguns indicadores chamaram atenção para o problema: aumento de 37,6% das denúncias

¹ Diferentemente do presente estudo, o IPEA utiliza o termo ‘homicídio de mulheres’ para tratar deste fenômeno, entendendo que os casos ocorridos na residência são proxy do feminicídio” (IPEA, 2021).

através do Ligue 180 - Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência em abril de 2020 comparado ao mesmo período do ano anterior² (FBSP, 2020a); aumento de 22,2% dos feminicídios em março/abril de 2020 em comparação a 2019³ (FBSP, 2020a; FBSP, 2020b); redução de 25,5% dos registros de lesão corporal comparando o mês de abril em 2019 e 2020⁴ (FBSP, 2020a); incremento de 5,1% nos chamados para o 190 de acordo com a Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ) no mês de abril de 2020 em comparação a 2019, mas redução dos registros de boletim de ocorrência no mesmo período (FBSP, 2020a).

Além disso, foi observada a redução da concessão de medidas protetivas de urgência em quatro estados brasileiros analisados (Rio de Janeiro, Pará, São Paulo e Acre), o que pode demonstrar a dificuldade de acesso a mecanismos legais de proteção. Os dados geraram grande repercussão na mídia, nas redes sociais, e movimentaram projetos da sociedade civil organizada e do setor público de segurança pública e da saúde, especialmente no sentido de flexibilizar e ampliar os canais de denúncia já existentes (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020; FORNARI *et al.*, 2021).

Dentre os fatores associados a esse aumento podem estar a diminuição da convivência com redes socioafetivas, a redução do acesso a serviços de acolhimento e proteção por impedimento do parceiro conjugal, o possível aumento do consumo de álcool e outras substâncias na residência, a dificuldade de afastamento do agressor, o aumento do desemprego e da precarização de vínculos trabalhistas (FIOCRUZ, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020; SERPELONI *et al.*, 2022). Peterman *et al* (2020) trabalham com a hipótese de que poderá ser observado incremento ainda mais importante de violência contra mulheres e crianças pós-pandemia. Esses dados – que por vezes aparentam contradições entre si – fornecem apenas uma dimensão do problema da violência contra as mulheres no contexto de pandemias. Além disso, é esperada também uma subnotificação de casos em emergências sanitárias (FBSP, 2020c) por conta de questões operacionais, o que pode inviabilizar a produção e análise de dados para compreensão do fenômeno em sua totalidade.

Segundo Barbosa *et al* (2020), o que torna a situação mais delicada é a associação com a injusta divisão sexual do trabalho existente, o que acaba por exigir da mulher uma dupla – ou até tripla – jornada de trabalho que, conseqüentemente, contribui para o

² Dado referente a todo o território nacional.

³ Dado referente às seguintes unidades federativas: Acre, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo.

⁴ Dado referente às seguintes unidades federativas: Acre, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e São Paulo.

desenvolvimento de sobrecargas físicas e psíquicas. É importante considerar que o impacto desses eventos não se dá de maneira igual para todas as mulheres e crianças, uma vez que os marcadores sociais podem influenciar na extensão dos riscos. A pandemia de COVID-19 colocou mais uma vez em discussão as desigualdades sociais em saúde, especialmente as que colocam em foco pautas como racismo, desigualdades sociais e iniquidades em saúde (DEMENECH *et al.*, 2020; FIOCRUZ, 2020). Como destaca Santos *et al.* (2020a, p. 3), ao passo que observamos o aumento da propagação do vírus e do medo da contaminação, vimos também o agravamento de “desigualdades de gênero, raça, classe, geopolíticas e econômicas” e, ainda, tornam-se mais evidentes os modos de organização social e em que sentido atuam as leis e as políticas públicas em situações emergenciais.

Portanto, para maior compreensão sobre o fenômeno da violência contra as mulheres durante a pandemia, é fundamental utilizar a interseccionalidade como chave de análise dos dados. O olhar sobre as intersecções pretende evidenciar as interações entre as categorias de gênero, classe social, raça e orientação sexual na reprodução de desigualdades sociais, tendo suas origens no feminismo negro em meados dos anos 1970 (HIRATA, 2014; AKOTIRENE, 2019). Utilizando a interseccionalidade como perspectiva é possível visualizar diversos cenários de iniquidades, e um deles é o que aponta Gonzalez (1984) quando ressalta o duplo fenômeno do racismo e do sexismo, que atinge particularmente a mulher negra, gerando efeitos ainda mais violentos sobre seus corpos. As interações entre os marcadores sociais e as violências sofridas por mulheres podem dar pistas sobre quais os caminhos possíveis para o fortalecimento da luta para o fim da violência contra essa população.

Os dados do Atlas da Violência de 2020 explicitaram os efeitos do racismo sobre a violência contra as mulheres: enquanto o homicídio de mulheres negras subiu 12,4% entre os anos de 2008 e 2018, o de mulheres não negras caiu 11,7% (IPEA, 2020). Esse é o retrato da falta de olhar étnico-racial na formulação das políticas públicas (RIBEIRO, 2020). Há de se considerar, ainda, que a subnotificação de casos no Brasil é bastante expressiva, ou seja, os números que enxergamos compõem apenas uma parcela das mulheres em situação de violência dentro do sistema de saúde.

É importante enfatizar o diálogo da saúde com outros setores como a assistência social e a segurança pública que compõem a rede intersetorial de proteção, assistência e cuidado. Aponta-se, então, para a necessidade de reflexão em relação às estratégias que vêm sendo desenvolvidas neste sentido, destacando aqui o papel do SUS no acolhimento às vítimas pelo viés da saúde. Ainda existe um processo significativo de vulnerabilização das mulheres em relação às violências, embora tenham sido observados avanços na conquista

por direitos básicos e no aparato legal de proteção (SEGATO, 2014), que adquire um peso ainda maior considerando as variáveis de dificuldade de acesso e de apoio social que são adicionadas à pandemia.

Por conta de toda a complexidade e urgência que esse contexto provoca, pretendeu-se investigar a ocorrência de violência contra mulheres antes e durante a pandemia no estado do Rio de Janeiro a partir de uma perspectiva interseccional. Para isso, foi utilizado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os sistemas de informação em saúde são ferramentas fundamentais para tomar ciência do cenário epidemiológico que vem se delineando e refletir sobre as possíveis ações do poder público, em conjunto com a sociedade civil, que atuem de fato em questões estruturais que permeiam os diversos espaços sociais e refletem nas violências. Espera-se que esse trabalho possa contribuir, no futuro, com o desenvolvimento de estratégias para eventuais cenários de emergência sanitária, tendo como foco não só a atuação da assistência e promoção em saúde e saúde mental, mas também a articulação intersetorial com assistência social e segurança pública antes e durante a pandemia.

Especificamente neste estudo, em razão do recorte e metodologia propostas, não será possível explorar os marcadores sociais em sua totalidade – como classe social, identidade de gênero e orientação sexual –, mas é importante que sejam mencionados para marcar sua importância para a compreensão de diferentes aspectos deste objeto de estudo. O referencial teórico está fundado principalmente no campo de estudos das Ciências Sociais da Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para analisar o fenômeno da violência contra mulheres antes e durante a COVID-19, o estudo propõe um aporte teórico que dialoga com discussões sobre gênero, desigualdades, violência doméstica/intrafamiliar e os desdobramentos em tempos de desastres e pandemias no contexto do estado do Rio de Janeiro e de suas regiões de saúde.

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A violência contra as mulheres é um importante problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres, sendo estimado que uma em cada três mulheres no mundo é exposta a violência física ou sexual ao longo da vida (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2007; WHO, 2013; WHO, 2021). A maior parte destas é praticada por parceiro/a íntimo/a (SCHRAIBER *et al.*, 2007; WHO, 2013; RUSSO *et al.*, 2019; WHO, 2021), sendo estes responsáveis por cerca de 38% dos assassinatos de mulheres em todo o mundo (WHO, 2013). A prevalência de violência física, sexual, ou ambas combinadas, perpetrada por parceiros/as íntimos/as ao longo da vida em diferentes regiões do mundo varia bastante: as maiores prevalências foram encontradas na Oceania (49%; IC⁵: 38-61%), África Subsaariana Central (44%; 33-55%), América Latina Andina (38%; 31-46%) e África Subsaariana Leste (38%; 31-44%). Na América Latina Tropical, onde se inclui o Brasil, está estimada em 23% (15-34%) (SARDINHA *et al.*, 2020).

No Brasil, estudos mostram que os índices de violência doméstica triplicaram no país na última década e que mulheres possuem 74% mais chances de sofrer violência doméstica do que homens – independente de idade, estado de residência e Índice de Desenvolvimento Humano - IDH (RODRIGUES *et al.*, 2017). Embora sejam observados parâmetros bastante altos de ocorrência de violência contra mulheres em diversos espaços e regiões ao redor do mundo, suas configurações e expressões podem ser moldadas de acordo com as construções sociais e históricas de cada localidade, sendo importante considerar essa variável como aspecto central no entendimento e atuação sobre as violências.

Estudo em áreas economicamente vulneráveis de Brasília, por exemplo, reportou alta prevalência de violência psicológica cometida por parceiro/a íntimo/a ao longo da vida (80%), seguida de violência física (58%) e sexual (28%) (MOURA *et al.*, 2009). Já um

⁵ Intervalo de Confiança.

estudo referente à cidade de São Paulo e a 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco revelou que a violência psicológica foi o tipo mais frequente na vida toda e no último ano na vida de mulheres de 15-49 anos, e esta acompanhou os relatos de agressões físicas e sexuais em 90% dos casos relatados, mostrando que em grande parte das vezes as violências não ocorrem de maneira isolada, e sim se sobrepõem (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Além disso, foi reportado que 28,9% e 36,9% das mulheres vivendo em áreas urbanas e rurais no país já sofreram violência física ou sexual, ou ambas ao mesmo tempo, por parceiro/a íntimo/a, respectivamente (GARCIA-MORENO *et al.*, 2006). Para além das configurações sociais, históricas e econômicas, outro aspecto importante é a rede de atenção às violências em diferentes regiões: em geral, mulheres rurais têm maior dificuldade de acesso à rede de saúde por conta de alguns aspectos como menos informação, necessidade de percorrer longas distâncias, equipes pouco especializadas no atendimento às mulheres em situação de violência e infraestrutura precária (COUTO *et al.*, 2017).

Posto esse cenário e considerando a dificuldade de qualificação dos dados de feminicídio, é possível que esses números sejam ainda mais agravantes: o IPEA (2021) pontua a aparente redução de 17,3% dos homicídios de mulheres na comparação entre 2018 e 2019, mas ressalta que o número de Mortes Violentas por Causa Indeterminada (MVCI) de mulheres teve aumento de 21,6% no mesmo período. Os estados do Ceará e do Rio de Janeiro, por exemplo, apresentaram redução de 53,8% e 43,1%, respectivamente, dos homicídios de mulheres em 2019, mas por outro lado foram duas das cinco unidades federativas onde houve maior incremento das MVCI (IPEA, 2021).

Em relação ao estado do Rio de Janeiro, os Registros de Ocorrência (RO) das delegacias de Polícia Civil mostraram que em 2018 as mulheres foram as maiores vítimas de violência sexual, patrimonial, moral e psicológica; dentro da violência física, representaram a maior parte dos casos de lesão corporal dolosa (ISP, 2019). Além disso, mulheres pretas e pardas foram as mais atingidas em quase todos os tipos de violência – homicídio doloso, tentativa de homicídio, estupro, tentativa de estupro, lesão corporal dolosa e violência psicológica, excetuando-se, portanto, a violência patrimonial, a violência moral e o assédio sexual/ato obsceno/importunação ofensiva ao pudor (ISP, 2019). No estado, em 2019, o homicídio de mulheres negras representou 67% dos casos em mulheres (IPEA, 2021).

A violência contra mulheres incide sobre todas as faixas-etárias e se desdobra em inúmeras consequências: além dos traumas físicos e psíquicos a curto-prazo, podem ser desencadeadas uma série de questões como suscetibilidade a outras formas de violência,

redução da autonomia da mulher, distúrbios sexuais, infecções sexualmente transmissíveis, provocando inclusive repercussões intergeracionais (NJAINÉ; ASSIS; CONSTANTINO, 2007).

Esse tipo de violência tem como lugar central de ocorrência, mas não restrito, a própria casa, o lar, o privado: no Brasil, em 2019, 58,9% dos feminicídios ocorreram no ambiente residencial, enquanto 25,4% ocorreram em via pública (FBSP, 2020c). Quando um dos membros da casa sofre violência, é bastante comum que outros familiares também sofram abusos, quer sejam da mesma natureza ou não (MINAYO, 2006a; MINAYO, 2006b), por isso crianças, adolescentes e idosos também são grandes alvos da violência doméstica; no caso dos idosos, os abusos por parte dos(as) cuidadores(as) também é frequente (MINAYO, 2006a).

Dessa forma, é possível imaginar uma espécie de invisibilização do agravo por ocorrer com maior frequência em espaços privados e as dificuldades de acesso da vítima a mecanismos de ajuda e proteção. Um estudo mostrou que diversas mulheres estão submetidas a controle excessivo por parte dos parceiros em relação ao seu paradeiro (45%) e à sua permissão prévia para o comparecimento aos serviços de saúde (12%) (MOURA *et al.*, 2009).

Além do abuso sexual e agressão física, a violência contra as mulheres - tanto praticada pelo/a cônjuge quanto por outros membros da família - pode ter sua expressão através do controle psicológico, financeiro, de ameaças, uniões forçadas, estupro conjugal e tortura, podendo ainda ter como desfecho o feminicídio (MINAYO, 2006a). É importante afirmar que a violência contra as mulheres ultrapassa os espaços domésticos e familiares. Para Minayo (2006a), as mulheres também se encontram suscetíveis a esses tipos de abusos fora do ambiente familiar, somando-se a essa lista o assédio moral e sexual no trabalho, o tráfico sexual, a escravização, esterilizações forçadas, uso pornográfico, dentre outros. Esses tipos de violações estão presentes no cotidiano das mulheres de maneira estrutural, pois são produto de uma subjugação histórica patriarcal destas em relação aos homens.

A violência sexual engloba os crimes de estupro, tentativa de estupro, assédio sexual, importunação ofensiva ao pudor e ato obsceno (ISP, 2019). Em acréscimo, o impedimento do uso de métodos contraceptivos e a coerção ao matrimônio, gravidez, aborto e prostituição são igualmente formas de violência sexual, impedindo a autonomia e o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (IPEA, 2021). No Brasil, o ano de 2020 foi marcado por 60.460 estupros/estupros de vulnerável, sendo que 86,9% eram do sexo feminino e 85,2% conheciam seu agressor (IPEA, 2021). No estado do Rio de Janeiro em 2018, a violência

sexual com maior incidência foi o estupro, correspondendo a 71,6% dos casos (ISP, 2019).

A violência física é a forma mais visível das violências, englobando desde queimaduras, socos, mutilações, até o próprio homicídio (ISP, 2019). O IPEA (2021) destacou que no Brasil a taxa de homicídios femininos é de 3,5, mas existem estados com números mais alarmantes, como: Roraima (12,5); Acre (7,5); Amazonas (5,7); Pará (5,5). Em 2018, o tipo de violência mais frequente no estado do Rio de Janeiro foi a violência física, tendo sido contabilizadas agressões a 42.423 mulheres (ISP, 2019).

Ao contrário da violência física, a violência psicológica é a menos visível das violências, sendo referida a quaisquer formas de rejeição, humilhação, manipulação, isolamento e discriminação que coloquem em risco ou causem danos à identidade ou à autoestima de uma pessoa (ISP, 2019; IPEA, 2021). A própria pessoa que se encontra nessa situação de violência pode demorar muito tempo para percebê-la (ISP, 2019). No estado do Rio de Janeiro, em 2017, os crimes de ameaça e constrangimento ilegal a mulheres somaram 34.348 e 393 casos, respectivamente. No ano de 2018, as ameaças somaram 37.423 casos (417,1/100 mil habitantes) o constrangimento ilegal 404 casos (4,5/100 mil habitantes) (ISP, 2019).

A violência patrimonial ainda tem pouca visibilidade no debate da violência contra mulheres, mas é praticada majoritariamente por parceiros e ex-parceiros (41,9%) (ISP, 2019) e engloba ações como subtração/destruição de documentos e objetos pessoais da mulher e/ou dos filhos; violação de domicílio; supressão de objetos de trabalho; expropriação imprópria de recursos financeiros e patrimoniais; muitas vezes ocorre em repressão a um desejo de separação ou como forma de punição por motivos outros (ISP, 2019; IPEA, 2021).

Por fim, a violência moral contra mulheres tem como prerrogativa o ataque à sua dignidade e à sua reputação, sendo incluídos aqui os crimes de calúnia, difamação e injúria, que são comuns em relacionamentos abusivos, ambientes de trabalho e nas redes virtuais (ISP, 2019). Os dados do estado do Rio de Janeiro em 2018 para cada crime estão distribuídos da seguinte maneira: calúnia (1.725; 19,2/100 mil habitantes); difamação (3.357; 37,4/100 mil habitantes); e injúria (24.583/274,0/100 mil habitantes).

Historicamente, o movimento feminista colocou em evidência a ocorrência da violência doméstica contra crianças e mulheres por parte dos homens, mas com o desenvolvimento de suas pautas foi preciso destacar também o que Hooks (2020, p. 95-96) chamou de “violência patriarcal” como uma extensão do conceito de violência doméstica e não tendo só a figura masculina como sua perpetuadora: “a violência patriarcal em casa é baseada na crença de que é aceitável que um indivíduo mais poderoso controle outros por

meio de várias formas de força coercitiva. [...] Inclui a violência em relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo e a violência de adultos contra crianças”.

Sendo assim, o conceito de violência de gênero também está em relação com os conceitos anteriores, uma vez que este abrange violências praticadas por homens contra mulheres - e também por mulheres contra homens -, entre homens e entre mulheres; ou seja, a violência contra as mulheres é uma das expressões da violência de gênero (BRASIL, 2005). A própria construção do que é a categoria “gênero” se dá de maneira relacional, significando que diferentes territórios e estruturas sociais terão percepções distintas e especificidades sobre este objeto (FIOCRUZ, 2021).

As concepções sobre gênero e sexo biológico encontram-se em constante transição ao longo do tempo e das configurações sociais de cada território, tornando importante a revisitação de certos processos históricos para que seja possível compreender alguns dos motivos pelos quais os corpos femininos foram e são, até hoje, estigmatizados em diversos sentidos. Por ser um campo em movimento, as divergências e mudanças conceituais também fazem parte do processo.

Ao longo do tempo, diferentes vertentes do feminismo buscaram explicar os motivos pelos quais se deu o processo de subordinação das mulheres em relação aos homens, e cada uma delas trouxe contribuições únicas, que tocam em pontos como as características biológicas e a divisão sexual do trabalho. Uma das discussões possíveis é a forma como os papéis de gênero se constituíram na dualidade entre casa e trabalho: como Davis (2016) destaca, em algumas sociedades pré-capitalistas, apesar das mulheres estarem mais encarregadas do cuidado com a casa e os filhos – em um momento onde esse trabalho era valorizado –, também tinham papel ativo na economia familiar, uma vez que frequentemente eram encarregadas de atividades como plantio, colheita, construção da casa, dentre outros, sendo reconhecidas por isso.

Em breve resgate histórico, Federici (2019) contextualiza a sociedade feudal europeia, em meados dos séculos V a VII, na qual famílias inteiras eram subordinadas ao senhor feudal – responsável justamente por controlar as atividades das famílias subordinadas a eles. Aqui, ainda que a mulher fosse marcada pelo *status* de “segunda classe”, era relativamente menos subordinada aos seus familiares de sexo masculino, uma vez que tanto homens quanto mulheres precisavam cumprir suas obrigações com o regime feudal acima de qualquer escolha própria.

Nesse momento, as mulheres tinham autonomia para trabalhar e dispor dos produtos de sua terra sem que ficasse dependente do aporte financeiro de seus maridos, além de já ser

responsável pela concretização das funções domésticas – que até então eram valorizadas e não pressupunham diferenças sociais entre homens e mulheres (FEDERICI, 2019). Apesar disso, Federici (2019) menciona que não é possível olhar essas relações de maneira estática, uma vez que conformações de poder estavam sempre em jogo entre a comunidade e os senhores feudais.

Um dos pontos de inflexão para uma certa consolidação do domínio masculino sobre as mulheres, para Beauvoir (2019a), é o estabelecimento da perspectiva do ‘homem que fabrica/produz’, ou *homo faber*⁶, que marca o momento no qual o homem passa a ter maior domínio da natureza, das ferramentas, e acaba assumindo o lugar de destaque no sustento da família, como principal provedor do lar. Nesse processo, as mulheres assumiram cada vez mais o papel do cuidado com os filhos(as) e com o lar – na ausência de métodos contraceptivos na era pré-moderna (entre os séculos XV e XVII), a exemplo dos conhecidos atualmente, o dispêndio das seguidas gestações e o cuidado do lar acabaram por impor esse lugar às mulheres (BEAUVOIR, 2019a). Essa divisão entre valores femininos e masculinos, para Beauvoir (2019a, p. 99-100), foi imposta por homens para que suas prerrogativas fossem mantidas, na qual eles “pretenderam criar um campo de domínio feminino [...] tão somente para nele encerrar a mulher”.

Quando chegamos às teorias ocidentais sobre gênero e corpo datadas do Séc. XIX, como mostrado por Oyewùmí (2021), são consagrados fatores biológicos como principal explicação para o desvio de um tipo original e, conseqüentemente, para sua posição social desfavorecida. Ou seja, a sociedade seria constituída por diferentes corpos – femininos, masculinos, negros, judaicos, ricos, pobres, dentre outros – que se diferenciariam entre si por um viés científico e moral. Os detentores do poder fazem uso desse embasamento para reafirmar seu domínio sobre os “Outros”, colocando-os como geneticamente inferiores.

A mulher, para Beauvoir (2019a), é olhada como “O outro”, existindo sempre em relação aos homens, estes que são os “Sujeitos”, os “Absolutos”; segundo suas conclusões, “a fêmea é o inessencial perante o essencial” (BEAUVOIR, 2019a, p. 13). Em defesa de seus privilégios, os homens que estiveram à frente da elaboração das leis que regem as sociedades – como sacerdotes, filósofos, escritores e legisladores – buscaram favorecer a si próprios, transformando-as em princípios, e consolidando sua posição absoluta em comparação à mulher. O discurso religioso afirmava que “a condição subordinada da mulher era desejada

⁶ Homo Faber é, por definição, ‘aquele que produz através de suas mãos’, prática característica da era pré-moderna (SOUZA, 2013).

no céu e proveitosa à Terra” (BEAUVOIR, 2019a, p. 19).

A autora afirma que, no Séc. XVI, alegava-se que a mulher era um animal que carecia de firmeza e estabilidade, mas que as celibatárias teriam direito a gerir seus bens. Em suma, discursos foram moldados para que fosse estabelecida uma categorização social que privilegiasse pessoas detentoras do poder, tudo isso embasado em teorias excludentes que se encarregaram de manter o *status quo* do funcionamento social. Em um dos fatos históricos que comenta, Beauvoir (2019a) dá ênfase ao momento da Revolução Industrial, no Séc. XIX, na qual a mulher aumenta sua participação no mercado produtivo.

Como consequência são vistas cada vez mais reivindicações feministas, que saem do plano teórico embasados em fundamentos econômicos, mas que também encontram resistências cada vez mais agressivas e contundentes. Segundo a autora,

Embora os bens de raiz se achem em parte abalados, a burguesia apega-se à velha moral que vê, na solidez da família, a garantia da propriedade privada: exige a presença da mulher no lar tanto mais vigorosamente quanto sua emancipação torna-se uma verdadeira ameaça; mesmo dentro da classe operária os homens tentaram frear essa libertação, porque as mulheres são encaradas como perigosas concorrentes, habituadas que estavam a trabalhar por salários mais baixos (BEAUVOIR, 2019a, p. 20).

Percebe-se, então, o esforço para que a mulher siga a ideia da feminilidade pautada nos valores morais, no cuidado à família e à casa, um trabalho invisibilizado dentro do contexto em que escreve Beauvoir. Soma-se a isso a crescente desvalorização do trabalho doméstico e desprestígio social das mulheres inseridas nesse contexto, especialmente em sociedades capitalistas avançadas, onde as atividades do lar realizadas pela “dona de casa” não são moeda de troca no mercado (DAVIS, 2016).

2.2 A IMPORTÂNCIA DE UM OLHAR INTERSECCIONAL SOBRE AS VIOLÊNCIAS

As violências incidem sobre diferentes corpos e sujeitos, que reverberam essas vivências de maneira singular e, ao mesmo tempo, como indivíduos sociais. Não é possível ignorar os aspectos sociais, históricos e culturais que dão origem a uma teia de representações e desigualdades que são pano de fundo para violências que atravessam gerações.

Embora este estudo se refira à violência no singular em diversos momentos, podemos considerar que não existe apenas um tipo de expressão desse fenômeno. Ao longo do tempo foram elaboradas uma série de teorias que buscaram definir e compreender a realização de

um ato violento dentro de contextos específicos.

A ideia de que já existiram sociedades sem episódios de violências é refutada por Minayo, Assis e Souza (2017), afirmando que os próprios mitos de origem da humanidade são marcados por disputas de poder e de riquezas. Mesmo as religiões, em especial na cultura arcaica, tiveram seu papel na expressão das violências: representantes religiosos frequentemente participavam de incursões de guerra e faziam oferendas através de sacrifícios, ambas ações sob a prerrogativa de que seriam caminhos para prevenir outras violências na sociedade civil (HAN, 2017).

Deste modo, episódios de violência eram reprimidos com ações violentas em maior escala em prol da pacificação. Para Han (2017) na sociedade arcaica a morte era vista como produto de violências exteriores e, para que a ocorrência destas fosse evitada, era comum a prática de uma ‘contraviolência’ interna, ativa e preventiva; em consonância, o sentimento de poder dos sujeitos e de instituições era retroalimentado a cada episódio violento praticado.

Fica bastante evidente que as violências envolvem uma gama de complexidades e multiplicidades, que estão em constante transformação a depender das dinâmicas de poder dentro de arranjos sociais, culturais e relacionais às quais são submetidas (MINAYO; SOUZA, 1997; DESLANDES, 2001; MINAYO, 2006a; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017; FIOCRUZ, 2020). Como afirma Minayo (2006a), as manifestações de violência:

[...] são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. (MINAYO, 2006a, p. 13).

O histórico colonial referente à invasão de diversos países, incluindo o Brasil, deixou heranças e marcas profundas das violências perpetradas contra povos originários, especialmente indígenas nas américas, e da escravização de negros – que perdurou por mais de 300 anos, mas gerou desdobramentos ainda muito presentes –, de indígenas, e estupro de mulheres e crianças (MINAYO, 2006a; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017). Verifica-se, portanto, o quão impreterível é considerar o atravessamento da raça ao discutir as desigualdades e a vulnerabilização programada de certos povos em detrimento de outros.

Segundo Oliveira *et al.* (2020, p. 4), “as desigualdades raciais que percebemos hoje têm ancoragem nas políticas que, desde a pós-abolição, limitaram as oportunidades da população negra”. Dessa forma, o que se desenha é a grande presença da população negra subalternizada vivendo em lugares precários e em condições financeiras menos favoráveis,

tendo como pano de fundo o racismo estrutural.

Outro fenômeno mais tardio que coloca em evidência os ataques diretos aos corpos femininos ou feminizados são o que Segato (2014) denominou de “novas guerras”⁷ – que trouxeram como consequência novas realidades de abusos contra mulheres e corpos feminizados. Dentre as violências observadas nesse contexto, estão a comercialização, a espoliação, a tortura e o feminicídio, até o limite do que o corpo pode suportar (SEGATO, 2014).

Torna-se evidente que alguns séculos de distância foram o tempo necessário para que as violências em torno da figura da mulher se reconfigurassem de acordo com aspectos socioculturais, mas sempre se mantém o questionamento sobre o motivo pelo qual ainda existe tolerância em relação às expressões de violência contra mulheres, referindo-se aqui especialmente sobre as que estão fundamentadas nas desigualdades de gênero.

Muitas das expressões da violência ganham corpo a partir da camada estrutural onde estão inseridas as exclusões crônicas de uma parcela da população, em especial no que diz respeito ao acesso a direitos básicos necessários aos seres humanos, como saúde, educação, moradia, emprego e renda, dentre outros – a falta ou precariedade destes retroalimenta o ciclo das desigualdades sociais, econômicas, políticas, de gênero, de classe social e raça (MINAYO, 2006a; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017; SOUZA *et al.*, 2020).

Essa violência estrutural, portanto, coloca as violações a direitos fundamentais como possível ponto de partida para a expressão de outras violências (MINAYO, 2006a). Além disso, ela possui interseção com a chamada violência cultural, a partir do não reconhecimento étnico de algumas populações e da organização social fundada no patriarcalismo e no racismo, potencializando a legitimação das desigualdades e do próprio ciclo das violências (MINAYO, 2013; GARCIA-GONZALEZ; AHEDO, 2017; BATISTA; MASTRODI, 2018). Os atos violentos são frequentemente justificados e desculpados sob prerrogativas de que os instintos masculinos são incontroláveis, de que as mulheres são dependentes dos homens e que até se sentem bem com seus comportamentos agressivos (MINAYO, 2006a).

