

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO ESTADO DE SÃO PAULO: O PERFIL DAS VÍTIMAS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

VIOLENCE AGAINST WOMEN IN THE STATE OF SÃO PAULO: THE PROFILE OF THE VICTIMS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Danilo Nogueira Evangelista

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
daniloevangelista@estudante.ufscar.br

Thiago Mazzu-Nascimento

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
thiagomazzu@gmail.com

Dolors Rodríguez-Martín

Universitat de Barcelona (UB) - Departament Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica - Miembro del Grupo de Investigación Consolidado en Género, Identidad y Diversidad (2017SGR-1091) de la Universitat de Barcelona
dolorsrodriguezmart@ub.edu

Mariana Negri

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
ma.negri.pereira@gmail.com

Uliana Pereira da Silva Lisboa

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
uli.lisboa@gmail.com

Amanda Soares Sousa

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
ssousa.amanda@gmail.com

Obeedu Abubakar

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina
obeeduabubakar001@gmail.com

Giovanni Gurgel Aciole

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Departamento de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC/UFSCar)
giovanni@ufscar.br

RESUMO

A violência contra a mulher é um problema de saúde e de segurança públicas. O presente artigo é resultado de um estudo do perfil das mulheres vítimas de violência doméstica no estado de São Paulo, por meio de dados da Secretaria da Segurança Pública do estado de São Paulo (SSP/SP) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) entre março de 2020 a fevereiro de 2021. A análise dos dados coletados revela a necessidade de ações públicas que antecipem a violência e que previnam os casos que poderiam ser evitados, principalmente em um período em que as fragilidades sociais estão ainda mais expostas. Para isso, é importante que a mulher que é vítima seja encorajada a denunciar e encontre espaços e serviços de acolhimento, escuta e proteção. Nesse sentido, os meios digitais e ferramentas tecnológicas, como aplicativos de *smartphone*, representam importantes canais de denúncia que podem ajudar a conter esses casos de violência.

Palavras-chave: Femicídio. Infecções por Coronavírus. Isolamento Social. Saúde pública. Violência contra a Mulher.

Recebido em: 14/06/2021
Aceito para publicação em: 31/10/2021.

ABSTRACT

Violence against women is a public health and safety problem. This article is the result of a study of the profile of female victims of domestic violence in the state of São Paulo using data from the São Paulo State Department of Public Security (SSP/SP), and from the Informatics Department of the Unified Health System (DataSUS), between March 2020 to February 2021. The analysis of the data collected reveals the need for public actions that anticipate violence and that could help to prevent cases, especially in a period when social weaknesses are even more exposed. For this, it is important that the victims are encouraged to report and find adequate spaces and services for reception, listening and protection. In this sense, digital media and technological tools, such as smartphone applications, represent important reporting channels that can help to contain these cases of violence.

Keywords: Femicide. Coronavirus Infections. Public Health. Social Isolation. Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país que possui inúmeras iniquidades sociais e de gênero, permeadas pelo racismo e machismo estruturais. A estrutura social brasileira é essencialmente racista, pois, na totalidade dos espaços, há indivíduos negros em condições de inferioridade, expressas por meio da falta do cumprimento de direitos sociais adquiridos, violência policial e institucional e/ou supressão de características culturais próprias. Essas formas de submissão étnica foram pouco alteradas ao longo do tempo e estão distantes de serem eliminadas do cerne da sociedade brasileira (BATISTA, 2018).

Somado ao racismo, a trajetória de domínio do patriarcalismo e o silenciamento secular das mulheres brasileiras não fugiu à regra mundial, que contabiliza uma a cada três mulheres sendo vítimas de violência – emocional/psicológica, física e/ou sexual – por parte de seu companheiro ou ex-companheiro (WHO, 2021). No Brasil, a formação da sociedade é baseada no modelo patriarcal, escravista e latifundiário que é advindo do período colonial, base da nossa organização familiar. Após a transição de sua forma escravocrata para utilização de mão de obra imigrante, houve uma maior distribuição espacial da população brasileira, alterações no mercado de trabalho e surgimento de novas indústrias. Entretanto, apesar das mudanças econômicas e sociais, o patriarcalismo continuou intrínseco à sociedade por meio da vida e da política, apresentando-se como coronelismo, clientelismo e protecionismo social (NARVAZ, COLLIER; 2006).

No estado de São Paulo, o modelo político adotado pela elite cafeeira favoreceu o crescimento urbano e a imigração, modificando econômica e socialmente a capital, as regiões do interior e litoral produtoras de café, tais como: Vale do Paraíba e Litoral Norte, Sorocaba, Alta Sorocabana, Baixa Sorocabana, Central, Mogiana, Paulista, Araraquarense, Noroeste, Santos e Litoral Sul (COLISTETE, 2015). A formação socioespacial paulista foi sendo modificada com o processo de urbanização e estruturação das redes urbanas, com transformações no espaço geográfico local e regional. Tais modificações contemplaram alterações que se estenderam desde grandes centros urbano-industriais até cidades de pequeno e médio porte no interior paulista (BASTOS; CASARIL, 2016; FERREIRA; SANCHES, 2010).