As representações sociais em determinados locais e períodos, portanto, influenciam diretamente nas violências que são aceitas ou refutadas, estando permanentemente em

⁷ A autora categoriza as “novas guerras” como aquelas características ao crime organizado, a poderes paralelos ao Estado e paramilitares, à repressão policial, a regimes ditatoriais, dentre outros, que não ocorrem em um período de tempo e de espaço delimitados, dessa forma não se vê claramente um ponto de início ou um ponto de encerramento dos conflitos (SEGATO, 2014).

movimento. O contexto rural brasileiro, por exemplo, pode apresentar configurações patriarcais mais arraigadas e violência mais naturalizada, onde o homem é colocado como responsável pelo provimento de recursos econômicos e a mulher como cuidadora do lar submetida às suas permissões e à disponibilização de meios de locomoção para centros urbanos onde a rede de atendimento usualmente encontra-se mais bem estruturada (COUTO *et al.*, 2017). Já nos centros urbanos, as desigualdades sociais mostram-se acentuadas especialmente por bolsões de pobreza e crescimento desordenado da população, o que também pode se traduzir em diferentes configurações de violência contra as mulheres (BITAR; LIMA; FARIAS, 2021).

Dessa maneira, a sociedade civil expressa reações e compõe agrupamentos de combate à violência contra as mulheres em diferentes formatos e contendo pautas prioritárias que se diferenciam entre si.

Os movimentos feministas tiveram papel fundamental na luta contra as violências. O movimento de origem estadunidense tinha como uma de suas pautas o fim da violência contra mulheres, mas tinha como característica o fato de ser majoritariamente representado por mulheres feministas brancas e de classe econômica mais alta, ou seja, era marcado historicamente por um recorte social mais privilegiado em detrimento de todo um conjunto de mulheres da classe trabalhadora – majoritariamente negras – que estavam submetidas a jornadas duplas de trabalho e dificuldade de acesso a benefícios que pudessem levar a uma maior igualdade de direitos em relação ao sexo masculino (HOOKS, 2020).

Os movimentos feministas brasileiros e latino-americanos, de maneira geral, apresentaram composições mais heterogêneas em comparação a outros movimentos, mas ainda assim também foram muito marcados pela maior presença de “uma branquidade inominada” (ALVAREZ, 2014, p. 23), com mulheres de maior poder aquisitivo e pautas baseadas na heteronormatividade, constituindo um pano de fundo que silenciava outras lutas (ALVAREZ, 2014). Especificamente no Brasil, em meados da década de 1970, os movimentos feministas levantaram as bandeiras “o pessoal é político” e “quem ama não mata”, fazendo referência à violência crônica vivida pelas mulheres, mas que não foram amplamente acolhidas pela esfera pública (FACCHINI; FERREIRA, 2016).

Segundo Alvarez (2014), na transição da década de 1970 para 1980, mulheres negras brasileiras passaram a se organizar de maneira declaradamente ‘autônoma’ em relação ao movimento feminista branco e ao movimento negro misto (composto por homens e mulheres). Essa reconfiguração não caracterizou um rompimento, mas sim um acréscimo às discussões e à quebra do paradigma do feminismo hegemônico (ALVAREZ, 2014).

O movimento feminista negro começou a pautar a necessidade de discutir o papel desses marcadores sociais nas opressões sentidas pelas mulheres, posicionando seu discurso na ideia de que cada uma é afetada de maneira diferente de acordo com seu posicionamento social (HIRATA, 2014; COLLINS; BILGE, 2021). As categorias de classe social, raça e gênero, sobre as quais a modernidade organiza o mundo de maneira ontológica, constantemente são percebidas como separáveis e homogêneas, o que é um ponto de crítica para mulheres negras e de localidades periféricas: “se mulher e negro são termos para categorias homogêneas, atomizadas e separáveis, então sua intersecção mostra-nos a ausência das mulheres negras – e não sua presença. Assim, ver mulheres não brancas é ir além da lógica ‘categorial’” (LUGONES, 2014, p. 935).

Foi nesse ponto que tiveram início, portanto, as discussões interseccionais em diversos países, momento no qual a categoria da *interseccionalidade* ainda não era utilizada. Algumas das mulheres que semearam esse pensamento foram Frances Beal (1969), Toni Cade Bambara (1970), Gloria Anzaldúa (1983), Lélia Gonzalez (1984) e Sueli Carneiro – sendo as duas últimas brasileiras. A partir da construção teórico-política realizada por essas mulheres e pelo movimento negro foi possível pensar a *interseccionalidade* como chave analítica de percepção sobre as configurações sociais (COLLINS; BILGE, 2021). A pesquisadora Kimberlé Crenshaw inaugurou o uso do termo *interseccionalidade* em 1989, propondo seu uso para pensar e descrever a “localização interseccional de mulheres negras e sua marginalização estrutural” (AKOTIRENE, 2019, p. 35):

Sensibilidade analítica: a interseccionalidade impede reducionismos da política de identidade – elucida as articulações das estruturas modernas coloniais que tornam a identidade vulnerável, investigando contextos de colisões e fluxos entre estruturas, frequência e tipos de discriminações interseccionais (AKOTIRENE, 2019, p. 35).

Crenshaw propôs ainda a subdivisão do conceito de interseccionalidade em duas categorias: a primeira delas é a de interseccionalidade estrutural – que diz respeito à posição das mulheres de cor na intersecção entre raça e gênero, levantando como centrais as consequências sobre a experiência da violência conjugal, do estupro e das formas de resposta a tais violências –, e a segunda é a interseccionalidade política – referida às políticas feministas e às políticas antirracistas que marginalizam a questão da violência contra mulheres de cor (HIRATA, 2014).

Uma das ferramentas possíveis de análise sobre a questão da interseccionalidade é a teoria do ponto de vista feminista (*feminist standpoint theory*), que tem como prerrogativa a

compreensão das experiências de opressão vivenciadas por cada mulher a partir do lugar que ela ocupa dentro de uma matriz de dominação; essa matriz é onde as categorias de raça, gênero e classe social se entrecruzam (BAIRROS, 1995; RIBEIRO, 2020). Essa proposta de análise possui como característica primeira a multidimensionalidade social e histórica, não considerando que existem opressões de identidade única, e por isso cada uma “experimenta a opressão a partir de um lugar que proporciona um ponto de vista diferente sobre o que é ser mulher numa sociedade desigual, racista e sexista” (BAIRROS, 1995, p. 461).

A trajetória dos movimentos feministas, portanto, delineia a necessidade de compreensão das desigualdades e exclusões estruturais e do uso deste aporte teórico para a análise de variados fenômenos sociais.

2.3 VULNERABILIZAÇÃO DAS MULHERES EM SITUAÇÕES DE DESASTRES E PANDEMIAS

Em março de 2020 a OMS declarou oficialmente a situação de pandemia e emergência sanitária por conta da circulação do vírus Sars-cov-2 – causador da COVID-19 – em escala mundial (NOAL *et al.*, 2020). Um discurso bastante comum no início da pandemia dizia respeito ao fato do vírus ser ‘democrático’ e atingir todas as pessoas da mesma maneira, não importando idade, sexo, raça e classe social, mas no desenrolar dos meses ficou evidente que pessoas em situações socioeconômicas mais desfavoráveis tinham maior exposição ao vírus e menores chances de desfecho positivo da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2020; WOLFF *et al.*, 2020).

Os primeiros casos de contágio e internações pelo Sars-cov-2 foram de pessoas brancas, classe média/alta, que foram infectadas por conta de viagens e de terem tido contato com casos positivos da doença, mas dentro de poucas semanas essa tendência se reverteu, mostrando que a população negra passou a ser mais atingida (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Ainda de acordo com o estudo de Oliveira *et al.* (2020), enquanto os óbitos da população branca diminuíram com o tempo, os da população negra continuaram ascendendo. Algumas das primeiras mortes por conta da COVID-19 no Brasil e no estado do Rio de Janeiro foram de mulheres trabalhadoras domésticas, que em sua maioria são mulheres negras em condições socioeconômicas desfavoráveis, que contraíram o vírus de suas empregadoras (GRAGNANI, 2020; LEMOS, 2020).

Quando as medidas para contenção da transmissão do vírus começaram a ser aplicadas – por exemplo uso de máscaras, lavagem de mãos, uso constante do álcool em gel,

isolamento/distanciamento social (RADIS, 2020; SOUZA *et al.*, 2020) – ficaram ainda mais evidentes as desigualdades estruturais. A possibilidade de cumprimento das recomendações não era para todos/as. Populações mais vulnerabilizadas em sua maioria possuem acesso precário à água e à rede de saneamento básico, algumas moradias muitas vezes não permitem que seja feito isolamento social entre os membros da família e mesmo entre vizinhos, os vínculos trabalhistas precarizados não garantem uma fonte de renda estável, nem o privilégio de trabalhar em regime de *home office* (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Por conta disso,

Foi baseando-se em pressões como o posicionamento de um conjunto ampliado de atores sociais (lideranças de favelas e político-partidárias progressistas), de atores do campo da saúde (acadêmicos, profissionais de saúde e gestores), parte da mídia e, fundamentalmente, com o desenrolar da pandemia no já evidente comportamento desigual que vem escancarando os marcadores sociais de desigualdades, principalmente o de raça, que esta passa a compor a preocupação e agenda de alguns atores sociais e governamentais (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As inseguranças trazidas à tona por conta desse cenário levam a desdobramentos como aumento da insegurança alimentar e do desemprego, abuso de substâncias, estresse e outras repercussões na saúde mental, além da maior propensão à ocorrência de violências (LIRA *et al.*, 2020; NOAL *et al.*, 2020, SOUSA *et al.*, 2021). O estudo de Leslie e Wilson (2020) mostrou que nos Estados Unidos houve acréscimo de 7,5% nas chamadas a serviços especializados em violência doméstica nos 12 primeiros meses da pandemia, sendo os primeiros 5 meses os mais intensos.

O estudo de Piquero *et al.* (2021) reportou fortes evidências de que o aumento dos casos de violência contra mulheres oficialmente relatados às autoridades são consequências da COVID-19 e da quarentena/isolamento social recomendados, mas chamou atenção para a possibilidade de que esse aparente aumento tenha ocorrido por maior propensão às denúncias e à busca por ajuda. Em outras análises, a redução do contato com outras pessoas e a diminuição da rede de apoio comunitária parece contribuir para o desencorajamento ou a impossibilidade de muitas vítimas realizarem denúncias sobre seus agressores (MARQUES *et al.*, 2020; CORTES *et al.*, 2020; SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021; RIBEIRO-JUNIOR *et al.*, 2021; REIGADA; SMIDERLE, 2021).

Essa restrição ao ambiente doméstico e a alguns poucos ambientes habituais, sem maiores interações com redes de apoio social, familiares e colegas no ambiente de trabalho, pode ter gerado repercussões psicológicas que envolvem as incertezas e vulnerabilidades amplificadas pela pandemia, e acabar afetando as relações sociais e familiares (ORNELL *et al.*, 2020; LIRA *et al.*, 2020; MARCOLINO *et al.*, 2021; MEDRADO *et al.*, 2021). Ou seja,

o isolamento social foi visto como potencializador das situações de violência já existentes no ambiente doméstico, acabando por dificultar a quebra desse ciclo (SILVA *et al.*, 2020; MARCOLINO *et al.*, 2021; REIGADA; SMIDERLE, 2021).

Além disso, o estresse causado pela perda do emprego e a consequente diminuição ou falta de recursos financeiros pode ter potencializado as expressões de violência no lar, facilitando a manipulação e abusos de poder nas relações (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020; MARQUES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020; CORTES *et al.*, 2020; LIRA *et al.*, 2020; RIBEIRO-JUNIOR *et al.*, 2021; SOUSA; SANTOS; ANTONIETTI, 2021; MARCOLINO *et al.*, 2021; REIGADA; SMIDERLE, 2021; MEDRADO *et al.*, 2021).

Loyola (2020) aponta para o importante fator da monoparentalidade. Segundo a autora, 40% das famílias brasileiras são monoparentais, ou seja, dirigida apenas por um cônjuge – quase exclusivamente por mulheres –, com a maior presença das classes populares nessa estatística. Isso mostra que além do fato de sofrerem mais com a violência, as mulheres ainda ficam encarregadas do cuidado do lar e do provimento de recursos para o sustento da família.

O aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas foi pensado de forma relacionada ao estresse pela eventual perda econômica e, como seu consumo se deu majoritariamente dentro de casa na pandemia, as consequências de alterações no pensamento e comportamento tiveram desdobramentos no ambiente doméstico (MARQUES *et al.*, 2020; ORNELL *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; REIGADA; SMIDERLE, 2021). Dessa forma, o uso e abuso de substâncias durante o isolamento social é considerado um dos fatores de risco para a ocorrência de violência (MARQUES *et al.*, 2020; ORNELL *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020; CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020; RIBEIRO-JUNIOR *et al.*, 2021; REIGADA; SMIDERLE, 2021; SERPELONI *et al.*, 2022).

Além disso, estudos apontam para a eventual diminuição do funcionamento dos serviços de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na pandemia, o que pode ter tido consequências ainda maiores para a dinâmica da violência (ORNELL *et al.*, 2020; CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020).

Apesar do fato de que o aumento da ocorrência de violência contra crianças e mulheres seja esperado em contexto de desastres e pandemias, isso não implica em que os mecanismos de acolhimento e proteção do poder público estejam preparados para este cenário. No Brasil, os serviços públicos considerados não essenciais foram fechados logo no início da pandemia da COVID-19 para tentar conter a propagação desenfreada do vírus, o

que gerou um distanciamento das redes socioafetivas e de proteção às mulheres (SERPELONI *et al.*, 2022). Assim, diante das mudanças nos protocolos de atendimento de serviços especializados, do medo do contágio pela COVID-19 e da dificuldade de afastamento do/a agressor/a, além da existência de questões sociopolíticas que deram forma a retrocessos e desamparo das usuárias, a possibilidade do prolongamento da ocorrência de abusos tornou-se uma preocupação palpável (CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020; FORNARI *et al.*, 2021).

Os eventos caracterizados como desastres, ainda que possam parecer à primeira vista pontuais e localizados, com início, meio e fim mais claros, têm potencial de gerar repercussões físicas, psíquicas e socioeconômicas a longo prazo nos indivíduos (MASSON, 2022). Analisando de forma crítica, os desastres considerados por muitos como “naturais” escancaram desigualdades estruturais: em geral atingem com maior veemência pessoas economicamente desfavorecidas ou em situação de vulnerabilidade social por diversos fatores, que acabam por ser potencializadores dos desastres (TRUE, 2013; CARVALHO; OLIVEIRA, 2021). Segundo Carvalho e Oliveira (2021) os interesses políticos permeiam as ações que poderiam ser tomadas para evitar tais eventos e inviabilizam uma gestão efetiva para a redução do risco de desastres.

Nestes contextos, uma das esferas a ser analisada é o capital social, ou seja, a capacidade de recuperação e integração de uma comunidade através de associações formais ou informais: quando o capital social é baixo, existem maiores chances de pouca confiança comunitária e de maiores impactos negativos a médio e longo prazo, como por exemplo o favorecimento da violência no pós-desastre (CARVALHO; OLIVEIRA, 2021). Em contextos de pandemia, as estruturas formais e informais de suporte às populações ficam ameaçadas por conta do isolamento social e das incertezas sobre a situação sanitária, o que abre espaço para exploração de certas populações – em geral mulheres e crianças (PETERMAN *et al.*, 2020; MASSON, 2022).

Por conta disso, Peterman *et al* (2020) afirmam que pandemias são comparáveis a desastres e a contextos de extrema insegurança política no que diz respeito ao aumento de violência contra mulheres e crianças. Acontecimentos similares a estes no passado mostraram que as mulheres também foram as mais afetadas em outras pandemias, uma vez que são elas quem ficam responsáveis pelo cuidado com os filhos e eventualmente com os idosos, geralmente cumprem duas ou três jornadas de trabalho, possuem empregos com menor estabilidade contratual e remunerações mais baixas, e dificuldade de acesso a direitos sexuais e reprodutivos (WENHAM *et al.*, 2020).

Um dos agravos em saúde que desvelaram a maior sobrecarga de pandemias e desastres sobre as mulheres foi a epidemia do Zika vírus e a consequente síndrome congênita da Zika em bebês (DINIZ, 2016). Os casos ocorreram em diversos países, como Brasil, Estados Unidos da América, Porto Rico, dentre outros, especialmente entre os anos de 2015 e 2016 (LINDE; SIQUEIRA, 2018). No Brasil, dentre os bebês atingidos, 72% eram residentes dos estados da Bahia, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, filhos de mulheres que já viviam em maior situação de vulnerabilidade, de pobreza, e de maior dificuldade de acesso a serviços de saúde e de transporte, com sensação crescente de desamparo por parte do Estado (DINIZ, 2016).

Além disso, muitas delas relataram ter recebido apoio de entidades internacionais e da própria comunidade para providenciar passagem e alimentação que possibilitavam o tratamento de seus filhos, visto que o tempo burocrático para solicitação de auxílio e benefícios não acompanhava o tempo de urgência vivenciado; outras afirmaram que foram abandonadas pelos parceiros ao descobrirem a síndrome congênita de seus bebês, portanto precisaram viver uma maternidade solo, por vezes perdendo o recurso financeiro antes providenciado pelo companheiro (DINIZ, 2016).

O estudo de Thurston, Stöckl e Ranganathan (2021) mostrou que existe uma evidente associação entre a ocorrência de desastres e o aumento da violência contra mulheres e garotas: os desastres relacionados às mudanças climáticas ou a outras causas de origem natural parece influenciar diretamente no aumento da violência contra mulheres e garotas e, além disso, o aumento de violência perpetrada pelo parceiro íntimo também foi observada em todos os contextos socioeconômicos. Ainda de acordo com esse estudo, são observados três núcleos principais que ajudam a explicar o aumento da violência contra mulheres e garotas.

O primeiro é a exposição aos desastres com a questão de moradias inseguras, insegurança econômica e trauma e repercussões na saúde mental; o segundo é a exposição aos desastres em combinação com as lacunas formadas pela falta de segurança pública e de proteção às mulheres e garotas, em todos os contextos socioeconômicos, mas principalmente em campos e abrigos; o terceiro é a exposição aos desastres associada às desigualdades de gênero e aos níveis de violência contra mulheres e garotas existentes previamente, com o agravante do aumento da pobreza pós-desastre (THURSTON; STÖCKL; RANGANATHAN, 2021).

Os pontos críticos levantados por Peterman *et al* (2020) que favorecem a ocorrência dessas violências são:

(1) insegurança econômica e estresse relacionado à situação de pobreza; (2) quarentenas e isolamento social; (3) desastres e conflitos ligados à instabilidade; (4) exposição a relações de exploração por mudanças demográficas; (5) disponibilidade reduzida de serviços de saúde e de acesso aos primeiros auxílios; (6) impossibilidade de escapar temporariamente de parceiros abusivos; (7) fontes de violência específicas ligadas ao vírus; (8) exposição a violência e coerção por parte das forças de resposta ao evento; e (9) violência perpetrada contra trabalhadores da saúde (PETERMAN *et al.*, 2020, p. 5, tradução livre).

Soma-se o fato de que mesmo anos após a ocorrência de desastres, mulheres que vivem em zonas de maior vulnerabilidade social e risco possuem maiores índices de violência física e sexual, além de observarem maior presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (PETERMAN *et al.*, 2020) e menor estabilidade econômica – a exemplo das epidemias de Ebola e Zika (WENHAM *et al.*, 2020). Ou seja, o território carrega em si construções sociais, históricas e econômicas que podem se desdobrar em maiores ou menores índices de violência. Por isso, é preciso considerar vulnerabilidades locais e formas de atuação que possam dirimir as inequidades observadas.

A importância da coleta de dados, ainda que seja um desafio para os sistemas de saúde, se faz necessária para que sejam compreendidos os impactos da violência na população e as pistas sobre como essa dinâmica tem se dado de acordo com diferentes dinâmicas sociais e políticas e em diferentes populações e fases da pandemia (WENHAM *et al.*, 2020).

2.4 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Em face às desigualdades de gênero no contexto das Américas, foi criada em 1928 a Comissão Interamericana de Mulheres (CIM) pertencente ao Sistema Interamericano da Organização dos Estados Americanos (OEA), na ocasião da 6ª Conferência Internacional Americana; essa iniciativa buscou incentivar a promoção da igualdade entre homens e mulheres e a garantia do cumprimento dos direitos das mulheres em diversas esferas: civil, política, econômica, social e cultural (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Dentre diversas iniciativas da CIM, uma das mais emblemáticas teve início nos anos de 1990, no qual foram realizadas consultas a estudiosas, à sociedade civil e às instâncias de decisão da OEA, sobre a temática “mulheres e violência”, que culminou no mapeamento de diversas violências vivenciadas contra mulheres e na realização da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, também chamada de Convenção de Belém do Pará, em 1994 (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

A Convenção, que foi ratificada pelo Brasil em 1995, pretendeu definir o conceito de violência contra a mulher, reafirmar a defesa dos direitos das mulheres – como “o direito da mulher ser livre de toda forma de discriminação; o direito da mulher ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e práticas sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade de subordinação” (BRASIL, 1994, s/p) –, e orientar os Estados acerca de seu papel no combate às violências (BRASIL, 1994).

Antes mesmo da elaboração da Convenção de Belém do Pará pela CIM, o Brasil contou com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983, que foi um dos primeiros a tratar a questão da violência contra mulheres e direitos sexuais e reprodutivos (MINAYO, 2006a; MINAYO *et al.*, 2018). O PAISM foi transformado em uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, que tem como um eixo de atuação a assistência a mulheres e adolescentes expostas a situações de violência. Em 2006 e em 2015, respectivamente, foram promulgadas a Lei Maria da Penha – visando a criação de “mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (BRASIL, 2006, s/p) – e a Lei do Feminicídio – prevendo “o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio; [...] [e] no rol dos crimes hediondos” (BRASIL, 2015, s/p).

O primeiro movimento em direção à notificação de violência contra mulheres foi a promulgação da Lei Nº 10.714/2003 que dispunha sobre “disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico destinado a atender denúncias de violência contra a mulher” (BRASIL, 2003). Ou seja, em 2003 tornou-se obrigatória a denúncia de violência contra mulheres, inclusive sobre aquelas atendidas pelos serviços de saúde. Em 2009, os dados sobre essas violências passaram a ser agregados ao SINAN, de forma compulsória para serviços sentinela⁸ e para outros serviços referência no atendimento às mulheres (MASCARENHAS *et al.*, 2020). A partir de 2011 a notificação de violências tornou-se compulsória para todos os serviços de saúde, não somente os serviços sentinela e os especializados, também através do SINAN (MINAYO *et al.*, 2018; MASCARENHAS *et al.*, 2020). O ano de 2011 também foi marcado pela criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, promulgada pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2011).

⁸ “Vigilância sentinela: modelo de vigilância realizada a partir de estabelecimento de saúde estratégico para a vigilância de morbidade, mortalidade ou agentes etiológicos de interesse para a saúde pública, com participação facultativa, segundo norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS)” (BRASIL, 2014, s/p).

A proposta mais robusta do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender a essa necessidade do setor saúde foi lançada no ano de 2001, com a elaboração da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). As ações antecedentes à PNRMAV no âmbito das violências estavam ligadas a profissionais, movimentos sociais e sociedade civil engajados em diversos espaços da atenção às violências a diferentes parcelas da população.

No caso da violência contra crianças e adolescentes, por exemplo, profissionais da saúde, da assistência social, de movimentos sociais e de instituições destinadas à proteção dessa população tiveram papel fundamental na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e na colocação desse problema e de seus desdobramentos em pauta (MINAYO *et al.*, 2018). Em relação ao combate à violência contra mulheres, o movimento feminista mundial foi um grande impulsionador (MINAYO, 2006a; MINAYO *et al.*, 2018).

A PNRMAV ressalta a saúde como direito fundamental de todos, bem como o respeito à vida e a promoção da saúde, como princípios do SUS, e que também destaca o caráter histórico e social das violências (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017). As primeiras ações propostas através dessa política estiveram ligadas à prevenção de acidentes e de mortes no trânsito, pensando tanto em uma melhor estruturação da assistência quanto das notificações e informações sobre estes agravos. Foi a partir da criação da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis (CGDANT) dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no Ministério da Saúde (MS) que as ações de enfrentamento às violências ganharam maior foco (MINAYO *et al.*, 2018).

Mais à frente, a implementação da PNRMAV foi impulsionada pela construção do Plano de Ação que é um dos operacionalizadores da Política Nacional de Promoção da Saúde; esse plano “dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e sobre a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em estados e municípios” através da Portaria 936 de maio de 2004 (MINAYO, 2006a; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017, p. 51). Os núcleos locais tornaram-se responsáveis por articular e potencializar as ações de enfrentamento às violências e, até o ano de 2012, somava-se cerca de 400 núcleos, vinculados preferencialmente às secretarias municipais e estaduais, mas também a centros de ensino e pesquisa e órgãos não governamentais (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Alguns dos avanços da PNRMAV foram: a estruturação da rede nacional de prevenção da violência e promoção da saúde e dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde nos âmbitos estaduais e municipais; o incremento da vigilância de

violências e acidentes, instrumentalizado a partir do VIVA contínuo – que em 2009 foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e denominado VIVA SINAN Net – e o VIVA inquérito, sendo utilizados cada vez mais pelos municípios em todo o Brasil; o esforço para a melhora na qualidade da informação sobre morbimortalidade destes agravos diminuindo o número de causas externas de ‘intenção indeterminada’ e os campos com informações ‘ignoradas’; a organização de uma assistência pautada nas interdisciplinaridade e na intersetorialidade às pessoas em situação de violência por meio de cursos de capacitação e de remodelação dos serviços; a realização de pesquisas em parceria com universidades, centros de pesquisa e agências de fomento (MINAYO *et al.*, 2018).

Ainda segundo Minayo *et al* (2018), embora a PNRMAV tenha impulsionado diversos avanços na discussão e tratamento das violências e acidentes, ainda existem desafios colocados para sua execução e funcionamento. Uma das questões nesse sentido é o aspecto intersetorial da assistência que encontra dificuldades de articulação entre os serviços, ou seja, entre a saúde e outros atores como assistência social, justiça e segurança pública, além de dificuldades intrasetorial na saúde. Como exemplo desta, está a atenção pré-hospitalar fixa e móvel que, além de possuir deficiências estruturais que necessitam de investimentos, tem dificuldades na articulação e contrarreferência entre os serviços.

Além disso, é necessário que serviços de saúde mental sejam fortalecidos para lidar com os desdobramentos destes agravos, que são bastante complexos. Mais adiante, a qualidade das informações ainda é um entrave, em especial quando diz respeito à atenção pré-hospitalar e hospitalar. Isso acaba por dificultar tanto o entendimento do cenário epidemiológico quanto a tradução deste em ações e políticas públicas, esvaziando o sentido das notificações.

Outras dificuldades para a execução da PNRMAV são a necessidade de inclusão dessas temáticas no currículo básico das carreiras e da capacitação de recursos humanos para o trabalho nessa área, especialmente em momento de desmantelamento da rede de atenção e de fechamento de diversos serviços especializados ao atendimento destes agravos. Ao mesmo tempo, tem ocorrido uma diminuição importante de recursos para pesquisas relacionadas a esses temas, que ocorriam majoritariamente em parceria com instituições públicas de ensino.

Por último, quando a PNRMAV foi criada e, por ser uma conquista incipiente e inicial, não foi dada tanta atenção às ações envolvendo trabalho infantil, populações em privação de liberdade, população em situação de rua, pessoas com deficiência, além de

violências homofóbicas, lesbofóbicas, bifóbicas, transfóbicas e de caráter racial.

No ano de 2021 a PNRMAV completou 20 anos desde sua implementação e, apesar de todos os avanços logrados na prevenção e atendimento às violências e dos pontos críticos que demandam ainda maior atenção do estado, tem sido feito um desfinanciamento dessa política ao longo dos anos (ABRASCO, 2021). Ainda segundo a Abrasco (2021), esse panorama é visível no desinvestimento na qualificação de profissionais para o atendimento às violências, no fechamento ou precarização de serviços especializados, na falta de fluxos organizacionais de toda a rede de atendimento e no desinvestimento na produção de dados e monitoramento de violências, dentre outros.

Considerando os entraves para a manutenção do atendimento às violências, seja em equipamentos especializados ou em generalistas, preconizados pela PNRMAV, pode-se esperar que existam desigualdades em sua oferta e qualidade entre os diferentes estados, regiões de saúde, municípios e até mesmo bairros. Na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, por exemplo, 37,1% das unidades de saúde notificaram violência, sendo o maior percentual observado em todo o estado em 2017; por outro lado, no mesmo ano, uma das regiões mais afastadas da capital apresentou o percentual mais baixo de unidades de saúde notificadoras de violência: a região Norte, com apenas 7,36% (SES/RJ, 2020d). A notificação de violência, por si só, não traduz a qualidade do atendimento, mas diz sobre a capacidade de identificação dos casos e contribui para a produção de dados e planejamento de ações nos territórios.

Apesar de vivenciar constantes desastres climáticos – especialmente referentes a chuvas e deslizamentos de encostas – e de ter vivenciado períodos como a epidemia de Zika vírus e a síndrome congênita causada pela Zika –, o Brasil ainda não possui políticas públicas específicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres e crianças durante desastres e pandemias, e tampouco faz menção a esse tópico na PNRMAV. Dessa forma, na ocorrência de eventos dessa magnitude, não existe um planejamento prévio que dê embasamento à tomada de ações seguras e rápidas em resposta ao problema.

Ademais, a gestão da pandemia pelo governo brasileiro, que minimizou a gravidade do contágio e do adoecimento pela COVID-19, também não se debruçou sobre o problema da violência contra as mulheres durante a pandemia de maneira robusta, com objetivos concretos de atuação no cerne estrutural da questão (CAMPOS; TCHALEKIAN; PAIVA, 2020). Em certo sentido, o desdobramento dessa conjuntura é esperado quando se leva em consideração o desinvestimento em políticas públicas, pesquisas científicas e no serviço público de maneira geral ao longo dos últimos anos, especialmente tratando-se do apoio às

populações mais vulnerabilizadas (WOLFF *et al.*, 2020).

A Lei Nº 13.979/2020, que dispunha sobre as medidas de enfrentamento à emergência em saúde pública, inicialmente não previu o funcionamento dos serviços de atendimento às violências – dentre elas a perpetrada contra mulheres – como serviços essenciais; a inclusão destes foi realizada 5 meses depois, através da Lei Nº 14.002/2020, que dispunha especificamente sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica/intrafamiliar contra mulheres e às violências contra outros grupos como crianças, adolescentes, idosos/as e pessoas com deficiência (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c).

Em acréscimo à conjuntura já bastante fragilizada, o mês de agosto de 2020 foi marcado pela promulgação da Portaria Nº 2.282/2020, que estabeleceu como obrigatória a comunicação à autoridade policial responsável sobre as solicitações de aborto legal por violência sexual sob a prerrogativa de proteção da integridade das mulheres (BRASIL, 2020d), ato que foi duramente criticado por diversas entidades e estudiosos/as da área.

A medida, então, foi substituída por outra Portaria, de Nº 2.561/2020, que ainda prevê a comunicação das solicitações de aborto legal à autoridade policial, mas não de forma obrigatória (BRASIL, 2020e). Na prática, são medidas que ampliam as chances de maior vulnerabilização e exposição de mulheres já em tempos de ‘normalidade’, e ainda mais em período de pandemia.

A Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) previa a comunicação à autoridade policial sobre qualquer tipo de violência contra mulheres, assegurando o sigilo da ficha de notificação e do prontuário médico; esta recebeu nova redação através da Portaria Nº 78 de 18 de janeiro de 2021 (BRASIL, 2021a), que prevê um modelo de comunicação mais sucinto preservando os dados da usuária e do/a profissional notificante.

Em contrapartida, a Portaria Nº 1.077 de 26 de maio de 2021 (BRASIL, 2021b) revoga os artigos 14-D, 14-E, 14-F e o Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação Nº 4/2017, que afirmavam o impedimento do compartilhamento de dados sensíveis da usuária e do/a profissional notificante através de orientações sobre o modelo da notificação à autoridade policial, cabendo inclusive penas de responsabilização administrativa em caso de descumprimento. Em outras palavras, abre-se precedente para que instrumentos específicos da área da saúde que contribuem para obtenção de dados epidemiológicos e planejamento de políticas públicas sejam utilizados para outros fins, comprometendo o sigilo dos/as envolvidos/as no atendimento à saúde.

Outro ponto de preocupação foram as investidas promovidas pelo governo federal

entre 2019-2022 para o acesso facilitado à compra e porte de armas de fogo por meio da edição de diversos decretos e portarias objetivando atropelar a existência da Lei Nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2003) – também conhecida como Estatuto do Desarmamento. Consequentemente, a circulação de armas de fogo teve incremento, o que se configura em um cenário preocupante, tendo em vista ser este um dos instrumentos mais utilizados em homicídios e tentativas de homicídio no Brasil, estando presente em 65% dos homicídios contra mulheres (BRASIL, 2022).

A partir das necessidades impostas pela pandemia, diversos estados e municípios criaram suas próprias cartilhas de orientações e estratégias para denúncia e proteção das mulheres em situação de violência. Dentre as ações realizadas pelo estado do Rio de Janeiro para a redução dos impactos da violência contra mulheres durante a pandemia, estão: aumento dos canais telefônicos para denúncias (AMAERJ, 2020); promulgação de lei estadual a partir da Campanha “Sinal vermelho contra a violência doméstica” (CNJ, 2020); criação do aplicativo Maria da Penha Virtual, uma parceria do TJRJ com a UFRJ, que facilitou a solicitação de medida protetiva de urgência no município do Rio de Janeiro (TJRJ, 2020); e criação do monitor da violência contra mulheres durante o isolamento social (ISP, 2019).

Além disso, o governo do estado do Rio de Janeiro sancionou a Lei Nº 8.856, de 29 de maio de 2020, que dispunha sobre o reforço das informações sobre medidas de proteção para mulheres em situação de risco de violência doméstica, incluindo como canais de divulgação as mensagens via aplicativo de celular, para informar sobre números de emergência e endereço de locais especializados no atendimento às violências, excetuando-se a divulgação dos endereços de abrigos para manutenção do sigilo dessas unidades (RIO DE JANEIRO, 2020).

Em casos de necessidade de abrigamento, o Estado disponibiliza as Casas-Abrigo, que são “serviço de acolhimento institucional para mulheres em situação de violência” e para seus filhos/as (SEASDH/RJ, 2011, p. 5). Existem apenas três Casas-Abrigo para atender à demanda do estado do Rio de Janeiro, além de seis casas de passagem (SEASDH/RJ, 2022). Frente à ocorrência da pandemia, foram propostas medidas para garantir o funcionamento das Casas-Abrigo, como o Projeto de Lei Nº 1.444/2020 que visou “estabelecer medidas excepcionais de proteção à mulher e a seus dependentes em situação de violência doméstica e familiar durante a emergência de saúde pública” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2020, p. 1), a nível federal, e o Projeto de Lei Nº 2.185/2020 que dispôs a “requisição administrativa das propriedades privadas que especifica para o acolhimento e proteção de

mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, enquanto perdurar a situação de emergência em saúde pública” (ALERJ, 2020, s/p), dentre outros.

No âmbito da saúde no estado do Rio de Janeiro, foram redigidas diversas notas técnicas para orientar ações em saúde durante a pandemia, porém somente duas delas mencionaram a questão das violências: Nota Técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 01/2020, voltada para as ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que mencionou a necessidade de atenção às violências de maneira geral, não destacando seu aumento (SES/RJ, 2020a); e a Nota Técnica ATSM/SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 03/2020, sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres, no qual enfatizou o aumento de casos de violência durante a pandemia (SES/RJ, 2020b).

Foi lançado, em maio de 2020, o Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência, com objetivo de “orientar e auxiliar gestores, diretores das unidades e profissionais de saúde na identificação de casos de violência, explicando os passos para uma resposta efetiva às demandas de crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de violência” (SES/RJ, 2020c, p. 4). Embora tenha sido lançado no início da pandemia, não menciona a emergência em saúde pública ao longo do material.

Ou seja, grande parte das ações esteve no campo da denúncia e do monitoramento de dados, que cumprem um importante papel na proteção das mulheres e na produção de informação, mas as redes de prevenção e atenção à saúde parecem não ter recebido investimentos especializados de forma a garantir o atendimento à demanda crescente nesse contexto.

Diversas organizações internacionais publicaram recomendações e estratégias para o combate à violência contra as mulheres durante a COVID-19. O *Inter-American Development Bank* (IDB, 2020) sugeriu três eixos de ação: a) reduzir e mitigar riscos – engloba ações como, por exemplo, o uso de meios de comunicação como canal informativo sobre a questão, o desenvolvimento de orientações para mulheres que estejam sofrendo ou sejam sobreviventes da violência, o envolvimento de mulheres na tomada de decisão sobre as medidas adotadas e a convocatória de homens para que se engajem na prevenção à violência; b) promover resiliência através de serviços efetivos – promovendo a capacidade de construção de equipes qualificadas em realizar atendimentos remotos e de sua habilidade para identificar e referenciar situações de violência, a oferta de serviços de saúde mental ao/a trabalhador/a e a coleta de dados de maneira remota para melhor manejo de casos; c) recuperação e preparação para novos desastres – em ações como a resposta aos impactos econômicos e às medidas de distanciamento social, a manutenção da oferta de serviços de

saúde mental, a consideração do gênero como importante para a programação de ações em novas emergências sanitárias e a ampliação de fundos de pesquisa.

O Comitê Permanente Interagências (IASC na sigla em inglês) menciona de maneira lateral a atuação em torno da violência contra mulheres, na previsão das ações de número 4, 5 e 6 de seu guia, sem dar destaque central à questão. Embora a ausência de robustez dessa pauta chame atenção, o guia ressalta que a atuação em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) no caso de Emergências Humanitárias deve ser realizada de forma integrada às atividades de resposta aos surtos, considerando prioritárias para o enfrentamento à violência contra as mulheres:

Estabelecer uma estratégia de SMAPS para casos COVID-19, [...] com atenção especial às necessidades de grupos especiais ou vulneráveis (por exemplo, crianças, idosos, mulheres grávidas e lactantes, pessoas em risco e expostas à violência de gênero e pessoas com deficiência); [que se] considere e supere obstáculos ao acesso de mulheres e meninas a serviços de apoio psicossocial, especialmente aquelas sujeitas a violência ou que possam estar em risco de violência. (IASC, 2020, p. 7).

Essas ações buscam reverter a estimativa de que a COVID-19 reduzirá em um terço os avanços já conquistados no combate à violência contra as mulheres mundialmente até o ano de 2030 (UNFPA, 2020). Essa previsão está alinhada com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) na Agenda 2030, em específico o objetivo número cinco, que diz respeito à promoção da igualdade de gênero e, para isso, a erradicação de toda e qualquer forma de violência contra mulheres e meninas nos próximos oito anos (ONU, 2022).

Fica evidente que as ações preconizadas devem ser tecidas com esforço intrasetorial e intersetorial, além de estarem em consonância com as necessidades de cada comunidade, ou seja, é um movimento que não acontece de um dia para o outro sem que haja preparo prévio das equipes. Para que sejam efetivadas respostas à altura da urgência das mulheres em situação de violência, portanto, é necessário investimento em recursos financeiros e humanos, na sociedade civil e em parcerias comunitárias – dando destaque às pautas propostas pelas mulheres, mas também incluindo os homens como atores importantes nessa luta –, e na formulação de políticas públicas específicas, robustas e eficazes que tenham o compromisso real de prevenção e de apoio à redução e erradicação desse tipo de violência.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Investigar os casos de violência contra mulheres antes e durante a pandemia da COVID-19 no estado do Rio de Janeiro, além do comportamento das notificações de acordo com as regiões de saúde do estado, estabelecendo possíveis relações entre as situações de violência vivenciadas e o período de pandemia.

3.2 ESPECÍFICOS

Em caráter mais específico, propõe-se: a) descrever o perfil epidemiológico dos casos de violência contra mulheres notificados no SINAN antes e durante a pandemia de COVID-19, no estado do Rio de Janeiro, nos biênios 2018-2019 e 2020-2021, segundo características sociodemográficas; b) analisar os casos de violência contra mulheres notificados no SINAN no período de 2018 a 2021, segundo as nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.

4 MÉTODO

O estudo apoiou-se em uma metodologia quantitativa, descritiva e analítica. O campo quantitativo oferece a possibilidade de observação dos dados e de suas variáveis em diferentes recortes e a relação entre si. Ademais, tem como objetivo “trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 247), abrindo caminho para maior compreensão das hipóteses e fenômenos estudados e para orientação de ações em saúde que possam minimizar os impactos dos agravos esperados. Os fenômenos sociais, no entanto, estão em constante transformação; dessa forma, é possível desenhar um retrato do que vem ocorrendo em relação à violência contra mulheres antes e durante a pandemia com os dados do SINAN, que não são a única fonte de dados disponível para este agravo no SUS.

A escolha pelo método quantitativo se deu primordialmente pelo instrumento eleito como ponto de partida da pesquisa: a base de dados do SINAN do estado do Rio de Janeiro. Os resultados foram organizados e apresentados em formato de artigo, tendo sido produzidos dois manuscritos cuja metodologia corresponde, respectivamente, ao método descrito na primeira e na segunda etapas dessa seção.

A primeira etapa, portanto, foi realizada a partir do banco de dados de violência interpessoal/autoprovocada do SINAN, disponibilizado no DATASUS. Foi feito levantamento dos dados de violência contra mulheres do estado do Rio de Janeiro nos anos de 2018-2021, trabalhando a partir de dois biênios – 2018-2019 e 2020-2021⁹ –, de forma a identificar e comparar o comportamento do agravo pré-pandemia e durante os dois primeiros anos de ocorrência da COVID-19.

Os seguintes campos da ficha de notificação foram foco de análise: idade (faixa-etária); gestante; raça/cor; escolaridade; situação conjugal; orientação sexual; identidade de gênero; possui algum tipo de deficiência/transtorno; local de ocorrência; ocorreu outras vezes; essa violência foi motivada por; tipo de violência – múltiplas ou individuais; meio de agressão; vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida; sexo do provável autor da agressão; suspeita de uso de álcool.

Foram consideradas elegíveis as fichas de notificação de pessoas do sexo feminino ou com identidade de gênero transexual mulher, em idade adulta (18-59 anos), notificadas no estado do Rio de Janeiro, com ano de notificação entre 2018-2021.

⁹ O ano de 2021 consiste em dados preliminares; até a última consulta à base de dados do DATASUS (15/03/2023) ainda não havia sido atualizado.

Na segunda etapa, também utilizando a base de dados do SINAN de 2018 a 2021, foi criada a variável “região de saúde”, agrupada a partir do município de notificação do caso. A variável foi, então, categorizada em nove regiões de saúde, correspondentes à divisão realizada durante o processo regionalização do estado do Rio de Janeiro (Bahia de Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro-sul; Médio Paraíba; Metropolitana I; Metropolitana II; Noroeste; Norte; Serrana).

Primeiramente, as notificações foram comparadas de acordo com os dois biênios e, para isso, também foi calculada a variação percentual da amostra entre ambos. A fim de alcançar os objetivos propostos, foi utilizado em ambas as etapas o teste de independência de qui-quadrado para observar a relação entre as variáveis qualitativas de cada uma das regiões de saúde e o ano da notificação. O nível de significância de 5% foi o parâmetro para a análise.

Em momento posterior, ainda referente à segunda etapa, foram calculadas as taxas de notificação de cada região de saúde para cada ano de análise (2018-2021) e investigada a existência de correlação entre estas e o percentual de unidades notificadoras de violência em cada região de saúde no ano de 2017. Para esse objetivo foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman com nível de significância de 5%.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA

A utilização da categoria “sexo biológico” como principal marcador dos gêneros “feminino” e “masculino” segue sendo frequente em diversas bases de dados. No SINAN o destaque também é dado à variável “sexo” (campo nº 13 da ficha de notificação), embora tenha sido incluída a variável “identidade de gênero” (campo nº 37 da ficha de notificação) em outubro de 2014 (PINTO *et al*, 2020). Entretanto, a existência deste campo não implica necessariamente na qualificação do preenchimento dele, ou seja, ainda é preciso avançar na discussão e na orientação sobre a importância de seu uso. Neste estudo, os critérios de inclusão utilizados foram: sexo “feminino”; sexo “masculino” com identidade de gênero “transexual mulher”.

O estudo levará em consideração apenas as mulheres da faixa-etária entre 18 e 59 anos, logo, a população considerada adulta. Esta definição se dá por conta da escolha de um recorte teórico-metodológico que não inclui crianças e adolescentes e idosas, visto que existem outras discussões e variáveis que deveriam ser consideradas para discutir esses nichos populacionais.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

4.2.1 O Estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região sudeste do país, sendo composto por 92 municípios, divididos por uma área total de 43.750,425km² e com aproximadamente 17.463.349 habitantes (IGBE, 2021) – dessa forma, “uma das menores e mais populosas unidades da federação” (SES/RJ, 2020d, p. 20). Possui diferenças importantes em termos de densidade demográfica quando comparada a região metropolitana com as demais, visto que as regiões Metropolitana I e II são mais densamente populadas (SES/RJ, 2020d). Em termos administrativos, o estado está dividido em oito regiões administrativas de planejamento e nove regiões de saúde (SES/RJ, 2020d).

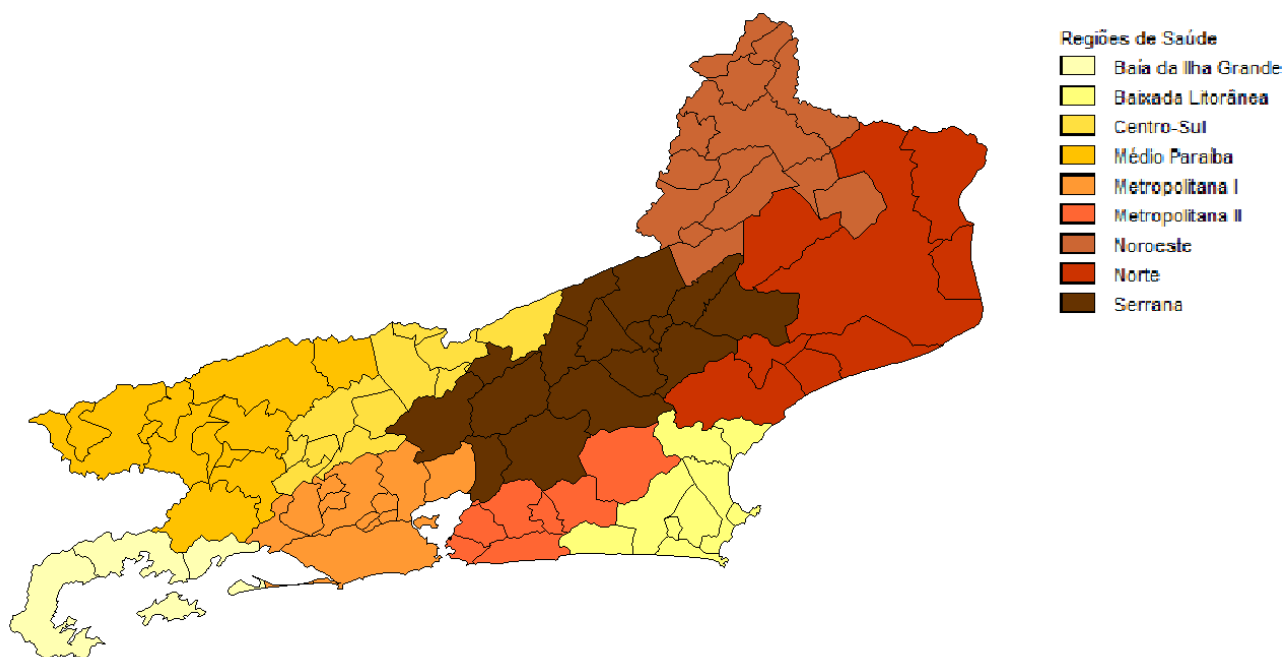
As desigualdades sociais e iniquidades em saúde são objeto de constante preocupação no estado – e no Brasil –, heranças de um processo colonial. Na base dessas desigualdades estão o não acesso a direitos básicos de saneamento e habitação, que desenrolam o fio de diversos outros problemas que se desdobram em questões que têm influência direta nas condições de saúde, a exemplo da “distribuição irregular dos serviços de saúde e dos equipamentos urbanos, [...] o aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental, o desemprego e a exclusão social” (SES/RJ, 2020d).

4.2.2 Organização das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

O processo de regionalização do SUS começou a ser delineado em meados dos anos 2000 como estratégia posterior e complementar à descentralização do sistema para estados e municípios na década de 1990 (VIANA *et al.*, 2008; VIANA *et al.*, 2015). Sendo assim, as Regiões de Saúde (RS) passaram a ser pensadas por meio desse processo de regionalização, que permite o redesenho de regiões a partir de critérios “técnicos, políticos, econômicos, sociais e culturais, conforme o projeto que se pretende implementar”, através de pactuações entre entes da federação (LIMA *et al.*, 2012, p. 824). Um dos objetivos da configuração RS – e também das Redes de Atenção à Saúde (RAS) - é minimizar as desigualdades e a fragmentação do planejamento de ações e da capacidade de oferta de serviços com maior resolutividade entre os municípios que as compõem (VIANA *et al.*, 2008; VIANA *et al.*, 2015). O Brasil conta com 436 RS para os 5.570 municípios (IBGE, 2022).

No Estado do Rio de Janeiro o primeiro Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi elaborado em 2001 com a definição de nove Regiões de Saúde: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana (SES/RJ, 2017) (Figura 1).

Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde



Fonte: Fonte: Elaborado pela autora com base em SES/RJ, 2020d.

Para essa divisão foram levadas em consideração características como:

contiguidade intermunicipal; identidade social, econômica e cultural entre os municípios; existência de um sistema de transporte e de comunicação entre os municípios e as regiões; identificação dos fluxos assistenciais; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos, equipamentos e insumos em escala adequada à qualidade e ao acesso; grau de suficiência na regionalização (SES/RJ, 2017, s/p).

Ainda segundo a publicação da SES/RJ (2017), a definição desses critérios buscou que as regiões tivessem suficiência em atenção básica/atenção primária à saúde – de responsabilidade municipal – em média complexidade e em alguns casos até alta complexidade.

4.2.3 Caracterização das regiões de saúde

Apesar do Rio de Janeiro ser um estado relativamente pequeno em área em comparação a outros estados da federação, cada região de saúde possui características bastante únicas por conta de aspectos geográficos – como o clima, o relevo, a densidade populacional; urbanísticos – como a malha de transportes, a qualidade do acesso à capital e às cidades de seu entorno, a moradia e saneamento; de saúde – infraestrutura, presença agravos que atingem em maior ou menor escala certos territórios e populações, dentre outros.

Baía da Ilha Grande: é composta por três municípios (Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty), representando 4,8% do território e 1,5% da população total do estado, com estimativa de 286.726 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020e).

Baixada Litorânea: é composta por nove municípios (Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras), representando 6,2% do território e 4,8% da população total do estado, com estimativa de 823.899 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020f).

Centro-Sul: é composta por 11 municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras), representando 7,4% do território e 2,0% da população total do estado, com estimativa de 338.913 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020g).

Médio Paraíba: é composta por 12 municípios (Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda), representando 11,6% do território e 5,3% da população total do estado, com estimativa de 909.136 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020h).

Metropolitana I: é composta por 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica), representando 7,9% do território e 60,9% da população total do estado, com estimativa de 10.450.114 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020i).

Metropolitana II: é composta por sete municípios (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá), representando 6,2% do território e 12,2% da população total do estado, com estimativa de 2.101.414 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020j).

Noroeste: é composta por 14 municípios (Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai), representando 13,5% do território e 2,0% da população total do estado, com estimativa de 346.923 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020k).

Norte: é composta por oito municípios (Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra), representando 21,0% do território e 5,5% da população total do estado, com estimativa de 935.369 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020l).

Serrana: é composta por 16 municípios (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes), representando 18,0% do território e 5,6% da população total do estado, com estimativa de 967.466 habitantes até 2018 (SES/RJ, 2020d; SES/RJ, 2020m).

5 RESULTADOS

5.1 A violência contra mulheres no estado do Rio de Janeiro: notificações antes e durante a COVID-19

RESUMO

Objetivo: Analisar as notificações de violência contra mulher antes e durante a pandemia de COVID-19, no estado do Rio de Janeiro, a partir do SINAN. **Método:** O estudo quantitativo utilizou a base de dados do SINAN, extraída do DATASUS, organizada em dois biênios: 2018-2019 e 2020-2021. Foram eleitas 16 variáveis da ficha de notificação e realizadas análises de frequências simples e relativas, e teste qui-quadrado com nível de significância de 0,05. **Resultados:** Os dados apresentaram diferenças estatisticamente significativas na distribuição de grande parte das variáveis ($p < 0,05$), mas o panorama geral foi similar entre os biênios: agressão por parceiro/a íntimo/a, ocorrência na residência e casos de violência física foram os mais presentes nas notificações. Houve aumento de notificação para mulheres de raça/cor da pele preta, gestantes, casos com suspeita de uso de álcool pelo/a agressor/a e violência psicológica/moral. **Conclusão:** Os resultados corroboram com outros estudos em contexto de pandemia e podem apontar caminhos de prevenção e proteção de mulheres no contexto de novas emergências sanitárias.

Palavras-chave: Violência contra mulheres. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sistema Único de Saúde. COVID-19.

Gender-Based Violence in the State of Rio de Janeiro: notifications before and during COVID-19

ABSTRACT

Objective: To investigate the profile of Gender-Based violence before and during the COVID-19 pandemics, in the State of Rio de Janeiro, based on SINAN's notifications.

Method: This quantitative study utilized the data base of SINAN, extracted from DATASUS, and organized in two biennia: 2018-2019 e 2020-2021. Sixteen variables from the notification file were chosen, submitted to simple and relative frequencies analysis, and chi square test with significance level of 0,05. **Results:** The data presented statistically significant differences on the distribution of most variables ($p < 0.05$), but the overall setting was similar between the two biennia: intimate partner aggression, domestic occurrences and physical violence were majority on the files. The notifications for women of color, pregnant women, cases associated to alcohol abuse and psychological/moral violence increased.

Conclusion: The results corroborate with other pandemic studies and can also point out pathways of prevention and protection of women in the context of new sanitary emergencies.

Keywords: Gender-Based Violence. Health Information Systems. Public Health Service. COVID-19.

INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres (VCM) é uma importante questão de saúde pública, estimando-se que 1 a cada 3 mulheres sofrerá algum episódio de violência ao longo da vida no mundo, com repercussões na saúde física e mental a curto, médio e longo prazo¹. As desigualdades de gênero seguem entranhadas no cotidiano social, patriarcal e excludente de parcelas da população, contribuindo para a perpetuação destas e outras violências²⁻⁵.

Algumas das principais características da VCM são: parceiros/as íntimos/as (antigos ou atuais) como principais agressores, sendo maioria do sexo masculino^{1,4,6-8}; a ocorrência de múltiplas violências, especialmente conjugal^{1,9}; residência como local de maior ocorrência de VCM^{7,10}; uso de álcool e outras drogas pelos agressores como fator de risco à ocorrência de VCM^{7,8,11}. Os familiares e conhecidos/as também fazem parte da rede de agressões, configurando uma parcela importante dos perpetradores das violências^{1,2,12}. Outros espaços – públicos, privados ou institucionais – também abrigam recorrentes VCM⁶, indicando a dimensão estrutural do problema. Além disso, alguns estudos sugerem associação entre ocorrência de VCM e violência autoprovocada, tanto em relação às mulheres quanto aos agressores/as, em diferentes culturas¹³.

Em março de 2020 foi declarada pandemia pela propagação do vírus Sars-cov-2, causador da COVID-19¹⁴. Com o objetivo de reduzir seu alastramento, foram recomendadas, mundialmente, medidas de quarentena/isolamento social, e manutenção de serviços considerados essenciais^{12,15}. No entanto, essas recomendações foram mais ou menos efetivadas de acordo com cada país/região e seus aspectos políticos e econômicos: a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçou que medidas de restrição de circulação de pessoas/mercadorias poderia trazer benefícios maiores do que os prejuízos esperados com a COVID-19¹⁶.

Além de repercussões socioeconômicas e de saúde física e mental^{8,12,14}, o contexto de emergência sanitária no Brasil evidenciou desigualdades de gênero, raça e classe social, que demandam um olhar interseccional para o planejamento em saúde, tornando-o instrumento de inclusão e equidade⁴. Mais do que um conceito, a interseccionalidade é uma virada no modo de perceber os problemas e as relações de poder¹⁷. Vimos, por exemplo, a dificuldade na classificação da raça/cor da pele nas notificações e os padrões de hospitalização e mortalidade por COVID-19¹⁸: a população negra foi a mais atingida, esta que representa a maior parte dos trabalhadores de renda mais baixa e de territórios vulnerabilizados que não puderam aderir ao isolamento social¹⁸. Em 2015-2016, na epidemia

de Zika, além do abandono parental dos bebês com microcefalia e das repercussões socioeconômicas para as mulheres, as medidas de controle da doença aprofundaram as violências de gênero – incluindo a violência sexual e, conseqüentemente, a transmissão sexual da Zika, sobretudo em localidades com escassez de informações sobre o assunto¹⁹.

Na esteira das repercussões da COVID-19 e da sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴, um dos fenômenos observados foi a redução das notificações de violências no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) especialmente durante os primeiros meses da pandemia, evidenciando a subnotificação de casos no Brasil^{15,20}. No estado do Rio de Janeiro (ERJ), foram 31.163 notificações referentes à VCM em 2019 e, até meados de novembro de 2020, tinham sido registradas apenas 17.427 notificações referentes ao mesmo ano²⁰.

Estudos apontam para o acesso dificultado a dispositivos de proteção e cuidado, associado ao distanciamento de redes de apoio social na pandemia^{8,12,21}. Além disso, aspectos socioeconômicos, religiosos e crenças pessoais também podem ter interferido na busca por ajuda⁴. A partir de campanhas do setor público e de instituições privadas, houve maior visibilização para a urgência de ampliação dos canais de denúncia e atendimento à VCM^{5,10,12}.

O recorte da pandemia de COVID-19 acrescenta um dado importante sobre o perfil sociodemográfico e epidemiológico da VCM em emergências e desastres, podendo contribuir para o planejamento de ações e políticas interseccionais e intersetoriais. É precisamente por conta desses aspectos que este estudo pretende debruçar-se sobre os dados encontrados no ERJ. Por se tratar de um acontecimento recente, ainda existe uma lacuna na produção de dados para esse período.

MÉTODOS

Fonte de dados

Os bancos de dados utilizados neste estudo foram acessados através do Departamento de Informação do SUS (DATASUS; <https://datasus.saude.gov.br/>) e extraídos do SINAN em 09/06/2022. A plataforma disponibiliza os bancos de dados em formato anual e, neste caso, foram utilizados os dados referentes ao ERJ em quatro anos: 2018, 2019, 2020 e 2021 – este último com dados ainda preliminares. Os quatro bancos de dados foram agregados de forma manual previamente à aplicação dos critérios de elegibilidade.

Critérios de elegibilidade

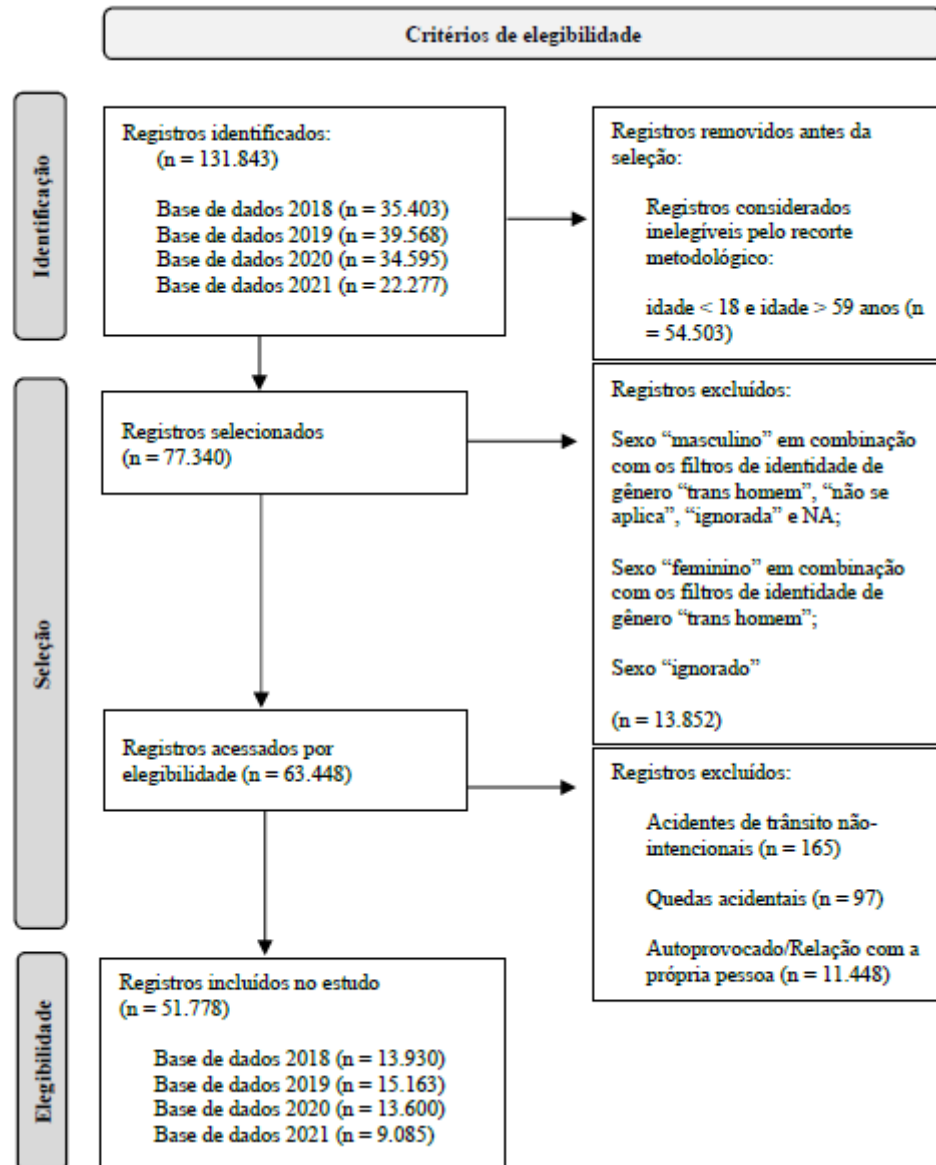
As quatro bases de dados agregadas retornaram um total de 131.843 registros, aos quais foram aplicados critérios de elegibilidade segundo o recorte metodológico proposto.

Assim, foram feitos três grandes recortes: o primeiro deles foi a idade, para incluir somente a população de adultos, foram excluídos registros de menores de 18 anos e maiores de 59 anos, restando 77.340 notificações; o segundo foi referente ao gênero, tendo sido removidas as notificações com as identidades de gênero “trans homem” e “travesti”; com sexo “ignorado”; e do sexo “masculino” com identidade de gênero “ignorada”, “não se aplica” e “NA”, restando 63.448 notificações.

Destaca-se aqui a decisão de inclusão de mulheres cis e mulheres trans na amostra, considerando tanto pessoas com sexo biológico “feminino” quanto “masculino” – este combinado com a identidade de gênero “mulher trans” – da ficha de notificação.

O terceiro recorte excluiu registros que indicavam acidentes de trânsito não intencionais e quedas acidentais descritos em campo aberto e registrados como “outras violências”, embora possam ter sido notificados como suspeita do agravo – uma das complexidades na análise de dados secundários. Foram excluídas da análise, também, as violências autoprovocadas, restando ao final 51.778 notificações elegíveis ao estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de critérios de elegibilidade dos casos notificados no Sinan de 2018 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Diagrama PRISMA Flow.

Análise

As análises de perfil sociodemográfico e perfil das violências foram realizadas a partir das fichas de notificação do SINAN nos dois biênios propostos (2018-2019 e 2020-2021) para o ERJ.

As oito variáveis do SINAN utilizadas para descrever o perfil sociodemográfico dos casos nestes dois biênios foram: "idade"; "gestante"; "raça/cor da pele"; "escolaridade"; "situação conjugal"; "orientação sexual"; "identidade de gênero"; "possui algum tipo de

deficiência/transtorno?”.

A variável “idade” foi reorganizada em 4 faixas-etárias: 18-29; 30-39; 40-49; 50-59 anos. A variável “escolaridade” foi reorganizada em 4 categorias: 1. “Até ensino fundamental completo”; “Ensino fundamental completo ao Ensino médio incompleto”; 3. “Ensino médio completo ao Ensino superior incompleto”; e 4. “Ensino superior completo”.

Em relação ao perfil das violências, foram eleitas oito variáveis “local de ocorrência”, “ocorreu outras vezes?”, “Essa violência foi motivada por:”, “tipo de violência”, “meio de agressão”, “vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida”, “sexo do provável autor” e “suspeita de uso de álcool”. No total, foram avaliadas 16 variáveis.

A variável “vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida” foi reorganizada em 4 categorias: 1. “Parceiro/a íntimo/a” (Cônjuge; Ex-cônjuge; Namorado/a; e Ex-namorado/a); 2. “Famíliares” (Pai; Mãe; Padrasto; Madrasta; Filho/a; e Irmão/ã); 3. “Conhecidos/as” (Amigos/conhecidos; Cuidador/a; e Patrão/chefe); 4. “Desconhecidos/as” (Desconhecido/a; Pessoa com relação institucional; e Policial/agente da lei).

Os dados foram apresentados em forma de frequências simples e relativas, e realizado o teste de independência de qui-quadrado (χ^2), considerando nível de significância de 5%. Contudo, tais resultados devem ser analisados de forma cautelosa, em função do grande número de observações, que tende a rejeitar a hipótese nula do teste mesmo que pequenas diferenças sejam detectadas.

Para tabulação e análise dos bancos de dados foram utilizados os softwares Excel v2302, R 4.1.1 e da interface RStudio 2022.12.0-353.

RESULTADOS

Os resultados foram divididos entre: “perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência” e “perfil das violências”. Salienta-se que, por se tratar de um banco de dados com grande número de observações ($n = 51.778$), é importante não se prender somente ao p-valor na comparação das variáveis. O total de notificações para cada biênio foi de 29.093 (56,2%) para 2018-2019 e de 22.685 (43,8%) para 2020-2021 – essa diferença, além de possivelmente retratar impactos da pandemia na captação de casos de VCM, está relacionada à ausência de dados dos meses de setembro (parcialmente), outubro, novembro e dezembro de 2021 na plataforma DATASUS.

Perfil sociodemográfico das mulheres em situação de violência

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas nas notificações de violência contra mulheres no Sinan, em 2018-2019 e 2020-2021, no ERJ.

Variáveis		2018 - 2019		2020 - 2021		p-valor
		N	%	N	%	
Total		29.093	100,0	22.685	100,0	< 0,001
Faixa-etária (anos)	18 - 29	12.987	44,6	9.919	43,7	
	30 - 39	8.803	30,3	6.637	29,3	
	40 - 49	5.021	17,3	4.236	18,7	
	50 - 59	2.282	7,8	1.893	8,3	
Total		18.988	100,0	15.929	100,0	< 0,001
Gestante	Sim	1.691	8,9	1.503	9,4	
	Não	14.565	76,7	11.747	73,7	
	Não se aplica	2.732	14,4	2.679	16,8	
Total		23.303	100,0	19.461	100,0	< 0,001
Raça-cor	Branca	7.683	33,0	6.328	32,5	
	Parda	11.288	48,4	9.132	46,9	
	Preta	4.061	17,4	3.798	19,5	
	Amarela	220	0,9	161	0,8	
	Indígena	51	0,2	42	0,2	
Total		11.920	100,0	9.932	100,0	< 0,001
Escolaridade	Até ensino fundamental incompleto	2.863	24,0	2.223	22,4	
	Ensino fundamental completo ao Ensino médio incompleto	3.184	26,7	2.456	24,7	
	Ensino médio completo ao Ensino superior incompleto	4.992	41,9	4.510	45,4	
	Ensino superior completo	881	7,4	743	7,5	
Total		19.646	100,0	15.795	100,0	< 0,001
Situação conjugal	Solteira	10.606	54,0	8.936	56,6	
	Casada	7.236	36,8	5.452	34,5	
	Viúva	249	1,3	160	1,0	
	Separada	1.555	7,9	1.247	7,9	
Total		16.334	100,0	14.036	100,0	< 0,001
Orientação sexual	Heterossexual	14.357	87,9	12.479	88,9	
	Homossexual	505	3,1	457	3,3	
	Bissexual	153	0,9	167	1,2	
	Não se aplica	1.319	8,1	933	6,6	
Total		13.791	100,0	10.928	100,0	0,016
Identidade de gênero	Transexual mulher	310	2,2	197	1,8	
	Não se aplica ¹	13.481	97,8	10.731	98,2	
Total		19.327	100,0	14.514	100,0	< 0,001
Possui algum tipo de deficiência ou transtorno?	Sim	1.019	5,3	919	6,3	
	Não	18.237	94,7	13.540	93,7	

Fonte: Sinan Violências, 2018-2021*.

*2020 e 2021 - Dados parciais.

¹ A variável apresenta as opções “transexual mulher”, “transexual homem” e “travesti”, não contemplando “mulheres cis” e outras identidades de gênero. Portanto, embora em primeiro momento possa se pensar na categoria “não se aplica” como sinônimo de “mulheres cis”, não é possível afirmar essa hipótese.

A Tabela 1 mostra aumento no percentual de notificações nas faixas-etárias de 40-49 anos (17,3%-18,7%; $p < 0,001$) e 50-59 anos (7,8%-8,3%; $p < 0,001$), em gestantes (8,9%-9,4%; $p < 0,001$), mulheres com raça/cor da pele preta (17,4%-19,5%; $p < 0,001$), com

ensino médio completo/ensino superior incompleto (41,9%-45,4%; $p < 0,001$) e ensino superior completo (7,4%-7,5%; $p < 0,001$), solteira (54,0%-56,6%; $p < 0,001$), com deficiências ou transtornos (5,3%-6,3%; $p < 0,001$).

Contudo, à exceção das variáveis escolaridade e situação conjugal, os maiores percentuais de VCM têm destaque em outras categorias: nas faixas-etárias de 18-29 anos (44,6%-43,7%; $p < 0,001$) e 30-39 anos (30,3%-29,3%; $p < 0,001$), raça/cor da pele parda (48,4%-46,9%; $p < 0,001$), não gestantes (76,7%-73,7%; $p < 0,001$) e sem deficiências/transtornos (94,7%-93,7%; $p < 0,001$) – apesar de todas estas terem apresentado redução das notificações. Outras categorias que apresentaram redução foram as mulheres casadas (36,8%-34,5%; $p < 0,001$) e com ensino fundamental incompleto (24,0%-22,4%; $p < 0,001$) e fundamental completo ao ensino médio incompleto (26,7%-24,7%; $p < 0,001$).

Na análise de raça/cor da pele, pode-se considerar que o somatório de pardas e pretas constitui a categoria de mulheres negras. Dessa ótica, é possível perceber a magnitude da VCM na população negra, somando 65,9% e 66,5% das notificações no 1º e 2º biênios, respectivamente, e apresentando incremento em seu percentual no 2º biênio. A raça/cor da pele branca esteve presente com 33,0% (2018-2019) e 32,5% (2020-2021) das notificações.

Ainda, houve aumento percentual nas três categorias de orientação sexual do estudo: heterossexual (87,9%-88,9%), homossexual (3,1%-3,3%) e bissexual (0,9%-1,2%) ($p < 0,001$). A identidade de gênero transexual mulher reduziu de 2,2% para 1,8% no 2º biênio ($p = 0,016$).

Vale ressaltar o alto percentual de registros ignorados/em branco nos dois biênios, respectivamente, para as variáveis gestante (34,7%; 29,8%), escolaridade (59,0%; 56,2%), orientação sexual (43,9%; 38,1%) e deficiência/transtorno (33,6%; 36,0%), dificultando o delineamento do perfil sociodemográfico da VCM no período de análise.

Perfil das violências

Tabela 2. Distribuição das características do evento nas notificações de violência contra mulheres no SINAN, em 2018-2019 e 2020-2021, no ERJ.

Variáveis		2018 - 2019		2020 - 2021		p-valor
		N	%	N	%	
Total		22.073	100,0	18.013	100,0	< 0,001
Local de ocorrência	Residência	14.816	67,1	12.805	71,1	
	Habitação coletiva	158	0,7	117	0,6	
	Escola	186	0,8	86	0,5	
	Local de prática esportiva	65	0,3	52	0,3	
	Bar ou similar	589	2,7	454	2,5	
	Via pública	4.741	21,5	3.376	18,7	

	Comércio/Serviços	545	2,5	402	2,2	
	Indústrias/Construção	14	0,1	13	0,1	
	Outros	959	4,3	708	3,9	
	Total	18.064	100,0	15.213	100,0	0,949
Ocorreu outras vezes?	Sim	10.460	57,9	8.803	57,9	
	Não	7.604	42,1	6.410	42,1	
	Total	11.433	100,0	9.561	100,0	< 0,001
Essa violência foi motivada por:	Sexismo	5.755	50,3	5.109	53,4	
	Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia	91	0,8	66	0,7	
	Racismo	14	0,1	17	0,2	
	Intolerância religiosa	29	0,3	24	0,3	
	Xenofobia	21	0,2	15	0,2	
	Conflito geracional	1.743	15,2	1.528	16,0	
	Situação de rua	339	3,0	167	1,7	
	Deficiência	101	0,9	72	0,8	
	Outros	3.340	29,2	2.563	26,8	
Tipo de violência	Física	26.385	91,3	19.829	91,7	0,084
	Psicológica/Moral	10.399	36,7	8.216	38,8	< 0,001
	Sexual	2.462	9,0	2.033	9,9	< 0,001
	Financeira/Econômica	624	2,3	533	2,6	0,024
	Tortura	585	2,1	504	2,5	0,019
Meio de agressão	Força corporal/espancamento	24.638	87,3	18.487	87,4	0,787
	Enforcamento	2.427	9,0	2.060	10,2	< 0,001
	Objeto contundente	1.730	6,4	1.397	6,9	0,024
	Objeto perfurocortante	1.624	6,0	1.399	6,9	< 0,001
	Substância/Objeto quente	133	0,5	122	0,6	0,110
	Envenenamento/Intoxicação	143	0,5	125	0,6	0,215
	Arma de fogo	522	1,9	371	1,8	0,511
	Ameaça	5.381	19,9	4.574	22,7	< 0,001
Outros	990	3,8	722	3,7	0,657	
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida	Parceiro/a íntimo/a	13.944	57,8	11.132	58,9	0,023
	Familiares	2.128	7,6	1.727	8,3	0,012
	Conhecidos/as	3.075	11,0	2.334	11,2	0,666
	Desconhecidos/as	2.700	9,7	2.052	9,8	0,655
	Total	23.438	100,0	19.026	100,0	0,085
Sexo do provável autor da violência	Masculino	19.360	82,6	15.705	82,5	
	Feminino	3.344	14,3	2.656	14,0	
	Ambos os sexos	734	3,1	665	3,5	
	Total	15.452	100,0	12.829	100,0	< 0,001
Suspeita de uso de álcool	Sim	7.306	47,3	6.371	49,5	
	Não	8.146	52,7	6.458	50,5	

Fonte: Sinan Violências, 2018-2021*.

*2020 e 2021 - Dados parciais.

A Tabela 2 mostra aumento no percentual de VCM na residência (67,1%-71,1%; $p < 0,001$), motivadas por sexismo (50,3%-53,4%), conflito geracional (15,2%-16,0%) e racismo (0,1%-0,2%) ($p < 0,001$), por parceiro/a íntimo/a (57,8%-58,9%; $p = 0,023$) ou familiares (7,6%-8,3%; $p = 0,012$) e com suspeita de uso de álcool (47,3%-49,5%) ($p < 0,001$). Por outro lado, houve redução nas VCM em via pública (21,5%-18,7%; $p < 0,001$) e motivadas por homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia (0,8%-0,7%), situação de rua (3,0%-1,7%) e deficiência (0,9%-0,8%) ($p < 0,001$).

Categorias como violência de repetição (57,9%-57,9%; $p = 0,949$), perpetradores/as desconhecidos/as (9,7%-9,8%; $p = 0,655$) e conhecidos/as (11,0%-11,2%; $p = 0,666$), e a variável sexo ($p = 0,085$) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

As variáveis “Tipo de violência” e “Meio de agressão” admitem mais de uma opção de resposta, dado que a pessoa pode sofrer múltiplas violências com diversas formas de agressão. Todos os tipos de violências selecionados para essa análise tiveram aumento percentual no 2º biênio, apresentados aqui em ordem decrescente de variação: psicológica/moral (36,7%-38,8%; $p < 0,001$), sexual (9,0%-9,9%; $p < 0,001$), tortura (2,1%-2,5%; $p = 0,019$) e financeira/econômica (2,3%-2,6%; $p = 0,024$). Já os meios de agressão com maior incremento no 2º biênio foram: ameaça (19,9%-22,7%; $p < 0,001$), enforcamento (9,0%-10,2%; $p < 0,001$), objeto perfurocortante (6,0%-6,9%; $p < 0,001$) e objeto contundente (6,4%-6,9%; $p = 0,024$).

A força corporal/espancamento (87,3%-87,4%; $p = 0,787$) foi a mais prevalente dentre os meios de agressão em ambos os biênios, indicando que esta é a principal forma de agressão no contexto analisado, mas não foi estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico mais prevalente se mostrou similar nos dois biênios: 18-29 anos, não gestantes, em sua maioria negras – pretas e pardas –, com ensino médio completo e ensino superior incompleto, solteiras, heterossexuais, cisgênero, e sem deficiências/transtornos. Entretanto, notou-se aumento proporcional de notificações de mulheres em situações que podem indicar maior vulnerabilização social e socioafetiva no 2º biênio, como por exemplo gestantes, mulheres de raça/cor da pele preta, homossexuais e bissexuais, e com deficiências/transtornos.

É fundamental atentar-se aos marcadores sociais que se inter-relacionam com marcador central deste estudo, o gênero mulher, não se prendendo a ele apenas pelo conceito de sexo biológico. As interações entre gênero, raça, classe social, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências, dentre outros, potencializam múltiplas formas de opressão^{17,22,23}. Os sistemas de informação em saúde podem prover dados que ajudem a considerar a interseccionalidade como uma chave de análise, porém a escassez de investimentos nesse sentido acaba reforçando apagamentos de certas populações e insuficiência na qualidade da informação²³.

A faixa-etária mais frequente nesse estudo foi referente à parcela mais jovem dentro da população estudada: 18-29 anos. Outros estados e municípios aproximaram-se dessa estatística. No município de São Paulo, entre 2009 e 2015, as mulheres de 20-29 anos foram as mais notificadas para VCM²⁴ e, em Minas Gerais, 40,2% das mulheres notificadas para

violência física no SINAN, de 2017 a 2021, tinham entre 15-29 anos²⁵. Entretanto, o crescimento de VCM observado no período da pandemia, no presente estudo, se deu na faixa-etária de 40-49 anos. No estado de Minas Gerais, a única faixa-etária com aumento de internações hospitalares por violência física no ano de 2020, comparado a 2019, foi a de 30-49 anos²⁵. Apesar dos estudos terem como fonte de informação dois instrumentos distintos, esse é um dado importante para pensar em respostas à possível intensificação da violência nessa faixa-etária durante a pandemia e outras emergências em saúde pública.

Foi observado um pequeno incremento de gestantes no 2º biênio. No pré-pandemia, um estudo com metodologia similar apresentou prevalência menor de gestantes em sua amostra para VCM²⁴, enquanto outros, com olhar para a associação entre gestação e violência por parceiro/a íntimo/a, tiveram maiores prevalências^{7,26} – mas indicando a gestação como possível fator protetivo para o desfecho óbito²⁶. As gestantes de raça/cor da pele negra também foram um dos maiores alvos da VCM²⁶. Já um estudo na Etiópia não encontrou associação entre gestação e violência por parceiro/a íntimo/a durante a pandemia²⁷.

É possível que a pouca sensibilidade na coleta dos dados sobre gestação no SINAN seja responsável por ocultar situações de vulnerabilidade das gestantes na VCM, sendo estas capazes de repercutir negativamente não só na gestante, mas também na saúde do bebê: violência psicológica e sexual foi associada ao desejo de interrupção da gestação²⁸, de aborto provocado²⁹ e baixo acompanhamento do pré-natal³⁰.

A raça/cor da pele negra (pardas e pretas) foi a mais prevalente nos dois biênios estudados e teve aumento no 2º biênio, destacando assim a maior suscetibilidade à VCM nessa população, inclusive com incremento durante a pandemia. Outros estudos brasileiros corroboram com o dado de maior propensão das mulheres negras à VCM, antes e durante a pandemia^{24,25,31,32}. No ERJ, em 2018, foi observado que, quanto maior a gravidade da violência, maior a influência da raça/cor da pele: 53,5% dos casos de assédio sexual, por exemplo, foram registrados em mulheres brancas, enquanto 59,1% dos casos de feminicídio ocorreram contra mulheres negras³¹. Estudo estadunidense mostrou que a violência contra mulheres negras, mães, esteve associada a maiores níveis de ansiedade e de depressão durante a pandemia³³.

Em outras palavras, a VCM causa impactos mais profundos – e, possivelmente, duradouros – em mulheres negras³³. Diversos fatores podem estar associados a esse cenário, dentre eles o racismo – que traz em seu cerne a concepção de *desumanização* de pessoas negras³⁴ – e a instabilidade econômica e do mercado de trabalho, que atinge especialmente

mulheres negras³¹, ainda que sejam as responsáveis pelo sustento da família cumprindo duplas e triplas jornadas de trabalho³⁵.

A orientação sexual e a identidade de gênero foram campos pouco preenchidos neste e em outros estudos^{23,32}, reforçando a naturalização da mulher cisgênera e heterossexual como principal alvo de VCM. A inclusão de mulheres trans no estudo buscou justamente considerar a multiplicidade de expressões de gênero, definidas a partir da autopercepção e da expressão social com a qual cada uma se identifica, para além de uma questão puramente biológica³⁶. Além do aspecto político desta decisão, é preciso ter em conta que as mulheres vivenciam o gênero a partir de lugares distintos permeados por marcadores sociais²³ – ou seja, as experiências de mulheres trans e cis em torno das violências são diferentes – o que coloca a relevância de produzir dados e evidenciar intersecções nessas análises.

É importante ressaltar que, por mais que a grande parcela dos casos de VCM seja perpetrada pelo sexo masculino, violências entre pessoas com parceiros/as do mesmo sexo também ocorrem³⁵. Um estudo apontou prevalência de VCM em 32,6% de mulheres lésbicas e 31,7% de mulheres transexuais, entre 2015 e 2017⁴. Entre os anos de 2002 e 2016 foram registrados 3.100 homicídios de pessoas LGBTQIA+ no Brasil³⁷. Durante a pandemia, 84,4% relataram igual ou maior discriminação e episódios violentos associados à sua orientação sexual e identidade de gênero em todo o mundo³⁸.

A insuficiente produção de dados que considerem orientação sexual e identidade de gênero chama atenção para a necessidade da educação permanente em saúde para os profissionais que, por vezes, encontram-se constrangidos na abordagem ao assunto e não veem esses aspectos como relevantes para o entendimento dos problemas em saúde pública²³, gerando inúmeras inconsistências no preenchimento desses campos, como encontrado na variável “identidade de gênero” nesse estudo.

Os tipos de escolaridade associadas à VCM nesse estudo são relativamente altas e sugerem que os anos de estudo podem não ser fatores protetivos para a menor ocorrência das agressões. Cabe destacar que essa variável apresentou mais metade dos registros em branco nos 2 biênios – 59,0% no 1º biênio e 56,2% no 2º biênio – fato que impossibilita uma análise assertiva. Dois estudos pré-pandemia – no Brasil e no município de São Paulo – apontaram para maior ocorrência de VCM e de violências perpetradas por parceiro/a íntimo/a em mulheres com 7 ou mais anos de estudo^{7,24}. No cenário internacional, um estudo mexicano apontou para a ocorrência de VCM em níveis educacionais mais altos durante a pandemia³⁹; em outra amostra, foi observada maior presença de violência psicológica em mulheres de nível acadêmico mais baixo durante a pandemia no norte da Etiópia²⁷ e no

Egito⁴⁰.

Em primeiro momento esses dados podem parecer contraintuitivos, pois imagina-se que mulheres com escolaridade mais alta teriam maior acesso à rede de proteção e mais facilidade para romper o ciclo de violências⁷. Entretanto, os autores sugerem que dados sobre desemprego e renda podem ser melhores preditivos para a ocorrência de violência por parceiro/a íntimo/a, apontando a importância do recorte de classe para a análise. De fato, houve associação positiva entre ocorrência de VCM e desemprego no México³⁹ e no Egito⁴⁰, aqui com recorte para o período da pandemia, sendo uma pista para se pensar em políticas públicas que considerem a geração de renda como fator de proteção à VCM. No presente estudo não foi possível avaliar essa informação pela fonte de dados utilizada.

A variável situação conjugal reflete o estado civil; dessa forma, mulheres solteiras notificadas podem ter estado em outros arranjos relacionais no momento da violência. Esses vínculos, possivelmente mais frágeis, podem estar relacionados à maior ocorrência da VCM: a situação conjugal solteira esteve presente em 43,9% das notificações do SINAN Juiz de Fora entre 2017-2021³² e em 56,4% dos registros de feminicídios no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) em 2018²⁵, aproximando-se aos dados encontrados no presente estudo. Na pandemia, estudo da Turquia teve maior ocorrência de VCM em mulheres solteiras⁴¹, enquanto no México as mais atingidas foram as casadas³⁹ e no Egito as divorciadas⁴⁰. Pelas disparidades observadas, é possível que a expressão da VCM em relação à situação conjugal esteja muito ligada a fatores socioculturais, econômicos, e aos arranjos familiares e dinâmicas de poder locais.

Notou-se pequeno aumento das notificações de VCM em pessoas com alguma deficiência/transtorno. Entre os anos de 2017 e 2021, estudo de Juiz de Fora mostrou uma prevalência de 7,4% de mulheres com deficiências/transtornos³², números mais altos do que os encontrados nesse estudo, mas no município de São Paulo essa prevalência foi de apenas 0,9% entre 2008 e 2015²⁴. Em 2019, a violência doméstica foi o tipo de violência mais notificado em pessoas com deficiências (58,0%) e atingiu sobretudo o sexo feminino (61,0%)⁴². Durante a pandemia, a violência física sexual por parceiro/a íntimo/a atingiu 17,0% das mulheres com alguma deficiência na Índia, enquanto a psicológica 16,0%, tendo sido mais altas do que as mulheres sem deficiências nessa amostra⁴³.

Foram encontrados poucos estudos que trouxessem a variável deficiências/transtornos para a análise de VCM, tanto nacionais quanto internacionais – fato que surpreende, uma vez consideradas a possível perda de autonomia, vulnerabilização e maior dificuldade de proteção dessas mulheres. A violência contra pessoas vivendo com

alguma deficiência/transtorno ainda é pouco estudada no Brasil – em 2013, representavam aproximadamente 6,2% da população brasileira⁴². A disparidade entre os dados apresentados e a lacuna de estudos pode sugerir justamente uma desconsideração dessa população como alvo de VCM.

Foi observado aumento da ocorrência das violências em ambiente residencial, ao passo que as notificações em via pública e em espaços de convivência social – escolas, bares e comércio – foram reduzidas. A esfera privada foi, por muito tempo, naturalizada como espaço de dominação masculina, onde a expressão da masculinidade hegemônica e a ocorrência de violências poderiam estar descoladas da vida pública, fato este que tem repercussões até os dias atuais⁴. Estudos anteriores mostraram que o domicílio é um dos locais de maior ocorrência de violências^{7,10} e, por isso, pensa-se na residência como o território onde o/a parceiro/a íntimo/a possui maior poder de ação, tendo sido estes os maiores perpetradores de violência nos dados obtidos antes e durante a pandemia. Estudos sobre a pandemia mostraram que, quanto maior o isolamento, maior a associação com a ocorrência de VCM e violência por parceiro/a íntimo/a⁴³ e, além disso, mulheres coabitando com os/as perpetradores/as relataram aumento de diversos tipos de violências⁴⁴.

Neste estudo, os/as parceiros/as íntimos/as consistiram em maioria absoluta como perpetradores de VCM antes e durante a pandemia e, ainda, a motivação sexismo representou mais de 50,0% dos dados e o sexo masculino esteve presente como perpetrador em mais de 2/3 das notificações de VCM, destacando, portanto, a magnitude das desigualdades de gênero e das relações de poder hegemonicamente construídas^{3,4}. Um estudo pré-pandemia mostrou que no ERJ, entre 2011 e 2017, 64,6% das notificações de VCM foram atribuídas ao/à parceiro/a íntimo/a – em sua maioria homens⁷. Estudos durante a pandemia também destacaram a presença masculina nas VCM^{27,40}.

É notável a prevalência de familiares e conhecidos/as como perpetradores¹²: embora a VCM por familiares não tenha sido tão expressiva na amostra, o percentual cresceu no 2º biênio. Familiares foram responsáveis por 27,4% das notificações em Juiz de Fora, 2017-2021 – sendo o pai 6,7% e o padrasto 4,1% dos casos³² – e, durante a pandemia, 20,5% dos registros no Egito – o pai foi o perpetrador em 9,5% dos casos⁴⁰. No caso de conhecidos/as, foram 26,4% das notificações antes e durante a pandemia em Juiz de Fora³². No presente estudo, conhecidos/as foram mais registrados do que familiares nos dois biênios, dado que deve ser avaliado com cuidado, uma vez que a proximidade da relação, vinculação e dependência de familiares pode tornar mais difícil a denúncia e busca por ajuda.

O fenômeno das violências de repetição contra mulheres representa mais de metade

das notificações nos dois biênios o que deve ser levado em consideração para a programação de estratégias de cuidado e prevenção desses eventos. Em contraste, a amostra de um estudo internacional retornou 22,8% de episódios reincidentes no período de 14 meses²⁷ – dado que pode ter sido mais baixo pela escolha metodológica. No Brasil, entre 2011-2016, 17,7% dos feminicídios de mulheres adultas foram decorrentes de violência de repetição² e a violência física foi associada a episódios reincidentes entre 2011-2017⁷; estes fatos expõem a fragilidade existente na rede de proteção à VCM, que falhou na prevenção da repetição e do desfecho óbito².

Na maioria das vezes, os episódios de violência agregam um ou mais tipos e meios de agressão^{24,27}. Os dois biênios trouxeram o uso de força corporal/espancamento e de violência física como mais presentes, mas mostraram que a violência psicológica/moral e a ameaça (meio de agressão) foram as que mais tiveram incremento no 2º biênio. A violência psicológica/moral, por ser mais subjetiva e geralmente combinada com outras expressões de violência, pode ser de difícil detecção⁷, contribuindo para sua subnotificação. No período da pandemia, houve maior prevalência de violência psicológica no Egito⁴⁰ e na Itália⁴⁴ em relação às outras violências. Na Itália, as violências que mais apresentaram aumento percentual foram violência psicológica (54,5%), financeira (46,7%), ameaça (44,1%), violência física (43,4%) e sexual (38,9%)⁴⁴.

Outros dados importantes foram: risco aumentado de VCM nos casos em que estas eram responsáveis pelo cuidado de outras pessoas e aquelas que sofreram perdas familiares durante a pandemia³⁹; aumento de 44,8% dos casos em que crianças testemunharam VCM e de VCM através de redes sociais⁴⁴. Dessa forma, pode-se pensar que o contexto da pandemia aprofundou situações de vulnerabilidade frente ao cuidado – de crianças e outros familiares – e ao luto, possivelmente dificultando o rompimento do ciclo de violências.

Outro achado importante foi a maior frequência do uso de álcool nos episódios de violência do 2º biênio. Um estudo brasileiro pré-pandemia mostrou que a violência física foi a mais associada à ingestão de álcool por parte do agressor, seguida da violência psicológica; por outro lado, a ocorrência de violência sexual teve associação negativa⁷. Foi verificado que 22,7% dos brasileiros investigados entre os meses de abril e maio de 2020 relataram aumento do consumo de álcool⁴⁵. Assim, o aumento do uso de álcool no isolamento social pode ter configurado maior risco à ocorrência de VCM, fato apontado em outros estudos – nacionais e internacionais –, não apenas em relação ao uso de álcool, mas também de outras substâncias^{8,27,39}.

CONCLUSÃO

Embora o perfil epidemiológico das violências e das características dos eventos tenham se mantido relativamente estáveis, houve aumento significativo em diversos pontos que retratam maior vulnerabilização social e econômica, com dificuldade de manutenção de redes de apoio e de acesso a canais de denúncia e de acolhimento.

A partir desse estudo, sugere-se pontos relevantes para a prevenção da VCM no cotidiano e em situações emergenciais, dentro de uma política pública de estado: criação de dispositivos legais que garanta o acesso de mulheres e familiares à proteção e cuidado – incluindo canais de denúncias; maior investimento em campanhas de conscientização sobre sinais de alerta para a VCM – em especial a violência psicológica; envolvimento de perpetradores/as no exercício reflexivo sobre as VCM para o rompimento do ciclo de violências; considerar mulheres em suas diferentes vulnerabilidades às VCM, como mulheres negras, com maior instabilidade financeira, e com deficiências/transtornos; ações de geração de emprego e renda, especialmente em pandemias e desastres; fortalecimento da rede de atendimento à VCM – e às outras violências; estreitamento com estratégias de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas; dentre outros.

Ressalta-se que, na atualidade, não existe um plano nacional para o enfrentamento às violências em situações emergenciais. Este poderia vir a ser um dispositivo importante para o aumento de investimentos estruturais e de tecnologias leves nesses eventos, considerando também a participação da sociedade civil e de atores da saúde e intersetoriais.

Dentre as limitações do estudo estão a utilização de dados secundários, sujeitos a erros de preenchimento e de digitação, subnotificação de casos e incompletude de algumas variáveis, deixando assim uma lacuna nos dados. Apesar de ter-se optado por incluir mulheres trans no estudo, não foi possível abordar as particularidades que permeiam as violências sofridas por essa população, que extrapolam o aporte teórico escolhido para essa investigação, o que configura uma limitação analítica.

Estudos sobre a VCM durante a pandemia são fundamentais para evidenciar questões de interesse público, para a saúde pública e o planejamento do atendimento às violências durante pandemias e desastres. Não há ainda grande profusão de dados de abrangência nacional nesse período – melhor comparáveis à realidade do ERJ –, mas no futuro estes poderão apontar possíveis caminhos para redução do impacto de outras emergências sanitárias sobre a VCM, cuja complexidade fala por si só.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. Geneva: WHO; 2021 p. 1–112.
2. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, Silva MMA da, Lima CM de. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc Saúde Colet* 2017;22(9):2929–38.
3. Fundação Oswaldo Cruz. *Como diminuir as desigualdades de gênero na pandemia: Plano de resposta à pandemia deve incluir perspectiva crítica de gênero e raça*. Fiocruz; 2021. p. 1–12.
4. Santos DF, Lima R de CD, Demarchi SM, Barbosa JPM, Cordeiro MV da S, Sipioni ME, Andrade MAC. Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. *Saúde E Soc* 2021;30(3).
5. Matos M, Andrade L. Mulheres, violências, pandemia e as reações do estado brasileiro. In: Matta GC, Rego S, Souto EP, Segata J, organizadores. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021. p. 181–93.
6. Russo A, Reginelli A, Pignatiello M, Cioce F, Mazzei G, Fabozzi O, Parlato V, Cappabianca S, Giovine S. Imaging of Violence Against the Elderly and the Women. *Semin Ultrasound CT MRI* 2019;40(1):18–24.
7. Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS de, Rodrigues MTP, Pereira VO de M, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Rev Bras Epidemiol* 2020;23(suppl 1).
8. Ornell F, Halpern SC, Dalbosco C, Sordi AO, Stock BS, Kessler F, Telles LB. Violência Doméstica e Consumo de Drogas durante a Pandemia da COVID-19. *Pens Fam* 2020;24(1):3–11.
9. Schraiber LB, D’Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):797–807.
10. Fornari LF, Lourenço RG, Oliveira RNG de, Santos DLA dos, Menegatti MS, Fonseca RMGS da. Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. *Rev Bras Enferm* 2021;74(suppl 1).
11. World Health Organization. *Alcohol and COVID-19: what you need to know*. Geneva: WHO; 2020 p. 1–6.

12. Serpeloni F, Ribeiro FML, Noal D da S, Melo BD, Moura JFG de, Pickler BC, Souza MC e, Rabelo, IVM, Assis SG de. Violência Doméstica e Familiar na Covid-19: capacitação emergencial on-line durante a pandemia. *In: Portela MC, Reis LG da C, Lima SML, organizadores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022. p. 361–71.
13. MacIsaac MB, Bugeja LC, Jelinek GA. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Aust N Z J Public Health* 2017;41(1):61–9.
14. Noal D da S, Freitas CM de, Passos MFD, Serpeloni F, Melo BD, Kadri MR de AE, Pereira DR, Souza MS e, Magrin NP, Kabad JF, Meneses S da S, Lima CC, Rezende M de J. Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. *Saúde em Deb* 2020;44(spe4):293–305.
15. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2021;37(1).
16. Organização Pan-americana da Saúde. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.* 2020.
17. Collins PH. *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica.* 1 ed. São Paulo: Boitempo; 2022.
18. Oliveira RG de, Cunha AP da, Gadelha AG dos S, Carpio CG, Oliveira RB de, Corrêa RM. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(9).
19. Meinhart M, Vahedi L, Carter SE, Poulton C, Mwanze Palaku P, Stark L. Gender-based violence and infectious disease in humanitarian settings: lessons learned from Ebola, Zika, and COVID-19 to inform syndemic policy making. *Confl Health.* 2021;15(1):84.
20. Rio de Janeiro. *Mulheres são 72,3% das vítimas de violência registradas pelos serviços de saúde no estado.* Rio de Janeiro: SES, 2020.
21. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública* 2022. 2022;(16):1–516.
22. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *The University of Chic Legal Forum* 1989;1(8):193–167.
23. Carvalho EFM de, Laguardia J, Deslandes SF. Sistemas de Informação sobre violência contra as mulheres: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet* 2022;27(4):1273–87.
24. Marinho Neto KRE, Girianelli VR. Evolução da notificação de violência contra mulher no município de São Paulo, 2008-2015. *Cad Saúde Colet* 2020;28(4):488–99.

25. Bordoni PHC, De Assis FH, De Oliveira NA, Aguiar RDA, Da Silva VC, Bordoni LS. Violência física contra mulheres: estudo em três bases de dados nacionais (SINAN, SIH e SIM) e no contexto da COVID-19. *J Health Biol Sci* 2021;9(1).
26. Pinto IV, Bernal RTI, Souza M de FM de, Malta DC. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2021;26(3):975–85.
27. Demeke MG, Shibeshi ET. Intimate partner violence against women of reproductive age and associated factors during COVID-19 pandemic in Northern Ethiopia, 2021: A community-based cross-sectional study. *Front Glob Wom Health* 2023;3.
28. Silva R de P, Leite FMC. Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2020;54.
29. Diniz NMF, Gesteira SM dos A, Lopes RLM, Mota RS, Pérez BAG, Gomes NP. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. *Rev Bras Enferm* 2011;64(6):1010–5.
30. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):667–76.
31. Manso FV, Campagnac V, organizadores. *Dossiê Mulher 2018*. 14 ed. Rio de Janeiro: RioSegurança; 2019. 115 p.
32. Silva FL da, Jorge GM, Lawall JS, Sudário JVC, Delgado LFP, Souza LC, Marliere V de S. *Raio X da violência contra as mulheres em Juiz de Fora: um retrato sob a ótica das notificações do SINAN, 2017-2021*. Juiz de Fora: SMS; 2022 p. 1–13. Report No.: 1.
33. Hassoun Ayoub L, Partridge T, Gómez JM. Two sides of the same coin: A mixed methods study of Black mothers' experiences with violence, stressors, parenting, and coping during the COVID-19 pandemic. *J Soc Issues* 2022:1-27.
34. Almeida S. *Racismo estrutural*. 1 ed. São Paulo: Editora Jandaíra; 2019. 256 p.
35. Hooks B. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. 10 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 2020. 176 p.
36. Jesus JG de. *Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos*. Brasília; 2012. 24 p.
37. Mendes WG, Silva CMFP da. Homicídios da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros (LGBT) no Brasil: uma Análise Espacial. *Ciênc Saúde Colet* 2020;25(5):1709–22.
38. Adamson T, Lett E, Glick J, Garrison-Desany HM, Restar A. Experiences of violence and discrimination among LGBTQ+ individuals during the COVID-19 pandemic: a global cross-sectional analysis. *BMJ Glob Health* 2022;7(9).

39. Rivera Rivera L, Séris Martínez M, Reynales Shigematsu LM, Gómez García JA, Austria Corrales F, Toledano-Toledano F, Jiménez Tapia A, Tejadilla Orozco DI, Astudillo García CI. Violence against Women during the COVID-19 Pandemic in Mexico. *Healthc* 2023;11(3):419.
40. Elsaid NMAB, Shehata SA, Sayed HH, Mohammed HS, Abdel-Fatah ZF. Domestic violence against women during coronavirus (COVID-19) pandemic lockdown in Egypt: a cross-sectional study. *J Egypt Public Health Assoc* 2022;97(1):23.
41. Yılmaz Karaman İG, Akı Z, Çanakçı ME, Altınöz AE, Özakın E. Violence Against Women During COVID-19 Pandemic: A Comparative Study from a Turkish Emergency Department. *Prehosp Disast Med* 2022;37(4):462–7.
42. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, coordenadores. *Atlas da Violência 2021*;1–104.
43. Riley A, Daruwalla N, Kanougiya S, Gupta A, Wickenden M, Osrin D. Intimate partner violence against women with disability and associated mental health concerns: a cross-sectional survey in Mumbai, India. *BMJ Open* 2022;12(4).
44. Romito P, Pellegrini M, Saurel-Cubizolles MJ. Intimate Partner Violence Against Women During the COVID-19 Lockdown in Italy: A Multicenter Survey Involving Anti-Violence Centers. *Violence Women* 2022;28(9):2186–203.
45. Moura HF, von Diemen L, Bulzing RA, Meyer J, Grabovac I, López-Sánchez GF, Sardarangi KP, Tully MA, Smith L, Schuch FB. Alcohol use in self-isolation during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Brazil. *Trend Psych Psychother* 2023;45.

5.2 Violência contra mulheres antes e durante a COVID-19 por região de saúde no estado do Rio de Janeiro

RESUMO

Introdução: Apesar da violência contra mulheres ser considerada um problema crônico de saúde pública, foi acrescentada uma nova variável de análise sobre o fenômeno com a Covid-19. Estudos mostraram o aumento de casos no Brasil e em diversos países, com especificidades e marcadores sociais locais, além de dificuldades de manutenção do atendimento e das notificações no setor saúde. **Objetivo:** Investigar a distribuição da violência contra mulheres antes e durante a pandemia de COVID-19, nas nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, segundo as notificações do SINAN. **Método:** O estudo quantitativo utilizou a base de dados do SINAN (DATASUS) dos anos de 2018-2021. Foi criada a variável “região de saúde” a partir do “município de notificação”, e realizadas análises de frequências simples e relativas, variação percentual e teste qui-quadrado com nível de significância de 0,05 em dois biênios. Por fim, foi utilizada a correlação de Spearman para avaliar relação entre a taxa de notificação de violência para 2018-2021 e o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência em cada região. **Resultados:** Os dados encontrados foram bastante heterogêneos, com redução das notificações nas regiões Metropolitana I e Norte, e aumento de notificações em Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana II, especialmente no primeiro ano da pandemia ($p < 0,001$). O maior volume de casos de violência contra mulheres concentrou-se em regiões de grandes centros urbanos, porém a taxa de notificação dos casos apresentou variações importantes, especialmente nas regiões do interior do estado, ao longo dos anos de análise. Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre as taxas de notificação e o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência. **Conclusão:** Os resultados indicaram diferenças importantes nas notificações segundo regiões de saúde, possivelmente explicadas por questões socioculturais, por fragilidades na estruturação das redes de atenção às violências, e pelo modo como cada região lidou com o agravamento da violência contra mulheres durante a pandemia.

Palavras-chave: Violência contra mulheres. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sistema Único de Saúde. Regiões de Saúde. COVID-19. Pandemia.

Gender-Based violence before and during COVID-19 in Rio de Janeiro's health regions

ABSTRACT

Background: Despite gender-based violence being considered as a chronic public health issue, a new variable was added to the analysis of this phenomenon related to Covid-19. Studies showed the increase of cases in Brazil and other countries, with local specificities and social markers, besides the difficulties to maintain support and notifications from the health sector. **Goals:** Investigating the distribution of Gender-Based violence before and during the COVID-19 pandemics, in nine health regions of the Rio de Janeiro state, based on SINAN's notifications. **Method:** It was employed a quantitative approach using SINAN's database (DATASUS) of 2018-2021. The variable "health regions" was created based on "notification municipality", submitted to simple and relative frequencies analysis, percentage variation, and chi square test with significance level of 0,05 in two biennia. At last, Spearman's correlation was applied to evaluate the relation between the rate of violence notifications in 2018-2021 and the percentage of health unities in each region. **Results:** The data obtained was heterogeneous, with significative underreporting of cases of violence in Metropolitana I and Norte, and increase of notifications in Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea and Metropolitana II, especially in the first year of pandemics ($p < 0,001$). The greatest volume of Gender-Based violence was centered in large urban centers, but the notifications of violence rate presented relevant variations, especially in countryside regions, over the years analyzed. It was not observed a significant correlation between notifications of violence and the percentage of health unities. **Conclusion:** The results pointed out important differences on notifications relating health regions, possibly explained by sociocultural issues, fragilities in violence services' network structure and by the way each region dealt with the escalation of gender-based violence during pandemics.

Keywords: Gender-Based Violence. Health Information Systems. Public Health Service. Health Regions. COVID-19. Pandemia.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos abordam a ocorrência da violência contra mulheres (VCM) e sua interface com aspectos socioeconômicos e culturais, dentre os quais podemos destacar as desigualdades de gênero¹⁻³, com a naturalização dos papéis femininos e masculinos e alta incidência de violência por parceiro/a íntimo/a^{1,4}; a vulnerabilização social, que acentua a insegurança financeira e a colocação das mulheres em duplas e triplas jornadas de trabalho³; e o racismo estrutural, que conjuntura cenários mais preocupantes para mulheres negras^{2,5}.

Em todo o mundo cerca de 30% das mulheres entre 15-49 anos sofrem violência física e/ou sexual pelo menos uma vez na vida, sendo grande parte perpetrada pelo parceiro íntimo⁴. No Brasil, essa estimativa está em torno de 23%⁴. No estado do Rio de Janeiro (ERJ), dados de 2018 mostram a magnitude do problema: mais de 42 mil mulheres sofreram violência física, 5.832 foram vítimas de violência sexual e 5.330 de violência patrimonial, além de outras cerca de 67 mil atingidas pela violência psicológica/moral².

A emergência sanitária instaurada pela pandemia de COVID-19 – assim declarada em março de 2020⁶ –, ampliou a discussão em torno da VCM neste período e deu origem a novas estratégias de enfrentamento adotadas pela sociedade civil e por alguns estados, embora essa questão não tenha sido contemplada pelo Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus do Brasil^{7,8}. Foi apontado o risco de subnotificação de casos de violência em geral⁹ e o possível aumento das ocorrências de VCM atreladas ao maior tempo de convívio com o/a agressor/a⁸, a insegurança financeira⁸, o possível aumento do uso/abuso de álcool e outras drogas^{8,10}, dentre outras questões.

O avanço da COVID-19 se deu de formas distintas em todo o mundo. Na América Latina, a doença se espalhou primeiramente em centros urbanos e, posteriormente, no interior e áreas rurais mais afastadas¹¹. No Brasil, por exemplo, São Gabriel da Cachoeira foi uma das cidades remotas mais afetadas pela pandemia, localizada a 800 km de hospitais com Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)¹¹. Mas, por outro lado, as estruturas de mobilidade urbana nos grandes centros impulsionaram o espalhamento da doença¹². Grande parte dos municípios brasileiros são classificados como predominantemente rurais (60,4%), embora 76,0% da população habite os municípios predominantemente urbanos (26,0%); a região sudeste tem o menor percentual de população vivendo em território rural¹³.

O Brasil, portanto, é marcado por contradições e diferenças regionais. No contexto rural, essas diferenças se traduzem em dificuldades de acesso a “recursos sociais, políticos e comunitários que poderiam promover maior proteção” às mulheres em situação de violência

e na acentuação do machismo¹⁴, com repercussões socioeconômicas negativas especialmente para as mulheres^{3,14}. No interior, usualmente existe menor oferta de recursos de saúde generalistas ou especializados no atendimento às VCM¹⁵. Já nas capitais e regiões metropolitanas, o crescimento desordenado com bolsões de precarização dos serviços urbanos e acentuação das desigualdades sociais são importantes para contextualizar a VCM¹⁶.

A partir dos esforços para melhor estruturação da vigilância de violências, especialmente através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) de 2001, houve a preocupação de ampliar e qualificar equipes no atendimento e notificação dos diferentes tipos de violência¹⁷. O que se viu no Brasil foi o aumento das notificações de violência ao longo dos anos, o que não traduz apenas o aumento de casos, mas também a expansão da rede de atendimento e de produção da informação sobre o agravo: os registros de violência sexual cresceram em média 354,4% entre os anos de 2009 e 2013¹⁸; os de violência contra a população negra no sudeste cresceram continuamente entre 2009 e 2018¹⁹; e os feminicídios de mulheres brancas variaram entre 3,3 e 2,5 por 100.000 mulheres e de mulheres negras 4,9 a 4,1 por 100.000 mulheres²⁰.

Destaca-se a importância de se considerar a rede de serviços e as especificidades locais como ponto de partida para o planejamento de ações e políticas em torno da VCM¹⁴. Dessa forma, propõe-se investigar em caráter exploratório as notificações de VCM no ERJ segundo regiões de saúde, antes e durante a pandemia de COVID-19, traçando possíveis relações entre a redução ou aumento dos registros e os aspectos regionais que possivelmente influenciaram nesses cenários.

MÉTODO

Fonte de dados

Foram utilizados dados de acesso aberto disponibilizados pelo Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (SUS) (DATASUS; <https://datasus.saude.gov.br/>) e extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 01/06/2022. Os dados recuperados, referentes ao ERJ, tiveram a abrangência de quatro anos: 2018, 2019, 2020 e 2021 – este com dados preliminares até a última consulta na base de dados (15/03/2023), não constando os meses de setembro (parcialmente), outubro, novembro e dezembro. Os quatro bancos de dados foram agregados manualmente, seguindo

posteriormente à aplicação dos critérios de elegibilidade.

Para a análise das taxas de notificação foram utilizados dados sobre a população estimada de mulheres em cada região de saúde disponibilizadas pelo Tabnet do DATASUS²¹ e, por último, foi utilizado indicador de percentual de unidades notificadoras nas regiões de saúde pactuado pela Secretaria de Estado de Saúde até o ano de 2017, disponível nos diagnósticos de saúde regionais²²⁻³⁰.

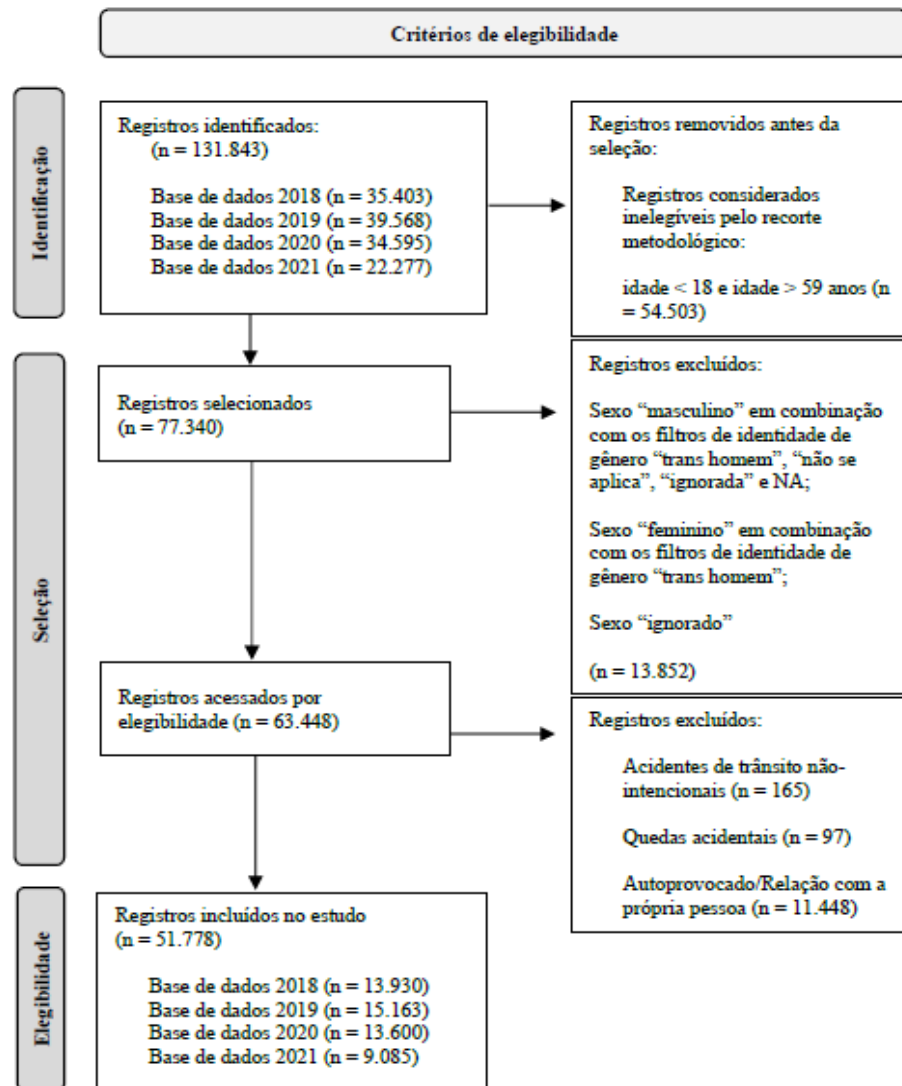
Critérios de elegibilidade

Somadas as quatro bases de dados, obteve-se um total de 131.843 registros, sujeitos à aplicação dos critérios de elegibilidade segundo o recorte metodológico proposto.

O primeiro recorte metodológico utilizado foi a idade: foram excluídos os registros de pessoas menores de 18 anos e maiores de 59 anos, restando 77.340 notificações; o segundo foi referente ao gênero, que removeu as identidades de gênero “trans homem” e “travesti”; com sexo “ignorado”; e do sexo “masculino” com identidade de gênero “ignorada”, “não se aplica” e “NA”, restando 63.448 notificações. Assim, o estudo incluiu na amostra mulheres cis e mulheres trans, ou seja, pessoas com sexo biológico “feminino” ou “masculino” com identidade de gênero “mulher trans”.

O último critério excluiu registros de “outras violências” classificadas em campo aberto como acidentes de trânsito não intencionais e quedas acidentais, apesar de compreender-se que o fenômeno das violências e o instrumento de notificação dos casos guardam complexidades de compreensão e análise, podendo estas terem sido suspeitas de violência. Além destas, também foram retiradas as violências autoprovocadas, restando ao final 51.778 notificações elegíveis ao estudo (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de critérios de elegibilidade dos casos notificados no SINAN de 2018 a 2021.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Diagrama PRISMA Flow.

Análise

A análise foi realizada a partir das fichas de notificação do SINAN nos dois biênios propostos (2018-2019 e 2020-2021) e, posteriormente, nos quatro anos desagregados, além da utilização do indicador de unidades de saúde notificadoras de violência de pactuação bipartite no ERJ. A elaboração da variável “região de saúde” se deu a partir da variável “ID_MUNICÍPIO” presente na ficha de notificação. Esta apresenta o código de identificação dos municípios brasileiros pelo IBGE, possibilitando o cruzamento entre as bases de dados do DATASUS e do IBGE³¹. Os municípios foram, portanto, agrupados nas 9 regiões de saúde do ERJ.

O ERJ foi organizado em 9 regiões de saúde, sendo elas: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana^{32,33}. Esse processo se deu a partir da regionalização do SUS, dando origem à organização das redes de atenção à saúde a partir da subdivisão dos estados em regiões de saúde e levando em consideração aspectos técnicos, políticos, socioeconômicos e culturais para tal divisão^{34,35}. Alguns estudos dividem o ERJ entre 4 regiões: capital, baixada fluminense, grande Niterói e interior para estudar o comportamento das VCM^{2,36}, mas neste optou-se por agrupar os dados de acordo com a região de saúde de notificação, entendendo a importância de considerar as características geopolíticas, socioculturais, e a estruturação das redes de proteção e atenção à saúde para avaliação mais precisa nesse aspecto. Além disso, essa divisão segue algumas análises de diagnóstico situacional das regiões de saúde para diversos agravos^{22-30,32} e para a COVID-19³⁷.

A Baía da Ilha Grande – também conhecida como BIG – (Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty)^{32,23,38} é a de menor extensão territorial dentre as regiões de saúde, mas sua distribuição populacional encontra-se bastante irregular, concentrando-se majoritariamente próxima aos centros urbanos – especialmente Angra dos Reis²³. A BIG abriga apenas 1,52% da população de todo o estado, distribuída em 4,8% de seu território, e tem vivenciado aumento das violências na região, o que vem causando impacto tanto na saúde da população^{23,33} quanto na cobertura de serviços de atenção à saúde²³. A região teve períodos importantes de incidência e internações hospitalares por COVID-19 mais altas do que a média estadual, em especial entre os meses de abril e agosto de 2020³⁷, o que mostra o quão impactada a região foi nesse período. Com 12.579 casos confirmados de COVID-19 em 2020, e 12.538 em 2021, a letalidade da doença ficou entre 2,5% e 3,2% (2020) e 2,2% e 5,3% (2021)³⁹.

A Baixada Litorânea é composta por nove municípios (Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras)^{24,32,38} e possui território correspondente a 6,2% do ERJ, sendo grande parte dele rural²⁴. A região conta com população flutuante durante o veraneio, mas a população residente representa 4,8% da população de todo o estado²⁴. Em relação à COVID-19, a região somou 32.352 casos em 2020, com letalidade entre 0,93% e 6,34%, e 44.908 casos em 2021, com letalidade entre 1,36% e 7,28%³⁹.

A região Centro-Sul é composta por 11 municípios (Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras)^{22,32,38}, representando 7,4% do

território do estado²² e aproximadamente 2,0% da população total estadual^{38,40}. Corresponde, portanto, à segunda menor região do estado em termos populacionais, e nenhum dos municípios componentes possui mais de 100.000 habitantes²². Durante os primeiros dois anos da COVID-19, a Centro-Sul somou 17.364 casos da doença em 2020 e 27.795 em 2021, apresentando letalidade entre 1,37% e 4,00% (2020) e 1,50% e 4,91% (2021)³⁹.

A região do Médio Paraíba é composta por 12 municípios (Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda)^{25,32,38}, possuindo cerca de 5,5% da população e 11,6% do território do estado²⁵. Aproximadamente 40,0% de seu território fica em região de floresta e, por conta disso, alguns municípios se encontram em maior isolamento em relação aos demais, como Rio Claro e Rio das Flores²⁵. Em 2020, a região teve 50.200 casos de COVID-19 e, em 2021, 79.889; a letalidade variou entre 2,62% e 12,79% (2020) e 1,12% e 5,48% (2021)³⁹.

Na Metropolitana I, composta por 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica)^{26,26,38}, é onde se concentra a maior parte da população do estado, 60,9%, distribuída em 7,9% de área territorial, além de apresentar taxa de urbanização de 99,6% (2010)²⁶. Existe um fluxo de pessoas bastante intenso entre a baixada fluminense e a capital, e a região vive intensas desigualdades sociais que se refletem nas condições de saúde da população, além de ser responsável por altos índices de violência²⁶. Em relação à COVID-19, foi a região com maior número de casos do estado em 2020 (311.590) e em 2021 (393.855), apresentando letalidade entre 2,62% e 12,79% (2020) e 3,47% e 23,45% (2021)³⁹.

A região Metropolitana II é composta por sete municípios (Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá)^{27,32,38}, representando 6,2% do território e aproximadamente 12,2% da população do estado²⁷. É uma região profundamente desigual e heterogênea: Niterói e Maricá estão entre os 10 municípios com maior IDH do estado, enquanto Silva Jardim e Itavaia estão entre os 10 IDHs mais baixos; além disso, apesar de bastante urbanizada, a região ainda conta com municípios de característica rural-urbana²⁷. Nos dois primeiros anos da COVID-19, a região somou 96.545 (2020) e 104.544 (2021) casos confirmados, com letalidade entre 0,88% e 4,84% em 2020 e 1,30% e 5,63% em 2021³⁹.

A região Noroeste é composta por 14 municípios (Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Itavaia, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai)^{28,32,38} e

possui 2,0% da população e 13,5% do território estadual²⁸. Por conta dessas características, é uma das regiões menos urbanizadas do estado e possui alta concentração de pessoas em pequenos centros urbanos, cujas distâncias entre os municípios são bastante consideráveis, limitando o acesso, por exemplo, a serviços de saúde²⁸. Durante a COVID-19, foram confirmados 22.219 (2020) e 29.358 (2021) casos da doença, tendo uma letalidade de 0,27% a 4,21% (2020) e 0,41% a 8,05% (2021)³⁹.

A região Norte é composta por oito municípios (Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra)^{29,32,38}, representando 21,0% do território e aproximadamente 5,0% da população do estado³⁹. Embora a grande abrangência territorial, os municípios da região são articulados entre si e possuem maior distribuição da população no território²⁹ – o município de Campos dos Goytacazes é responsável pela ocupação de 44,0% do território da região. Os dados da COVID-19 são bastante heterogêneos na região, já que a letalidade variou de 0,67% a 12,37% (2020) e 1,10% a 20,45% (2021); o acumulado de casos em 2020 foi de 49.157 e, em 2021, 52.097³⁹.

A região Serrana é composta por 16 municípios (Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes)^{30,32,38}, ocupando 18,8% do território e abrigando 5,6% da população total do estado³⁰. Possui alguns municípios de característica turística, principalmente aqueles mais próximos das regiões metropolitanas, e constantemente sofre com deslizamentos de encostas por sua localização montanhosa, o que coloca parte da população em risco³⁰. Em relação à COVID-19, acumulou 56.914 casos em 2020 e 80.517 em 2021, apresentando letalidade entre 0,22% e 4,10% (2020) e 0,52% e 9,09% (2021)³⁹.

Os resultados são apresentados a partir das frequências simples e relativas e do teste de independência de qui-quadrado (χ^2), com nível de significância de 5%. Entretanto, deve-se atentar ao fato de que o grande número de observações da amostra tende à rejeição da hipótese nula do teste diante de pequenas diferenças entre os períodos analisados, o que exige uma análise mais cuidadosa. Foram calculados também o percentual de variação das notificações entre os dois biênios e as taxas de notificação para cada um dos anos da amostra. As taxas de notificação foram calculadas pela fórmula:

Taxa de notificação

$$= \frac{\text{Número de notificações em mulheres de 18 a 59 anos de idade, na região de saúde, no ano}}{\text{População feminina de 18 a 59 anos de idade, na região de saúde, no ano}} \times 100.000$$

Por último, são apresentados também os resultados do coeficiente de correlação de Spearman entre as taxas de notificação de VCM e o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência em cada região de saúde, com nível de significância de 5%. O indicador referente às unidades notificadoras de violência por região de saúde foi fruto de pactuação bipartite pela Secretaria de Estado de Saúde até o ano de 2017. Sendo assim, 2017 foi o ano base para cálculo da correlação em todos os anos de análise (2018-2021), não sendo possível sua atualização pela ausência de dados.

Para tabulação, análise dos bancos de dados e construção do mapa das regiões de saúde foram utilizadas as ferramentas do Excel v2302 e do R 4.1.1 e da interface Rstudio 2022.12.0-353.

RESULTADOS

O total de notificações dos quatro anos de observação foi 51.778, distribuídos em 29.093 (56,2%) no biênio 2018-2019 e 22.685 (43,8%) em 2020-2021 (Tabela 1).

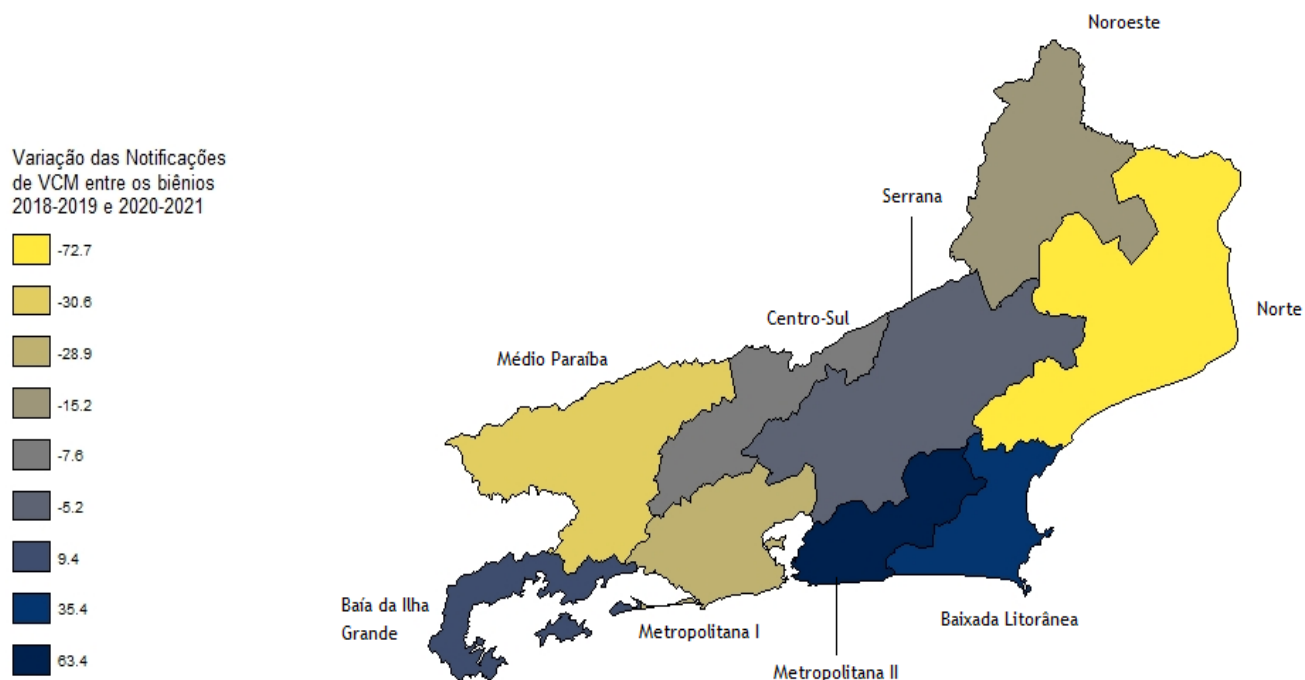
Tabela 1. Distribuição das notificações de violência contra mulheres no SINAN, em 2018-2019 e 2020-2021, segundo região de saúde.

Variável	2018 - 2019		2020 - 2021*		p-valor	Variação %
	N	%	N	%		
Total	29.093	100,0	22.685	100,0	< 0,001	-22,0
Região de saúde						
Metropolitana II	1.621	5,6	2.648	11,7		63,4
Baixada Litorânea	982	3,4	1.330	5,9		35,4
Baía da Ilha Grande	1.099	3,8	1.202	5,3		9,4
Serrana	1.521	5,2	1.442	6,4		-5,2
Centro-Sul	471	1,6	435	1,9		-7,6
Noroeste	361	1,2	306	1,3		-15,2
Metropolitana I	18.807	64,6	13.364	58,9		-28,9
Médio Paraíba	1.905	6,5	1.323	5,8		-30,6
Norte	2.326	8,0	635	2,8		-72,7

Fonte: Sinan Violências, 2018-2021*.

*2021 - Dados parciais.

Figura 2. Variação das notificações de violência contra mulheres nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro entre os biênios 2018-2019 e 2020-2021.



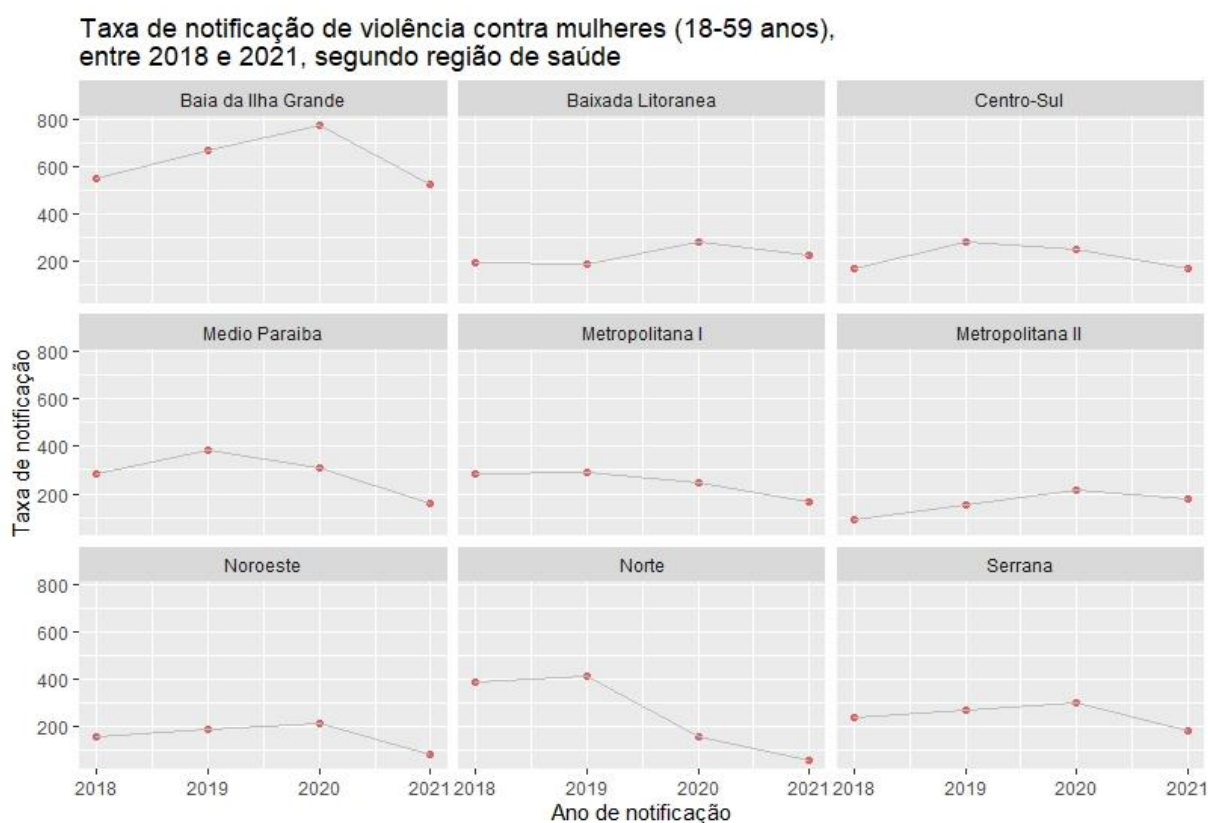
Fonte: Elaborado pela autora com dados do SINAN Violências 2018-2021.

Na tabela 1, nota-se que as regiões metropolitanas – onde está localizada a capital do estado e os municípios de seu entorno –, somadas, concentram 70,2% e 70,6% das notificações nos respectivos biênios. Em relação ao total de casos notificados, todas as regiões de saúde tiveram aumento percentual das notificações no biênio 2020-2021 com exceção de três delas: Médio Paraíba (6,5% - 5,8%), Metropolitana I (64,6% - 58,9%) e Norte (8,0% - 2,8%) ($p < 0,001$). Dentre as que apresentaram aumento, as maiores diferenças estão na Metropolitana II (5,6% - 11,7%), Baixada Litorânea (3,4% - 5,9%) e Baía da Ilha Grande (3,8% - 5,3%) ($p < 0,001$). As outras regiões tiveram menores variações entre os biênios em relação ao total de casos.

A análise da variação percentual deve levar em consideração a incompletude dos dados do ano de 2021 e, por conta disso, é esperada uma redução das notificações do segundo biênio em relação ao primeiro biênio (Figura 2). No entanto, chamam atenção três regiões de saúde que tiveram variação percentual positiva ainda com dados incompletos: Baía da Ilha Grande (9,4%), Baixada Litorânea (35,4%) e Metropolitana II (63,4%). As regiões de maior variação negativa de notificações entre os biênios coincidem com as que apresentaram maior redução de notificações em relação ao total de registros: Norte (-72,7%), Médio Paraíba (-30,6%) e metropolitana I (-28,9%). As demais regiões tiveram menores variações

negativas, e podem chegar a variações positivas com a completude dos dados: Noroeste (-15,2%), Centro-Sul (-7,6%) e Serrana (-5,2%).

Gráfico 1. Taxa de notificação de violência contra mulheres (18-59 anos), entre 2018 e 2021, segundo região de saúde (por 100.000 mulheres*)¹⁰.



Fonte: Sinan Violências, 2018-2021.

*Parâmetro calculado a partir das estimativas de população do sexo feminino, 18-59 anos, segundo região de saúde no ano²¹

**2021 - Dados parciais.

O gráfico 1 mostra que em termos populacionais, as taxas de notificação de VCM nas regiões Baía da Ilha Grande (548,9 – 775,3), Metropolitana II (88,6 – 212,6), Noroeste (154,8 – 210,7) e Serrana (239,3 – 300,6) seguiram ascendendo independente da pandemia nos três primeiros anos de análise. A Baixada Litorânea teve redução da taxa de notificação em 2019 comparado a 2018 (194,9 – 184,9), porém no ano de 2020 superou os anos anteriores (276,9). Centro-Sul (170,3 – 278,0), Médio Paraíba (285,8 – 385,6), Metropolitana I (285,2 – 288,6) e Norte (386,8 – 414,7) apresentaram aumento das notificações entre 2018 e 2019, porém o ano de 2020 foi marcado pela queda da taxa de

¹⁰ Cabe ressaltar que a taxa de notificação pode conter duplicidade de registros por conta da impossibilidade de análise destas no banco de dados secundários.

notificação nessas quatro regiões: 165,8, 160,2, 164,5 e 159,7, respectivamente.

É esperado que as taxas de notificação segundo a população no ano de 2021 estejam mais baixas do que nos anos anteriores, visto que os dados ainda não estão completos, porém Baixada Litorânea e Metropolitana II chamam atenção por neste ano já terem taxas de notificação mais altas do que as de 2018 e 2019. As demais regiões ainda apresentam taxas menores em 2021 do que em todos os outros anos de análise.

A análise da correlação entre as taxas de notificação de VCM e o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência pelo coeficiente de correlação de Spearman, revelou a ausência de correlação nos anos de 2018 ($\rho = 0,05882353$; $p = 0,8805$) e 2020 ($\rho = 0,05857792$; $p = 0,881$); baixa correlação negativa no ano de 2019 ($\rho = -0,1004193$; $p = 0,7971$); e baixa correlação positiva em 2021 ($\rho = 0,2594165$; $p = 0,5003$). Nenhum dos anos foi estatisticamente significativo.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados, nota-se que houve diferenças na distribuição das notificações de VCM associadas à pandemia segundo região de saúde. Uma parcela das regiões teve queda no percentual de notificações de VCM no 2º biênio – como Metropolitana I e Norte –, enquanto outras dobraram esse percentual, como Metropolitana II e Baixada Litorânea, fatos que precisam ser avaliados de acordo com as particularidades de cada região. Apesar da redução na Metropolitana I, esta continuou sendo a região mais prevalente nos dois biênios. As taxas de notificação mostram que todas as regiões, com exceção da Baixada Litorânea, vinham em uma crescente de casos de VCM na comparação entre 2018 e 2019, sendo que 4 continuaram ascendentes (BIG, Metropolitana II, Noroeste e Serrana) e 4 apresentaram queda no ano de 2020 (Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I e Norte). Não foi encontrada correlação significativa entre o percentual de unidades notificadoras de violência e a taxa de notificação nas regiões de saúde.

Um levantamento do Instituto de Segurança Pública (ISP) apontou a queda de registros de VCM no ano de 2020 em todo o ERJ, e pequeno aumento em 2021³⁶. Outros estados brasileiros apresentaram comportamentos similares: o estado de São Paulo teve queda nos registros da VCM no SINAN entre janeiro-junho de 2020 em relação ao mesmo período do ano anterior⁴¹, enquanto estados como Rio Grande do Sul, Pará, Mato Grosso, Ceará e Acre também apresentaram queda de notificações de VCM na comparação do mês de março de 2019 e 2020⁴². Em outros países, esse fenômeno também foi observado: na

África do Sul, os meses de abril a junho de 2020 foram os que registraram menos estupros e assédio sexual contra mulheres desde 2016, e na Índia o número de registros de VCM em abril de 2020 foi o mais baixo no período de 22 meses avaliados, seguido de aumento expressivo nos meses subsequentes⁴². O estado do Rio Grande do Norte, por outro lado, registrou aumento dos casos em março de 2020 quando comparado ao ano anterior⁴².

Vê-se, entretanto, que no presente estudo as diferenças regionais são bastante consideráveis, o que demanda olhar mais cuidadoso para cada contexto. Não foram encontrados muitos estudos que considerassem as particularidades das VCM segundo regiões de saúde no Brasil, o que pode contribuir para a supressão de realidades locais que levem em conta construções sociais, políticas e de redes de atenção às violências. Em geral, os estudos agregam as regiões do interior em um só bloco para fins de comparação com as regiões metropolitanas ou a capital. Considerando, então, a comparação entre capital e regiões metropolitanas com o interior do estado, pôde-se verificar que no ano de 2020 a taxa de notificação de VCM em 5 regiões interioranas – BIG, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba e Serrana – ficou acima do registrado nas Metropolitanas I e II. Antes da pandemia, esse fenômeno ocorreu em 3 regiões – BIG, Médio Paraíba e Norte – em relação às Metropolitanas I e II.

Alguns estudos brasileiros apontam para maior crescimento de VCM no interior dos estados quando comparados às suas capitais ou regiões metropolitanas durante a pandemia. No estado do Rio Grande do Sul, o maior volume de notificações para diversos tipos de VCM foi encontrado na capital entre 2019 e 2020; porém, em 2020, a capital apresentou queda de 55,0% de registros de estupro, enquanto outros municípios apresentaram incrementos bastante importantes: Caxias do Sul (100,0%), Santa Maria (62,5%), Pelotas (38,5%), dentre outros⁴³. Esses dados se assemelham à análise de VCM geral do presente estudo, tendo em vista a comparação pré-pandemia e durante a pandemia com redução de 28,9% de registros na Metropolitana I, enquanto outras regiões tiveram aumento expressivo no mesmo período.

No estado de Goiás, os municípios do interior apresentaram aumento de prisões em flagrante relacionadas à VCM em 2020 quando comparadas a 2019, sendo maiores que as registradas na capital – embora os registros da capital também tenham aumentado⁴⁴. Por outro lado, o estado do Ceará registrou redução do registro de vítimas mulheres pela Lei Maria da Penha na capital, região metropolitana e interior do estado entre fevereiro e abril de 2020; assim como o estado do Goiás, o interior teve o maior volume de casos do que as outras regiões⁴⁵. O interior do estado da Bahia registrou 78,6% dos casos de feminicídio em

todo o estado, entre 2017-2020, tendo sido 75,9% destes em zonas urbanas; esse padrão foi observado em todos os anos avaliados, com pequenas oscilações entre eles, sugerindo que não houve influência direta da pandemia⁴⁶. Esses estudos revelam a importância de se considerar a magnitude da VCM no interior dos estados brasileiros, que podem contar com redes de proteção mais precarizadas e maior influência de desigualdades de gênero.

É preciso considerar que os territórios não são apenas espaços físicos, e que carregam em si uma gama de representações e desigualdades sociais que refletem direta e indiretamente nas condições de vida e de saúde. Essas interações podem ser entendidas como territorialidades, que “correspondem a relações sociais, apropriações, aspirações e práticas espaço-temporais econômicas, políticas, culturais e ambientais”^{47:5}. Nesse sentido, as territorialidades e a interseccionalidade podem estabelecer um diálogo, já que esta última considera as interações entre marcadores sociais, – a exemplo de gênero, raça, classe social, identidade de gênero e orientação sexual – como fator importante de análise às vulnerabilizações produzidas em diferentes contextos⁴⁸. Exemplificando, nas regiões rurais do Brasil, o percentual de lares chefiados por mulheres (17,0%) é menor do que nos centros urbanos (29,2%), segundo dados de 2015¹⁴. Ou seja, percebe-se como o contexto local, atrelado a marcadores sociais, pode influenciar no modo como são processadas marginalizações socioespaciais e vulnerabilizações de diferentes ordens, inclusive a diversos agravos em saúde^{38,47}, como observado com a COVID-19^{12,49}.

No ERJ, as regiões da BIG, Noroeste e Norte são umas das regiões menos populosas e possuem distribuição irregular da população e dos serviços de saúde no território, que se somam ao aumento de moradias precárias, desemprego e degradação ambiental e influenciam direta e indiretamente nas condições de saúde e adoecimento da população³⁸. Apesar de compartilharem essas características, as regiões apresentaram comportamentos distintos entre si em relação à VCM durante a pandemia. Enquanto BIG e Noroeste tiveram incremento da taxa de notificações em 2020 e do percentual no 2º biênio, a Norte teve uma queda bastante expressiva em ambas as análises.

Na BIG foi observada a taxa de notificação de VCM mais alta dentre todas as regiões, chegando a 775,3 casos (a cada 100.000 mulheres) em 2020. É importante ressaltar que a BIG foi a segunda região com maior percentual de unidades de saúde notificadoras de violência (21,4%), atrás apenas da Metropolitana I (37,1%), no ano de 2017²³. Já a região Noroeste não apresentou taxas de notificação de VCM tão elevadas em comparação às demais regiões (210,7 por 100.000 mulheres em 2020), mas possui percentual de unidades notificadoras de violência próximo à meta estadual, tendo atingido 21,0% no ano de 2017²⁸.

Em 2017 a região Norte contava com apenas 7,36% de unidades de saúde notificadoras de violência, o segundo percentual mais baixo de todo o estado, embora tenha apresentado a segunda maior taxa de notificação de todos os tipos de violência no mesmo ano (265,5 por 100.000 mulheres)²⁹. Nos anos de 2018 e 2019, analisados pelo presente estudo, as taxas de notificação de VCM foram maiores do que o dado anteriormente mencionado (386,8 – 414,7, respectivamente). A redução das notificações de VCM, especialmente no ano de 2020 – no qual a taxa de notificação caiu para 159,7 –, pode estar relacionada aos obstáculos de acesso aos serviços de saúde ou ao próprio receio em fazê-lo por conta do medo de contágio pela COVID-19, além da dificuldade de registro desses casos por parte das unidades.

Outras duas regiões que tiveram redução nas notificações de VCM foram Centro-Sul e Médio Paraíba: ambas apresentavam crescimento da taxa de notificação de VCM em 2019 em relação ao ano anterior (278,0 e 385,6 respectivamente), mas esta caiu em 2020: 249,9 e 309,2, respectivamente. Embora o percentual de notificações de VCM no 2º biênio tenha aumentado na Centro-Sul, a variação percentual foi negativa (-7,6%). Já a taxa de notificação de VCM na região Médio Paraíba foi a terceira maior do estado no ano de 2019. Apesar disso, as duas regiões possuem baixo percentual de unidades notificadoras de violência em relação à meta estadual de 25,0% em 2017: Centro-Sul (6,5%) e Médio Paraíba (11,5%), mostrando que esse indicador não possui relação direta com a magnitude da expressão de VCM nessas regiões.

Neste estudo, em relação à região da Baixada Litorânea, foi observada redução na taxa de notificação dos casos pré-pandemia, em 2019, e aumento dos registros de VCM em 2020, mantendo em 2021 a taxa em parâmetros mais altos do que nos anos pré-pandemia (2018 e 2019). Como observado em regiões anteriores, o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência estava abaixo da meta estadual, com 16,3% em 2017²⁴, mas ainda em parâmetros mais elevados do que em regiões que tiveram redução das notificações (Norte, Centro-Sul e Médio Paraíba).

Já a região Serrana apresentou 13,3% de unidades notificadoras de violência em 2017 e, assim como a Baixada Litorânea, também teve aumento na taxa de notificação de VCM entre 2018 e 2020 (239,3 – 300,6). No ano de 2011, a região Serrana sofreu intensos deslizamentos, simultaneamente, em diferentes municípios que a compõem, o que acarretou na perda de centenas de vidas e na vulnerabilização das condições de moradia, trabalho e saúde³⁰. Por ser uma região que está propensa a esse tipo de fenômeno, seria importante a construção de estratégias mais eficazes de prevenção a desastres aliada a políticas de

habitação mais segura, além de programar a atenção aos desdobramentos físicos e mentais nesses casos, dentre eles a VCM.

Os dados deste estudo mostraram que a Metropolitana I, responsável pelos maiores centros urbanos do estado e maior percentual de notificações de VCM em todos os anos analisados, foi uma das regiões impactadas pelo efeito das reduções de notificações na pandemia. Esta foi a região em que mais se construíram hospitais de campanha para atendimento da COVID-19 a fim de dar conta da demanda de internações na capital e nos municípios do entorno⁵⁰. Apesar de possuir o maior percentual de unidades de saúde notificadoras de violências em 2017 (37,1%), a sensibilidade dessa captação parece ter sido reduzida, podendo sugerir dificuldade de acesso das mulheres aos serviços – por diversos motivos, como receio de contrair COVID-19 ou de fazer as denúncias; impedimento pelos/as parceiros/as e/ou familiares; ausência de redes de apoio; assoberbamento dos equipamentos e dos profissionais de saúde. Esses fatores foram sugeridos por diversos estudos durante a pandemia^{6,8,51}.

Já a Metropolitana II apresentou comportamento oposto da Metropolitana I. Embora tenha taxas de notificação de VCM menores do que as da Metropolitana I nos anos de 2018 (88,6), 2019 (152,5) e 2020 (212,6), a de 2021 já a ultrapassa, mesmo com dados incompletos (180,9). A Metropolitana II, em 2017, teve 15,8% de unidades de saúde notificadoras de violência, menos de metade da Metropolitana I²⁷. É preciso considerar que existe um fluxo de pessoas importante entre as duas regiões: muitas delas trabalham na capital e retornam às suas residências no final do dia. Considerando as medidas de isolamento social preconizadas para a contenção da COVID-19 e o comportamento da VCM em ambas as regiões, poderia-se considerar a possibilidade de migração de uma parcela dos casos notificados de uma região a outra, mas para isso seria necessário cruzar os dados das unidades notificadoras com os municípios de residência nos registros de VCM.

Dados de 2020 e 2021 do Instituto de Segurança Pública (ISP) mostraram a grande Niterói (Niterói, Maricá e São Gonçalo) tendo aproximadamente 3 vezes menos casos de violência doméstica do que os registrados na baixada fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica)^{36,52} – que representa grande parte dos municípios da Metropolitana I. No presente estudo, também foi encontrado maior percentual de notificações na Metropolitana I em comparação com a Metropolitana II e outras regiões do estado, apesar de seu recuo no 2º biênio de análise. Apesar desse cenário, o ISP apontou taxas de ocorrência de VCM maiores nos municípios do interior do estado do que na capital

e regiões metropolitanas: ainda que não tenha sido verificada tendência de crescimento no interior, esta foi a região com menor redução das taxas entre 2014 e 2021³⁶.

Estudos nos estados de Pernambuco e do Pará mostraram maior volume de notificações de VCM pela Lei Maria da Penha nos municípios componentes das regiões metropolitanas e capital^{16,53}; entretanto, em Pernambuco, os casos de feminicídio foram maiores em todas as outras regiões do interior, entre os anos de 2016 e 2019, comparados à Metropolitana de Recife⁵³.

As desigualdades no acesso ao cuidado em saúde e o alto percentual de mortes de pessoas negras por COVID-19⁵⁴ foram algumas das questões evidenciadas pela pandemia e, nesse rastro, a VCM também entrou em pauta. Na ocorrência de desastres e emergências sanitárias o aumento da VCM é um evento esperado⁵¹, atrelado a instabilidade socioeconômica, uso/abuso de substâncias, isolamento social – no caso de pandemias –, dentre outros fatores^{4,8,10}. Para além dessas questões, é importante atentar-se à oferta e acesso aos serviços de saúde da rede e à sensibilidade dos serviços para a notificação de VCM. Em 2021, dentre os 92 municípios do ERJ, apenas 37 contavam com pelo menos 1 equipamento especializado de atendimento à VCM, sendo 16 (43,2%) desses componentes das Metropolitanas I e II¹⁵. Dentre os equipamentos estão os Centros Especializados de Atendimento à Mulher (CEAM), o Centro Integrado de Atendimento à Mulher (CIAM) e o Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), vinculados à Assistência Social¹⁵.

É importante considerar que pode ter havido uma redução de unidades de saúde notificadoras de violência no período da pandemia. No estado do Amapá, o quantitativo de municípios e unidades notificadoras de violência – incluindo aquelas fora do setor saúde – vinham em uma crescente entre os anos de 2016 e 2019, chegando a 881 unidades notificadoras, processo que foi interrompido no ano de 2020, momento no qual esse quantitativo foi reduzido para menos da metade (423)⁵⁵. Hipoteticamente, as regiões do presente estudo que apresentaram maior redução de notificações, como Norte, Médio Paraíba e Metropolitana I, podem ter sido aquelas em que houve maior fechamento de serviços, ainda que pontualmente, e maior assoberbamento das equipes de saúde, especialmente no início da pandemia. Esperava-se que os coeficientes de correlação de Spearman entre a taxa de notificação de VCM e o percentual de unidades de saúde notificadoras de violência apresentassem correlação positiva e significativa, demonstrando a importância da expansão do quantitativo de unidades para o aumento de captação de VCM. É preciso considerar que houve limitação dos dados utilizados, uma vez que o percentual de referência para 2018-2021 foi o ano de 2017, uma vez que esse indicador parou de ser

divulgado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) pois foi retirado da pactuação bipartite estadual.

Segundo Boletim Epidemiológico da SES/RJ, entre os anos de 2012 e 2018, o percentual de unidades notificadoras de violência no estado atingiu seu pico no ano de 2016 (20,9%) enquanto o ano com maior número de notificações de violência interpessoal/autoprovocada foi 2018 (37.400)⁵⁶. Ainda segundo o documento, foi observada redução do número de municípios com pouca ou nenhuma notificação ao longo dos anos; em 2018, 6 municípios não notificaram violências: 4 na região noroeste, 1 na região norte e 1 na região serrana⁵⁶. O estado do Rio Grande do Sul também apresentou discrepâncias nas notificações de violência entre as regiões de saúde, algumas delas registrando entre 75,0% e 85,0% de municípios notificadores entre 2014 e 2017⁵⁷.

É possível que o indicador de percentual de unidades notificadoras de violência esteja mais ligado ao tipo de unidade notificadora do que propriamente à taxa de notificação de VCM, que reflete a amplitude dos casos. No ano de 2018, 84,0% das notificações de todos os tipos de violência foram realizadas por unidades de urgência/emergência (hospitais, unidades de pronto atendimento, dentre outras) e apenas 9,0% na Atenção Primária à Saúde (APS) em todo ERJ⁵⁶. Estudo no município de Niterói (RJ) mostrou que 76,9% das notificações de VCM eram provenientes de unidades hospitalares e pronto atendimento (55,4% de hospitais gerais; 7,8% de hospitais especializados; 8,8% de pronto-atendimento; 4,9% de pronto-socorro geral), enquanto apenas 10,8% foram detectadas em postos/centros de saúde e/ou unidades básicas de saúde⁵⁸. Ou seja, provavelmente não foi verificada correlação entre as variáveis propostas porque as demandas de atendimento às VCM parecem estar centralizadas nos hospitais, e não capilarizadas na rede, não sendo tão relevante o quantitativo de unidades que notificam, mas sim o tipo de unidade.

Por outro lado, se o atendimento e notificação dessas mulheres é realizado majoritariamente por unidades com oferta de urgência/emergência, deve-se considerar a existência de desigualdades na disponibilização desse serviço entre as regiões de saúde, fato que pode ter sido esgarçado a partir da alta demanda imposta pela COVID-19: a redução das notificações de VCM provavelmente está diretamente relacionada à impossibilidade de acesso às unidades hospitalares ou à dificuldade de realizar notificações em meio às demandas da pandemia. O número de leitos públicos (SUS) disponíveis em dezembro de 2019 para cada 100.000 habitantes no ERJ pode nos dar algumas pistas: Serrana (196), Centro-Sul (182), Noroeste (174), Médio Paraíba (162), Norte (160), BIG (103), Baixada Litorânea (95), Metropolitana I (89) e Metropolitana II (81)⁵⁹. Ainda assim, comparando

esses dados ao comportamento das taxas de notificação de VCM encontrados no estudo, não são evidentes as possíveis relações para todas as regiões de saúde. Para uma análise mais apurada nesse sentido, seria preciso correlacionar esse dado com a natureza da unidade notificadora e os períodos da pandemia, preferencialmente olhando pelo recorte temporal das semanas epidemiológicas.

Nota-se que os serviços com maior capilaridade no território, que são as unidades básicas de saúde e clínicas da família – dentre outros formatos existentes, a depender das redes de atenção à saúde de cada município –, notificam pouco as violências em comparação às unidades hospitalares^{56,58}. Isso supostamente está ligado à gravidade da violência sofrida, tendo como principal porta de entrada as emergências, mas também é verdade que as VCM se encontram subnotificadas na APS por uma série de fatores: desconhecimento do instrumento de notificação^{60,61}; crença de que a notificação é facultativa e que esta depende da vontade da usuária⁶⁰; visão da notificação como mais uma atividade burocrática e como instrumento de denúncia^{60,61}; dificuldade de atuação nas situações de violência pela característica do serviço que pressupõe o acompanhamento longitudinal da família, o que pode gerar medo de ameaças e agressões ao profissional^{60,61}; assobramento das equipes⁶¹; constrangimento pela natureza de algumas variáveis consideradas muito “íntimas”⁶¹; ausência de sentido na produção da notificação por não haver um retorno sobre os desdobramentos do caso quando comparado a outros agravos⁶¹; dentre outros.

Essa configuração, associada à complexidade das violências, traz à tona um cenário no qual parece praticamente impossível falar em prevenção e em incidência sobre os fatores de risco para a ocorrência de VCM. Assim, é importante salientar que a realização de notificações de violência, e aqui especificamente de VCM, depende não somente da disponibilidade dos serviços, mas também de profissionais capacitados para fazê-las. Esse fator leva à ponderação sobre as estratégias escolhidas para gestão da pandemia e de seus desdobramentos.

Nesse sentido, no início da pandemia, a SES/RJ incluiu a necessidade de priorização do atendimento de pessoas em situação de violência no âmbito do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por meio da Nota Técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 01/2020⁶², e do atendimento de mulheres em situação de violência na Nota Técnica ATSM/SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 03/2020 voltada às ações de saúde sexual e reprodutiva⁶³. Estratégias como produção de campanhas em meios de comunicação⁶⁴, painéis informativos⁶⁵ e ampliação dos canais de denúncia de VCM⁶⁶ foram importantes para tentar suprir a demanda acentuada do agravo. Tendo em vista o aumento esperado das

violências em períodos de desastres e emergências sanitárias, teria sido importante garantir, em conjunto com as estratégias mencionadas, maior acesso, acolhimento e manutenção de processos de trabalho da vigilância de violências na saúde para monitoramento e resposta às necessidades observadas.

CONCLUSÃO

O recorte da pandemia para a análise das notificações de VCM suscita reflexões sobre a subnotificação de casos e quais os fatores envolvidos nesse fenômeno. Os dados podem sugerir alguns cenários explicativos para as diferenças encontradas: o primeiro deles diz respeito à captação de VCM nos serviços de saúde, que pode ter continuado funcionando com relativa estabilidade, captando um aumento real do número de casos; o segundo considera a dificuldade de manutenção da notificação de agravos, dentre eles a VCM, devido ao assoberbamento dos serviços de saúde: algumas regiões podem ter visto a demanda alargar tanto que, mesmo com dificuldades na captação/notificação de casos, os registros de VCM aumentaram; o terceiro e último sugere que, de fato, algumas regiões podem ter sido tão impactadas pela pandemia e sua gestão, além de terem sido observadas alterações de fluxos populacionais, que esses fatores se desdobraram em redução das notificações pela impossibilidade de dar conta de fazê-las, mascarando o problema da VCM em contextos de emergência sanitária.

Além disso, foi observado que a grande maioria das notificações de VCM são realizadas por unidades hospitalares e/ou de urgência/emergência no ERJ, tornando mais desafiadora a incidência sobre a prevenção das VCM, especialmente durante a pandemia, momento em que é esperado seu aumento. As redes de atenção à saúde precisam ser fortalecidas, apontando para a necessidade de investimento de recursos e de consolidação institucional e cultural sobre a importância das notificações de agravos para a formulação de entendimentos e políticas de saúde realmente alinhadas com os cenários encontrados.

Entretanto, os dados encontrados neste estudo são apenas um indicativo sobre o comportamento das notificações de VCM antes e durante a pandemia. Não coube, por exemplo, dizer sobre o possível aumento da gravidade dos casos de VCM e as características sociodemográficas associadas à redução/aumento das notificações, mas estes seriam dados importantes e complementares para a análise das desigualdades de acesso à saúde em relação aos territórios, a fim de possibilitar o redesenho de redes de modo mais equânime. Além disso, dentre as limitações do estudo, pode-se mencionar a não observância sobre a natureza

da unidade notificadora da amostra, a dificuldade de levantamento de dados de isolamento social nas regiões de saúde e a escolha por não utilizar como parâmetro as semanas epidemiológicas e ondas de maior pico para fazer a leitura sobre a redução ou o aumento das notificações de VCM.

É importante atentar, portanto, ao fato de que a redução das notificações de VCM não reflete necessariamente uma queda nos casos, nem tampouco que as violências não foram atendidas nas unidades de saúde, mas dizem sobre a sensibilidade das unidades para a realização de notificações e a necessidade de contextualização dos dados em relação ao território e aos contextos socioeconômicos, históricos e culturais. Foram encontrados poucos estudos no ERJ que buscassem uma análise mais aprofundada sobre as particularidades da VCM em cada região de saúde, o que seria fundamental para elaborar intervenções melhor aplicáveis às realidades locais e às características populacionais, levando em consideração os marcadores sociais da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos imensamente a Liana Wernersbach Pinto e Ionara Vieira Moura Rabelo pelas considerações teórico-metodológicas.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Pinto LW, Mendes CHF, Nascimento M, Campos D. Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações. Em: Minayo MC de S, Assis SG de, organizadores. Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 22º ed Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 203–22.
2. Manso FV, Campagnac V, organizadores. Dossiê Mulher 2018 [Internet]. 14º ed. Rio de Janeiro: RioSegurança; 2019. 115 p. (2). Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf
3. Costa MC da, Silva EB da, Soares J dos SF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [citado 7 de abril de 2023];38(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200416&lng=pt&tlng=pt

4. World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 [Internet]. 2018 p. 112. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
5. Hassoun Ayoub L, Partridge T, Gómez JM. Two sides of the same coin: A mixed methods study of Black mothers' experiences with violence, stressors, parenting, and coping during the COVID-19 pandemic. *J Soc Issues*. 2 de setembro de 2022;josi.12526.
6. Noal D da S, Freitas CM de, Passos MFD, Serpeloni F, Melo BD, Kadri MR de AE, et al. Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. *Saúde Em Debate*. 2020;44(spe4):293–305.
7. Brasil. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 [Internet]. 2020. Disponível em: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/621>
8. Serpeloni F, Ribeiro FML, Noal D da S, Melo BD, Moura JFG de, Pickler BC, et al. Violência Doméstica e Familiar na Covid-19: capacitação emergencial on-line durante a pandemia. Em: Portela MC, Reis LG da C, Lima SML, organizadores. Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde [Internet]. Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz; 2022 [citado 20 de março de 2023]. p. 361–71. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj>
9. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(1):e00140020.
10. World Health Organization. Alcohol and COVID-19: what you need to know [Internet]. Geneva: WHO; 2020 p. 1–6. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf
11. El País. Comunidades rurais da América Latina enfrentam o avanço do coronavírus [Internet]. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-06-08/comunidades-rurais-da-america-latina-enfrentam-o-avanco-do-coronavirus.html>
12. De Castro Leiva G, Dos Reis DS, Filho RDO. Estrutura urbana e mobilidade populacional: implicações para o distanciamento social e disseminação da Covid-19. *Rev Bras Estud Popul*. 24 de julho de 2020;37:1–22.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, organizador. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017. 78 p. (Estudos e pesquisas, informação geográfica).
14. Kipnis-Guerra B. Violência contra a Mulher: Contribuição sobre as diferenças contextuais dos meios urbano e rural. *Rev Interdisc de Gestão Soc* [Internet]. 2018;7(1). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/rigs/article/view/24839/16136>
15. Rio de Janeiro. Equipamentos de Atendimento à Mulher em situação de Violência Doméstica e Familiar - Relação do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Conselho Estadual

- dos Direitos da Mulher RJ; 2021. Disponível em: <https://www.tjrj.jus.br/documents/10136/2977853/2021-09-22-relacaoequipamentosmulher-estadorj.pdf/99a36892-62ce-573a-d053-ea180ee97fd6?version=1.0>
16. Bitar MAF, Lima VL de A, Farias GM. Retratos da violência doméstica contra as mulheres no estado do Pará. *Rev Bras Seg Pública*. 2021;15(1):174–91.
 17. Minayo MCDS, Souza ERD, Silva MMAD, Assis SGD. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. junho de 2018;23(6):2007–16.
 18. Gaspar RS, Pereira MUL. Evolução da notificação de violência sexual no Brasil de 2009 a 2013. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 8 de novembro de 2018 [citado 14 de maio de 2023];34(11). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105004&lng=pt&tlng=pt
 19. Barbosa Alves K, Moi Miotto AB, Alves Gonçalves F, Polvoro De Oliveira Guimarães M, Nicoleti Turazza Da Silva W, Vilges De Oliveira S. Violência contra a população negra na região sudeste do Brasil: uma análise epidemiológica. *J Health NPEPS*. 2021;6(2):235–51.
 20. Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Palmieri Alves P, Sérgio de Lima R, Marques D, et al. Atlas da Violência 2021. Relatório Inst. 31 de agosto de 2021;1–104.
 21. Brasil. Tabnet DATASUS [Internet]. 2023. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>
 22. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Centro-Sul [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzE%2C>
 23. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região da Baía da Ilha Grande [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNjk%2C>
 24. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região da Baixada Litorânea [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzA%2C>
 25. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região do Médio Paraíba [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI3Njk%2C>
 26. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Metropolitana I [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzM%2C>
 27. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Metropolitana II [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzU%2C>

28. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Noroeste [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzc%2C>
29. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Norte [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzc%2C>
30. Rio de Janeiro. Diagnóstico de saúde da região Serrana [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzg%2C>
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Códigos dos municípios IBGE [Internet]. 2022. Disponível em: <https://ibge.gov.br/explica/codigos-dos-municipios.php>
32. Rio de Janeiro. O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2017. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>
33. Brasil. 1o. Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médico-Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro: Região da Baía da Ilha Grande [Internet]. 1a. edição. Brasília, DF: Editora MS; 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0156_M.pdf
34. Lima LD de, Machado CV, Albuquerque MV de, Iozzi FL. Regionalização da saúde no Brasil. Em: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012. p. 823–52.
35. Viana ALD, Bousquat A, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Albuquerque MV de, Mota PH dos S, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. Saúde E Soc. junho de 2015;24(2):413–22.
36. Oliveira E, Pereira C, Medeiros C, Moreira N, Marques P, Figueiredo T, et al. Dossiê Mulher 2022 [Internet]. 17º ed. 2022. 214 p. Disponível em: https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2022.pdf
37. Reis RM, Alves Filho P, Furtado J da S. Perfil epidemiológico da Covid-19 na região da Baía da Ilha Grande -RJ / Epidemiological profile of Covid-19 in Ilha Grande Bay region - RJ. Braz J Dev. 6 de julho de 2022;8(7):49624–40.
38. Rio de Janeiro. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDIINTY%2C>
39. Rio de Janeiro. Painel Coronavírus COVID-19 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2023. Disponível em: <https://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>
40. Kuschnir R, Chorny A, Lira AML e, Sonoda G, Fonseca TMP. Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. Em:

- Ugá MAD, Sá M de C, Martins M, Braga Neto FC, organizadores. A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro [Internet]. Editora FIOCRUZ; 2010 [citado 18 de abril de 2023]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb>
41. Nunes MCV, Moraes MA de, Shirassu MM, Paula RC de, D’agostini TL, Lima MF da S. Notificação de Violência contra a mulher em tempos de COVID-19. BEPA. 2020;17(200):37–43.
 42. United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC. Research brief: What crime and helpline data say about the impact of the COVID-19 pandemic on reported violence against women and girls [Internet]. 2020. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/research-brief-what-crime-and-helpline-data-say-about-impact-covid-19-pandemic-reported>
 43. Lirio VS, Clemente F, Jardim SC, Campos MAG de, Santos FNF dos, Bicalho IL. Violência e criminalidade contra as mulheres no Rio Grande do Sul em tempos de pandemia por Covid-19: o que mostram os dados? Observatório Socioeconômico da COVID-19 [Internet]. 2020; Disponível em: https://www.oseco-vid19.cloud.ufsm.br/media/documents/2021/03/29/Textos_para_Discussao_10_-_Viol%C3%Aancia_contra_Mulher_nos_mun%C3%ADcipios_d_9E5D5PI.pdf
 44. Goiás. Informe Técnico nº 01/2020 Contra Violência Doméstica Durante Pandemia [Internet]. Tribunal de Justiça do Estado de Goiás; 2020. Report No.: 01. Disponível em: https://www.tjgo.jus.br/images/docs/CCS/informe_tecnico.pdf
 45. Ceará. A pandemia do Covid-19 e a violência doméstica em mulheres cearenses [Internet]. Secretaria do Planejamento e Gestão; 2022. Report No.: 235. Disponível em: <https://www.ipece.ce.gov.br/2022/03/11/violencia-domestica-contra-a-mulher-cresce-durante-a-pandemia/>
 46. Bahia. Femicídios na Bahia: uma análise dos padrões e especificidades entre 2017 e 2020 [Internet]. Secretaria de Estado de Planejamento; 2021. Disponível em: https://www.sei.ba.gov.br/images/publicacoes/download/textos_discussao/texto_discussao_23.pdf
 47. Momm S, Terra MF, Travassos L, Chaves IMS, Fernandes B de S. Violência de gênero e o campo do planejamento e estudos territoriais: um retrato sobre a violência contra as mulheres no município de São Paulo durante o primeiro ano da pandemia de COVID-19. *urbe, Rev Bras Gest Urbana*. 2023;15:1–18.
 48. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *The University of Chicago Legal Forum*. 1989;1(8):193–167.
 49. Floss M, Franco CM, Malvezzi C, Silva KV, Costa B dos R, Silva VX de L e, et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(7):e00108920.
 50. Ferreira Baptista V. “Se te agarro com outro, te mato! Te mando algumas flores e depois escapo”: cenários da violência contra a mulher na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Bras Estud Popul*. 13 de maio de 2022;39:1–26.

51. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S, et al. Women are most affected by pandemics — lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;
52. Oliveira E, Pinna B, Pereira C, Medeiros C, Martins L, Moreira N, et al. Dossiê Mulher 2021 [Internet]. 16^o ed. 2021. 198 p. Disponível em: https://arquivo.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2021.pdf
53. Veiga BC dos S, Bushatsky M. Distribuição espacial da violência contra a mulher: uma análise por geoprocessamento. *Rev Bras Ciências Criminais*. 2021;186:285–319.
54. Oliveira RG de, Cunha AP da, Gadelha AG dos S, Carpio CG, Oliveira RB de, Corrêa RM. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(9):e00150120.
55. Amapá. Informe epidemiológico N^o 06/2021: análise da morbimortalidade por causas externas no estado do Amapá no período de 2016 a 2020 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2021. Disponível em: https://editor.amapa.gov.br/arquivos_portais/publicacoes/SVS_b61abaecde88bff6e25c1b3163da776c.pdf
56. Rio de Janeiro. Boletim Epidemiológico 001/2019 [Internet]. Subsecretaria de Vigilância em Saúde; 2019 p. 1–26. Disponível em: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=wdMTu5zzZ%2BE%3D>
57. Cunda BV, Canavese D, Pinheiro J, Ostroski J, Yamaguchi LYW, Reus M, et al. Vigilância da Violência no Rio Grande do Sul: panorama da qualidade e da quantidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2014 a 2017) [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul; 2018 p. 1–10. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201906/17101703-1906-vigilancia-da-violencia-no-rio-grande-do-sul-panorama-da-qualidade-e-da-quantidade-das-informacoes-no-sistema-de-informacao-de-agravos-de-notificacao.pdf>
58. Teofilo MMA, Kale PL, Eppinghaus ALF, Azevedo OP, Farias RS, Maduro Neto JP, et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). *Cad Saúde Coletiva*. dezembro de 2019;27(4):437–47.
59. Batista A, Antunes B, Faveret G, Peres I, Dantas L, Bastos L, et al. Nota Técnica 2 - 17/03/2020. Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro para o dia 04 de abril de 2020. [Internet]. Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS); 2020. Disponível em: <https://www.prospe-rabr.com/sms/files/legislacao/Previsao%20leitos%2004%20de%20mar.pdf>
60. Leite ADC, Fontanella BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: Predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Rev Bras Med Fam E Comunidade*. 29 de novembro de 2019;14(41):2059.
61. Kind L, Orsini MDLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GAD, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. setembro de 2013;29(9):1805–15.

62. Rio de Janeiro. Nota Técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 01/2020 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzIyOTQ%2C>
63. Rio de Janeiro. Nota Técnica ATSM/SAPS/SGAIS/SES-RJ 03/2020 [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI4NDk%2C>
64. Brasil. Campanha Sinal Vermelho. Conselho Nacional de Justiça. 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/violencia-contra-a-mulher/campanha-sinal-vermelho/>.
65. Rio de Janeiro. Monitor da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher no Período de Isolamento Social [Internet]. Instituto de Segurança Pública; 2020. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/monitor/index.html#>.
66. Rio de Janeiro. Maria da Penha Virtual. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro e Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www3.tjrj.jus.br/mariapenhavirtual/>.

6 DISCUSSÃO

Os dois artigos apresentados como resultados do estudo suscitaram algumas percepções sobre a ocorrência da VCM nos 2 anos anteriores à pandemia da COVID-19 e nos 2 primeiros anos de presença do agravo no estado do Rio de Janeiro. Ambos foram elaborados a partir de metodologia quantitativa e do mesmo instrumento: o banco de dados de livre acesso do SINAN de notificações de violência interpessoal/autoprovocada, tendo sido eleitos apenas os registros que se aplicavam ao recorte proposto pelo estudo. Embora os artigos tenham buscado apresentar e discutir o mesmo fenômeno, o foco do primeiro foi a comparação dos dados sociodemográficos entre os biênios analisados, enquanto o segundo propôs uma leitura espacial sobre os registros, pensando as diferenças locais e a importância da estruturação de redes de atendimento às VCM.

No primeiro artigo, dentre as 16 variáveis selecionadas, foram observadas diferenças estatisticamente significativas em 11 delas, entre os biênios 2019-2019 e 2020-2021. Nas variáveis com mais de uma opção de resposta, dentre as 18 disponíveis, 10 foram significativas. Dentre as diferenças significativas entre biênios que mais chamaram atenção foi possível destacar uma pequena mudança em variáveis como raça/cor preta, gestantes, orientação sexual homossexual e bissexual, presença de deficiências/transtornos, local de ocorrência (residência), e suspeita de uso de álcool: houve incremento em todas elas durante a pandemia. Já algumas das variáveis em que não houve mudança significativa no 2º biênio foram a violência de repetição (sim) e o sexo do provável autor (masculino).

Em relação ao segundo artigo, este enfatizou a redução ou o aumento de notificações de VCM na pandemia no recorte para as regiões de saúde, relacionando os dados com a taxa de incidência do agravo e a rede de atenção à saúde e às violências em cada uma delas. Frente aos resultados obtidos, ficou evidente que as desigualdades territoriais e de redes de atenção às violências em geral – e aqui também às VCM – podem dificultar a identificação e notificação de casos; essas desigualdades estão fundadas na construção social, histórica, econômica, e nas representações sociais mais arraigadas. Além disso, apesar do maior percentual de casos de VCM pertencer à Metropolitana I nos dois biênios, a taxa de notificação, calculada em relação à população de mulheres de 18-59 anos residente em cada região, mostrou que as regiões interioranas, como por exemplo a Baía da Ilha Grande (BIG), possui taxas mais altas do que todas as outras regiões. O percentual de unidades de saúde notificadoras de violência em cada região também trouxe um dado importante, tanto em termos de estrutura das unidades quanto à capacitação de profissionais para a inclusão das

notificações como parte de seu processo de trabalho.

Pode-se considerar que os artigos possuem complementariedade entre si, uma vez que os sujeitos e os territórios são atores em constante transformação e inexistem sem o outro, moldando as expressões de violência em diferentes tempos. Como destacou Minayo (2006a), certas violências são “autorizadas” em face dos arranjos socioculturais e dinâmicas de poder estabelecidos em cada local. Esses arranjos e dinâmicas se reconfiguram, tornando o problema da violência mais ou menos brando em certos momentos, mas sabe-se que a questão patriarcal sustenta toda uma gama de violações de direitos de maneira estrutural. Como afirmou Oyewùmí (2021), essas elaborações se deram de maneira diferente em sociedades do oriente e do ocidente, mas tanto a autora como Beauvoir (2019a) chegaram à afirmação de que houve a colocação das mulheres como sujeito “outro” que não poderia ocupar as mesmas posições dos homens.

Relembrando, Davis (2016) e Federici (2019), muito dessa configuração está relacionada à classificação da mulher e da feminilidade como servindo ao cuidado, à casa, à família. O paradoxal é que, no primeiro artigo desse estudo, a residência é o local em que a mulher sofre mais violência e onde houve aumento de violações durante a pandemia (67,1% - 71,1%). Esse parece ser o local mais conveniente para a violação de mulheres, em geral por pessoas do próprio convívio conjugal e familiar. Esse fato também fica evidente com o perfil das VCM encontrados no primeiro artigo, em que a motivação sexismo (50,3% - 58,9%), o vínculo parceiro/a íntimo/a (57,8% - 58,9%) e o sexo masculino (82,6% - 82,5%) foram os mais frequentes nos dois biênios analisados. A violência mais comum continuou sendo a violência física (87,3% - 87,4%), mas a violência psicológica apresentou aumento importante (36,7% - 38,8%), sendo esta uma das formas mais complexas e difíceis de serem identificadas.

Mais adiante, ampliando essas violações, foi possível perceber que os marcadores sociais da saúde estão presentes de forma importante na ocorrência de VCM, uma vez que a grande maioria das mulheres nesse estudo corresponde à população negra (65,9% - 66,5%); além disso, foi observado no primeiro artigo o acréscimo de notificações nessa população e em outros recortes, como mulheres bissexuais (0,9% - 1,2%) e homossexuais (3,1% - 3,3%) e com deficiências/transtornos (5,3% - 6,3%) durante a pandemia. Em estudos que dialogaram com o primeiro artigo, foram destacadas as diversas camadas de opressão observadas nas VCM. Outro dado importante é a falta de qualificação e produção de dados, por exemplo, sobre VCM em população LGBTQIA+ e em pessoas com deficiências, o que dificulta uma visualização estruturada da expressão dessa violência.

Além do passado-presente colonial brasileiro, destacado por Oliveira *et al.* (2020) e Minayo, Assis e Souza (2017), dentre outras autoras, que marginalizaram de forma estrutural a população negra (ALMEIDA, 2019; AKOTIRENE, 2019), outras formas de discriminação também se impuseram em relação a sujeitos que saíam de um padrão normativo esperado. As intersecções, portanto, são muito relevantes para a compreensão mais aprofundada das opressões e configurações de poder em operação (CRENSHAW, 1989). A sensibilidade analítica sobre a discussão das VCM nesse sentido é fundamental para seguir na contramão de apagamentos históricos e para mirar em direção à reprogramação de ações visando o reconhecimento e a redução dessas opressões.

O território também pode traduzir em si desigualdades estruturais, uma vez que ele se interliga com questões socioeconômicas e de oferta de serviços não só da saúde, mas de outros equipamentos de assistência às VCM. Em geral, a organização espacial e a distribuição de recursos e serviços devem atuar no sentido de suprir as demandas de atenção, mas sua ausência pode acabar aprofundando as disparidades de acesso a atendimentos qualificados, indo na direção oposta da equidade em saúde. Foi observado no segundo artigo, por exemplo, que muitas das regiões do interior do estado possuem poucos equipamentos de atenção às VCM, ou poucas unidades de saúde notificadoras de violência, e ao mesmo tempo apresentam altas taxas de notificação de VCM, inclusive mais altas do que as regiões Metropolitana I e Metropolitana II – onde as ofertas de equipamentos são mais amplas.

Esse dado é preocupante por si só e, frente à possibilidade de acesso dificultado aos serviços – como no caso da pandemia –, essa questão pode agravar bastante a vida de mulheres, meninas, idosas e outras pessoas que sofrem violências. Verificou-se, ao longo do estudo, que foram realizadas algumas recomendações de prevenção às VCM, especialmente por órgãos internacionais, como as do *Inter-American Development Bank* (IDB, 2020) e do Comitê Permanente Interagências (IASC, 2020). As recomendações destacaram principalmente a necessidade de mitigar os riscos, investir na eficácia dos serviços, recuperar e avaliar a preparação para possíveis novas emergências e ampliar ações de saúde mental para às mulheres e também aos profissionais a cargo de seu atendimento.

O Brasil, como destacado, não possui até o presente momento uma política de atenção às VCM e outras violências durante pandemias e desastres, o que o deixa em uma posição bastante vulnerável frente a essas ocorrências. A *United Nations Population Fund* (2020) estimou que os avanços no combate às VCM poderiam ser reduzidos em até 1/3 por conta da pandemia, até 2030. Considerando o cenário, provavelmente esses retrocessos estarão em maior evidência nas populações que já se encontram em maior vulnerabilidade e

nas localidades com equipamentos de saúde, de segurança pública e de assistência social mais enfraquecidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos são os desafios postos para a prevenção às VCM, tanto em tempos ordinários quanto em momentos de emergência sanitária e desastres. Como observado neste estudo, o Brasil ainda não possui orientações explícitas e coordenadas frente ao risco amplificado de ocorrência das VCM, seja através de uma política nacional, seja através de recomendações eficazes no momento em que são declaradas emergências sanitárias. Faz-se primordial o investimento de recursos materiais e humanos direcionados a essa demanda.

Além disso, a própria atuação sobre a prevenção das VCM – e das violências em geral – reverbera as complexidades de um agravo intrinsecamente relacionado a fatores sociais, econômicos, políticos e históricos. Recomenda-se que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) seja fortalecida e capilarizada para regiões de mais difícil acesso e com maior fragilidade de redes de atenção ao agravo. Para além disso, também deve-se considerar o uso de estratégias como: a) ampliação das campanhas de informação sobre a VCM e de materiais que explicitem os meios de acesso mais seguros à denúncia, acolhimento e atendimento para a população; b) investimento no trabalho com homens, agressores ou não, nas diversas faixas-etárias, pensando na prevenção e redução da ocorrência das VCM; c) associação de estratégias de cuidado com geração de renda para as mulheres que necessitam sair de suas casas para se afastar do convívio com o/a/s agressores/as, especialmente considerando as dificuldades econômicas que podem ser encontradas durante emergências sanitárias; e d) estruturação de uma política nacional com diretrizes para o atendimento de mulheres em situação de violência durante desastres e pandemias.

O presente estudo encontrou algumas limitações em seu desenho, sendo algumas delas: a) utilização de dados secundários, usualmente sujeitos a equívocos na digitação e preenchimento dos instrumentos; b) pouca qualificação de algumas variáveis analisadas no banco de dados disponibilizado, especialmente as sociodemográficas, o que reflete necessidade de qualificação profissional nesse sentido; c) demora na atualização do banco de dados de acesso aberto e, por conta disso, fez-se necessária a utilização parcial dos dados; d) não aprofundamento teórico de questões referentes às violências sofridas pela população LGBTQIA+, uma vez que incluiu as mulheres transexuais, bissexuais e homossexuais; e e) pouco material disponível sobre o comportamento das VCM nas diferentes regiões de saúde, especialmente do estado do Rio de Janeiro, objeto deste estudo.

Dessa forma, esperou-se contribuir para maior entendimento sobre o comportamento

das VCM antes e durante a pandemia no estado do Rio de Janeiro, destacando o perfil sociodemográfico, o perfil das violências, e as particularidades da redução ou aumento no registro de casos nas 9 regiões de saúde do estado. Os achados possibilitaram a discussão sobre as desigualdades de gênero, socioeconômicas, territoriais, o racismo estrutural, dentre outras vulnerabilidades às quais é preciso debruçar-se a fim de alcançar a sustentabilidade de ações e estratégias intersetoriais e de políticas de saúde a longo prazo. Também é recomendado que essas estratégias sejam pensadas coletivamente, a partir de consultas públicas e envolvimento da sociedade civil e de movimentos sociais que usualmente estão mais próximas da luta diária por um suporte mais adequado às realidades locais.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. Coleção feminismos plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019

ALVAREZ, S. E. Para além da sociedade civil: reflexões sobre o campo feminista. **Cadernos Pagu**, n. 43, p. 13-56, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400430013>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – ALERJ. **Projeto de Lei Nº 2.185, de 25 de março de 2020**. Dispõe sobre a requisição administrativa das propriedades privadas que especifica para o acolhimento e proteção de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, enquanto perdurar a situação de emergência em saúde pública decorrente do novo coronavírus – COVID-19. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/scpro1923.nsf/0c5bf5cde95601f903256caa0023131b/ed6bd65af4ef423403258536005c35a8?OpenDocument&Highlight=0,20200302185&ExpandSection=1>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Nota sobre os 20 anos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. 2021. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-sobre-os-20-anos-da-politica-nacional-de-reducao-de-morbimortalidade-por-acidentes-e-violencias-pnrnav/60546/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO DOS MAGISTRADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - AMAERJ. **Polícia atende Tribunal e cria canal de denúncia de violência no lar**. AMAERJ, 2020. Disponível em: <https://amaerj.org.br/noticias/a-pedido-do-tj-rj-policia-civil-cria-canal-de-denuncia-para-violencia-domestica/#:~:text=Em%20atividade%20desde%20segunda-feira%20%2827%29%2C%20o%20n%C3%BAmero%20197,Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Viol%C3%Aancia%20Dom%C3%A9stica%20e%20Familiar%29%2C%20do%20TJ-RJ>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BAIROS, L. Nossos feminismos revisitados. **Revista Estudos Feministas**, Dossiê Mulheres Negras, v. 3, n. 2, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16462/15034>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas [online]**, 2015, v. 23, n. 2, pp. 501-517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p501>. Acesso em: 15 jun. 2022.

BARBOSA, J. P. M. *et al.* Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempo de pandemia pela COVID-19. 2020. **SciELO Preprints**. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/328/592>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BATISTA, W. M.; MASTRODI, J. Dos fundamentos extraeconômicos do racismo no Brasil. **Revista Direito e Práxis**, v. 9, n. 4, p. 2332-2359, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/30077>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BEAUVOIR, S. de. **O segundo sexo**. Vol. 1: Fatos e mitos. 5. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2019a.

_____. **O segundo sexo**. Vol. 2: A experiência vivida. 5. ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 2019b.

BITAR, M. A. F., LIMA, V. L. de A., FARIAS, G. M. Retratos da violência doméstica contra as mulheres no estado do Pará. **Rev. Bras. Segur. Pública**, v. 15, n. 1, p. 174-191, 2021. Disponível em: <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/1177/390>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei N° 10.714, de 13 de agosto de 2003**. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.714.htm. Acesso em: 05 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-41. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0199.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei N° 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília: Presidência da República, 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. 2011. Disponível em: <https://exposicao.enap.gov.br/items/show/55>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei N° 13.104, de 9 de março de 2015**. Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação N° 4, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública [Internet], Fev. 2020a. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano_contingencia_coronavirus_ms.pdf. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm. Acesso em: 03 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 14.022, de 7 de julho de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, DF, 2020c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14023.htm#art1. Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.282, de 27 de agosto de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2020d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>. Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.561, de 23 de setembro de 2020**. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2020e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>. Acesso em: 3 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 78, de 18 de janeiro de 2021**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2021a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0078_19_01_2021.html. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.077, de 26 de maio de 2021**. Revoga os artigos 14-D, 14-E e 14-F, do Capítulo II do Anexo V e o Anexo 4 do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2021b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1077_27_05_2021.html. Acesso em: 29 jun. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de Lei N° 1.444, de 09 de julho de 2020**. Altera as Leis N°s 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e 13.982, de 2 de abril de 2020, para estabelecer medidas excepcionais de proteção à mulher e a seus dependentes em situação de violência doméstica e familiar durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da pandemia da Covid-19. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1933727.

Acesso em: 29 jun. 2022.

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade [online]**, v. 32, e020015, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240336>. Acesso em: 22 jun. 2022.

CARVALHO, M. M. de; OLIVEIRA, S. S. Aspectos psicossociais em desastres socioambientais de origem geoclimática: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. spe2, pp. 334-352, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E223>. Acesso em: 02 mai. 2022.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA – CNJ. **Campanha Sinal Vermelho**. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/violencia-contra-a-mulher/campanha-sinal-vermelho/>. Acesso em: 25 jun. 2022.

CORTES, L. F. *et al.* Desafios na proteção às mulheres em situação de violência no contexto de pandemia da covid-19. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v19i0.54847>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COUTO, M. C. da, SILVA, E. B. da, SOARES, J. dos S. F., BORTH, L. C. HONNEF, F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso e a acessibilidade à rede de atenção à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.59553>. Acesso em: 05 mar. 2023.

CRENSHAW, K. A Interseccionalidade na Discriminação de Raça e Gênero. **Revista Estudos Feministas**, n. 1, 2002. Disponível em: <https://we.riseup.net/assets/372740/Kimberle-Crenshaw.A-interseccionalidade..de-raza-y-geCC80nero.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2022.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEMENECH, L. M. *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200095, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100209&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mar. 2022.

DESLANDES, S. F. A violência como realidade e desafio aos serviços de saúde. *In*: DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 11-25. (Antropologia & Saúde). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/r7pjf/pdf/deslandes-788575415283-02.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2023.

DINIZ, D. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046316>. Acesso em: 10 mar. 2022.

EVARISTO, Conceição. Poemas da recordação e outros movimentos. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FACCHINI, R.; FERREIRA, C. B. C. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. **Ciência e Cultura**, v. 68, n. 3, p. 04-05, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602016000300002>. Acesso em: 27 mar. 2022.

FORNARI, L. F. *et al.* Violência doméstica contra a mulher na pandemia: estratégias de enfrentamento divulgadas pelas mídias digitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. supl. 1, p. e20200631, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0631>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Violência doméstica durante a pandemia da COVID-19**. Edição 2. [S. l.]: FBSP, 2020a. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Violência doméstica durante a pandemia da COVID-19**. Edição 3. [S. l.]: FBSP, 2020b. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v2.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020**, ano 14, 2020c. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021**, ano 15, 2021. Disponível em: <https://www.bibliotecadeseguranca.com.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-brasileiro-de-seguranca-publica-2021.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**, ano 16, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=4>. Acesso em: 15 ago. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**: violência doméstica e familiar na COVID-19. Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-e-familiar-na-Covid-19.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. **Como diminuir as desigualdades de gênero na pandemia**: o plano de resposta à pandemia deve incluir perspectiva crítica de gênero e raça. Brasília: Fiocruz, 2021. (Gender & Covid-19). Disponível em: https://impactosocialdacovid.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/PAC00431_Gender-Covid-19-Policy-Brief-Brazil-4-1-1.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

GARCIA-GONZALEZ, D. E.; AHEDO, A. F. R. Trascender la violencia de género desde el reconocimiento ético: un diálogo entre la filosofía y la empiria en contextos migratorios. *Universum*, v. 32, n. 1, p. 77-94, jul. 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762017000100077>. Acesso em: 24 sept 2022.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, v. 368, n. 9543, 2006. Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)69523-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69523-8/fulltext). Access in: 24 Sept. 2021.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, p. 223-244, 1984. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2523992>. Acesso em: 24 set. 2021.

GRAGNANI, J. **Por que o coronavírus mata mais as pessoas negras e pobres no Brasil e no mundo**. BBC Brasil, Jul. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53338421>. Acesso em: 26 set. 2022.

HAN, B. **Topologia da violência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, Jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2021.

HOOKS, B. **O feminismo é para todo mundo**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Rio de Janeiro**. Cidades e Estados, 2022. Disponível em: <https://ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>. Acesso em: 16 mar. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Panorama Brasil**. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 16 mar. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Atlas da violência 2020**. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=36488. Acesso em: 16 mar. 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. **Atlas da violência 2021**. Brasília: IPEA, 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 23 mai. 2023.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA – ISP. **Dossiê Mulher 2019**. Rio de Janeiro: ISP, 2019. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf. Acesso em: 23 mai. 2023.

INSTITUTO DE SEGURANÇA PÚBLICA – ISP. **Monitor da Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher no Período de Isolamento Social**. Rio de Janeiro: ISP, 2020. Disponível em: <http://www.ispvisualizacao.rj.gov.br/monitor/index.html#>. Acesso em: 23 mai. 2023.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE – IASC. **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19**. Guia Preliminar. V. 1.5, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>. Acesso em: 23 mai. 2021.

INTER-AMERICAN DEVELOPMENT BANK – IDB. **Violence against women (vaw) in the context of covid-19: Lessons and tools for Latin America and the Caribbean**. Mar. 2020. Available in: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Violence-Against-Women-VAW-In-The-Context-Of-Covid-19-Lessons-and-Tools-For-Latin-America-And-The-Caribbean.pdf>. Access in: 23 May. 2021.

KRUG, E. G. *et al.* (ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2021.

LEMONS, V. **Ministério Público do Trabalho analisa morte de doméstica no RJ após patroa ter coronavírus**. BBC Brasil, Mar. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-51982465>. Acesso em: 23 mai. 2021.

LESLIE, E.; WILSON, R. Sheltering in place and domestic violence: Evidence from calls for service during COVID- 19. **Journal of Public Economics**, v. 189, 2020. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0047272720301055>. Access in: 23 May. 2023.

LIMA, L. D. de. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. *et al* (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

LINDE, A. R.; SIQUEIRA, C. E. Women’s lives in times of Zika: mosquito-controlled lives?. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 5, 2018. Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178917>. Access in: 23 Sep. 2022.

LIRA, M. O. de S. *et al.* Repercussões da COVID-19 no cotidiano da mulher: reflexões sob o olhar sociológico de Michel Maffesoli. **Enferm. Foco (Brasília)**, v. 11, n. 2 esp, pp. 231-235, dez. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4112/1011>. Acesso em: 02 fev. 2022.

LOYOLA, M. A. Covid-19: uma agenda de pesquisa em torno das questões de gênero.

Physis: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 30, n. 03, e300312, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300312>. Acesso em: 02 fev. 2022.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, Set/Out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2014000300013>. Acesso em: 04 ago. 2022.

MARCOLINO, E. de C. *et al.* O distanciamento social em tempos de Covid-19: uma análise de seus rebatimentos em torno da violência doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, n. Supl. 1, e200363, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200363>. Acesso em: 04 ago. 2022.

MARQUES, E. S. *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 4, e00074420, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, v. 23, n. Suppl 01, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>. Acesso em: 04 ago. 2022.

MASSON, V. L. Disasters, Climate Change, and Violence Against Women and Girls. **Natural Hazard Science**, 2022. Available in: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199389407.013.393>. Access in: 07 Aug. 2022.

MEDRADO, B. *et al.* Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 01, pp. 179-183, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>. Acesso em: 04 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a. (Coleção Temas em Saúde).

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, supl. p. 1259-1267, 2006b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. **Cecília Minayo: ‘A violência contra a mulher é infinitamente maior que a registrada no cotidiano’**. [Entrevista concedida ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes]. Cebes, 2013. Disponível em: <http://cebes.org.br/2013/11/cecilia-minayo-a-violencia-contra-a-mulher-e-infinitamente-maior-que-a-registrada-no-cotidiano/>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G. (org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, p. 39-61.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e

de ação coletiva. **História, Ciência, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>. Acesso em: 04 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 04 nov. 2022.

MOURA, L. B. A. *et al.* Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, **Rev. de Saúde Pública**, v. 43, n. 6, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8G54ZFwvFgLQsQtmKtFvtYt/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MULDOON, K.A. *et al.* COVID-19 pandemic and violence: rising risks and decreasing urgent care-seeking for sexual assault and domestic violence survivors. **BMC Med**, v. 19, n. 20, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01897-z>. Access in: 04 Aug. 2022.

NJAINE, K.; ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P (Orgs.). **Impactos da Violência na Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

NOAL, D. da S. *et al.* Capacitação nacional emergencial em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19: um relato de experiência. **Saúde debate**, v. 44, n. 4 (especial), Dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Rn6J3Ky4PS7FgX9BYy3w7Tm/?lang=pt> . Acesso em: 25 ago. 2021.

OLIVEIRA, R. G. de. *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. Ensaio. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QvQqmGfwsLTFzVqBfRbkNRs/>. Acesso em: 25 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 04 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa: Violência contra as mulheres**. Nov. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 16 nov. 2021.

ORNELL, F. *et al.* Violência doméstica e consumo de drogas durante a pandemia da COVID-19. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 3-11, jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 dez. 2021.

OYEWÙMÍ, O. **A invenção das mulheres: construindo um sentido africano para os discursos ocidentais de gênero**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.

PERU. Congreso de la República. **Decreto Legislativo N. 1.470 - Decreto Legislativo Que Establece Medidas Para Garantizar La Atención Y Protección De Las Víctimas De**

Violencia Contra Las Mujeres Y Los Integrantes Del Grupo Familiar Durante La Emergencia Sanitaria Declarada Por El Covid-19. Abr., 2020. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9qcsq>. Acceso en: 16 nov. 2021.

PETERMAN, A. *et al.* **Pandemics and violence against women and children**. Vol. 528, 2020. Washington, DC: Center for Global Development.

PINHEIRO, R. *et al.* Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação [online]**, 2014, v. 18, suppl 1, pp. 1125-1133. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0375>. Acesso em: 16 nov. 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia [online]**, 2020, v. 23, n. Suppl 01, e200006.SUPL.1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200006.supl.1>. Acesso em: 16 nov. 2021.

PIQUERO, A. R. *et al.* Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. **Journal of Criminal Justice**, v. 74, 2021. Available in: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004723522100026X>. Access in: 20 Feb. 2023.

PIRNIA, B.; PIRNIA, F.; PIRNIA, K. Honour killings and violence against women in Iran during the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 10, e60, 2020. Available in: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30359-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30359-X/fulltext). Access in: 10 Dec. 2021.

REIGADA, C. L. de L.; SMIDERLE, C. de A. S. L. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. **Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]**, v. 16, n. 43, abr 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2535>. Acesso em: 23 fev. 2022.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. Coleção feminismos plurais. São Paulo: Sueli Carneiro; Editora Jandaíra, 2020.

RIBEIRO-JUNIOR, M. A. F. *et al.* Estado atual do trauma e violência em São Paulo - Brasil durante a pandemia de COVID-19. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias [online]**, v. 48, e20202875, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202875>. Acesso em: 01 fev. 2022.

RIO DE JANEIRO. **Lei Nº 8.856, de 29 de maio de 2020**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/DECRETO-N-47.100-DE-29-DE-MAIO-DE-2020.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2022.

RODRIGUES, N. C. P. *et al.* The increase in domestic violence in Brazil from 2009-2014. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 9, Sept 2017. Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.09902016>. Access in: 01 Feb. 2023.

RUSSO, A. *et al.* Imaging of Violence Against the Elderly and the Women. **Seminars in Ultrasound, CT and MRI**, Volume 40, Issue 1, 2019, p. 18-24, ISSN 0887-2171. Available in: <https://doi.org/10.1053/j.sult.2018.10.004>. Access in: 01 Feb. 2022.

SANTOS, D. F. *et al.* Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala. **SciELO Preprints**, jul. 2020a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.900>. Acesso em: 01 fev. 2022.

SANTOS, I. B. dos *et al.* Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 5, pp. 1935-1946, mai. 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.19752018>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SANTOS, J. V. T. do. A violência simbólica: o Estado e as práticas sociais. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 108, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/rccs.6169>. Acesso em: 20 dez. 2021.

SARDINHA, L. *et al.* Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. **Lancet**, n. 399, p. 803-813, 2022. Available in: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7). Access in: 01 Feb. 2022.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, out. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS DO RIO DE JANEIRO – SEASDH/RJ. **Norma Técnica de Padronização para Abrigamento e Funcionamento das Casas-abrigo do Estado do Rio de Janeiro**. 2011. Disponível em: [http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditaImprensa/arquivos/uploads/norma_tecnica_padronizacao_abrigo_fundamento_casas_abrigo_2011\[1\]%20\(1\).pdf](http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditaImprensa/arquivos/uploads/norma_tecnica_padronizacao_abrigo_fundamento_casas_abrigo_2011[1]%20(1).pdf). Acesso em: 05 mar. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS DO RIO DE JANEIRO – SEASDH/RJ. Conselho Estadual dos Direitos da Mulher – CEDIM. **Equipamentos de Atendimento à Mulher em situação de Violência Doméstica e Familiar**. Relação do Estado do Rio de Janeiro. 2022. Disponível em: http://www.cedim.rj.gov.br/anexos/2022-02-10_RedeAtendimento_RJ.pdf. Acesso em: 05 fev. 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. Assessoria de Regionalização. **O processo de Regionalização no Estado do Rio de Janeiro**. [2017]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/assessoria-de-regionalizacao/sobre-a-regionalizacao/2017/04/o-processo-de-regionalizacao-no-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Nota Técnica SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 01/2020**. Orientações quanto à atuação do nasf-ab no contexto de pandemia COVID-19. 2020a. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI1MTk%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Nota Técnica ATSM/SAPS/SGAIS/SES-RJ N° 03/2020**. Atenção à saúde sexual e reprodutiva no contexto de pandemia do novo coronavírus (COVID-19). 2020b. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzI4NDk%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência**. 2020c. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzA4MzI%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Plano Estadual de Saúde – Rio de Janeiro 2020-2023**. 2020d. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDI1NTY%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região da Baía da Ilha Grande**. 2020e. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNjk%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região da Baixada Litorânea**. 2020f. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzA%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul**. 2020g. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzE%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região do Médio Paraíba**. 2020h. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzI%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Metropolitana I**. 2020i. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzM%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Metropolitana II**. 2020j. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzU%2C>. Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico**

de Saúde da Região Noroeste. 2020k. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzc%2C>.

Acesso em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Norte**. 2020l. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzc%2C>. Acesso

em: 05 fev. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Serrana**. 2020m. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzc%2C>. Acesso

em: 05 fev. 2022.

SEGATO, R. L. Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres. **Soc. estado.**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 341-371, ago. 2014. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200003&lng=en&nrm=iso)

[69922014000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso en: 10 nov. 2022.

SERPELONI, F. *et al.* Violência Doméstica e Familiar na Covid-19: capacitação emergencial on-line durante a pandemia. *In*: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (Eds.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 361-371. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5.

Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0025>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SILVA, A. F. da, *et al.* Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 9, pp. 3475-3480, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16132020>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SOUSA, A. R. *et al.* Pessoas lgbti+ e a covid-19: para pensarmos questões sobre saúde.

Rev. Baiana Enferm., v. 35, 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36952>. Acesso em: 20 mai.

2022.

SOUSA, I. N.; SANTOS, F. C. dos; ANTONIETTI, C. C. Fatores desencadeantes da violência contra a mulher na pandemia covid-19: revisão integrativa. **Rev. de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/679>. Acesso em: 20 mai.

2022.

SOUZA, E. R. *et al.* Violência Estrutural e Covid-19. **Abrasco: GT Violência e Saúde - Especial Coronavírus**, maio de 2020, 5p. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41350>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SOUZA, V. S. **O homo faber segundo Hannah Arendt**. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14051/1/2013_ViniciusSilvaSouza.pdf. Acesso

em: 13 ago. 2021.

THURSTON, A. M.; STÖCKL, H.; RANGANATHAN, M. (2021). Natural hazards, disasters and violence against women and girls: a global mixed-methods systematic review. **BMJ global health**, v. 6, n. 4, 2021. Available in: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004377>. Access in: 20 Aug. 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – TJRJ. **Aplicativo Maria da Penha permite concessão mais rápida de medidas protetivas**. PJERJ, 2020. Disponível em: <https://portaltj.tjrj.jus.br/web/guest/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5111210/7694809>. Acesso em: 15 mai. 2021.

TRUE, J. Gendered violence in natural disasters: Learning from New Orleans, Haiti and Christchurch. **Aotearoa New Zealand Social Work**, v. 25, n. 2, 2013. Available in: <https://anzswjournal.nz/anzsw/article/view/83>. Access in: 20 Aug. 2022.

UNITED NATIONS POPULATION FUND – UNFPA. **Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage**. 2020. Available in: <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>. Access in: 20 Aug. 2022.

VIANA, A. L. D. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf. Acesso em: 15 mai. 2021.

VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. (Política, planejamento e gestão das regiões e redes de saúde no Brasil). **Saúde e Sociedade [online]**. 2015, v. 24, n. 2, pp. 413-422. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>. Acesso em: 15 mai. 2021.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, e200033, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2021.

WENHAM, C. *et al.* Women are most affected by pandemics: lessons from past outbreaks. **Nature**, 583, 194-198, 2020. Available in: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z>. Access in: 18 Jan. 2022.

WOLFF, C. S. *et al.* Pandemia na necroeconomia neoliberal. **Revista Estudos Feministas [online]**, v. 28, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n274311>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. ISBN 978 92 4 156462 5. Geneva, 2013. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>. Access in: 18 Jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Violence Against Women Prevalence Estimates**, 2018. Geneva, 2021. ISBN 978-92-4-002225-6 (electronic version). Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Access in: 18 Jan. 2022.

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA DO SINAN (2015)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09	
	3 Data da notificação				
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			
Notificação Individual	10 Nome do paciente		11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor	
	16 Escolaridade	17 Número do Cartão SUS	18 Nome da mãe		
	19 UF		20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	29 CEP		
30 (DDD) Telefone		31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)		
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação		
	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual		37 Identidade de gênero:		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?				
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência		50 Zona	51 Hora da ocorrência	
	52 Local de ocorrência		53 Ocorreu outras vezes?		
	54 A lesão foi autoprovocada?				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pomografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros _____	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____
69 Data de encerramento _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			