A partir desse desenvolvimento, novas oportunidades de emprego surgiram e as mulheres, aos poucos, foram sendo inseridas no mercado de trabalho. Contudo, além de contribuir para a renda familiar, elas continuaram exercendo atividades domésticas (responsáveis pela limpeza, alimentação/cuidado do marido e filhos), funções para as quais haviam sido socializadas e educadas. A manutenção dessa sociedade machista mostrava, mais uma vez, que apesar das mudanças ocorridas, o privilégio masculino se manteve e é representado na figura do homem como chefe de família (SAMARA, 2002).

A partir da década de 1970, teve início um expressivo movimento pela defesa da vida das mulheres e punição dos crimes cometidos contra elas, com a criação da primeira Delegacia de Defesa da Mulher em 1985 (DDM) (DE SOUZA, L.; CORTEZ, 2014). Entre as principais conquistas jurídicas desde então, já no início do século XXI, estão a Lei Maria da Penha (Lei Nº 11.340) e a Lei do Femicídio (Lei Nº 13.104). A primeira foi criada em 7 de agosto de 2006, na intenção de prevenir, punir e erradicar a

violência contra a mulher (SOUZA, 2015), enquanto que a segunda altera o Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 e tipifica o crime de feminicídio como hediondo (SOUZA, 2018).

Apesar destes avanços legais, no nosso país, uma mulher é morta a cada 2 horas, colocando-nos, em 2015, na 5ª posição em número de feminicídios em um ranking de 83 países; ocorre ainda, de acordo com as estatísticas oficiais, um estupro a cada oito minutos. A maioria desses crimes é cometida dentro das residências das vítimas por pessoas íntimas, destacando-se parceiros e ex-parceiros (DE MACEDO BERNARDINO et al., 2016) e o uso de força física, armas de fogo e objetos perfurocortantes como principais meios de agressão (DE MELLO AMARAL et al., 2016). Durante o decênio de 2007 a 2017 foi contabilizado um aumento dos registros de feminicídios no Brasil, alcançando a proporção de 4,7 homicídios para cada 100 mil mulheres em 2017 (WAISELFSZ, 2016). O estado de São Paulo, especificamente, revela uma proporção de 2,2 por 100 mil mulheres (BRASIL, 2019).

Os impactos da violência contra as mulheres não se restringem a elas, visto que a atmosfera de preocupação e agressões pode atingir todo seu entorno (família e sociedade). A agressão sexual, física e, em sua extremidade, o feminicídio são normalmente precedidos por um processo gradual de ofensas e inúmeros ataques psicológicos que podem instaurar um ambiente de medo e insegurança, afetando as mulheres que são vítimas e seus familiares, em especial, os filhos pequenos e adolescentes (SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013).

A violência contra a mulher é observada em todas as faixas etárias e classes sociais e muitos são os empecilhos que se interpõem às denúncias. Alguns exemplos são: ameaças, questões financeiras, impunidade, medo, fatores emocionais e psicológicos, temor de constrangimentos, etc. Outro fator relevante que pode desmotivar a vítima a denunciar é o despreparo e o preconceito dos profissionais da segurança pública que as atendem. Por vezes, estes insinuam que a mulher tenha propiciado o delito em virtude de seu comportamento ou vestimenta, expressão de um comportamento preconceituoso que, na maioria das vezes, busca culpabilizar a vítima (GARBIN et al., 2006).

Não raro, o perfil do homem agressor não fica evidente em ambientes laborais e círculo de amigos. Contudo, ele se evidencia no âmbito familiar, uma vez que a sociedade legitima o poder masculino sobre a mulher e filhos, favorecendo a manutenção da violência machista. Além disso, embora mulheres de variados níveis socioeconômicos sofram com a violência de gênero, as mais vulneráveis, neste aspecto, muitas vezes não denunciam em decorrência da dependência financeira ao agressor, enquanto que as mais favorecidas socioeconomicamente se calam para evitar escândalos e divisões patrimoniais. Nesse sentido, é importante destacar que o fato de a maioria das publicações sobre violência de gênero contemplar pessoas de camadas menos favorecidas não necessariamente revela que as mulheres mais pobres sofram violência em maior proporção, mas que elas reagem à violência de forma mais explícita, tornando-se mais visíveis. Já as mulheres que são vítimas de classe média e alta optam, muitas vezes, por manterem o sigilo e as agressões ocorrem de forma mais velada (CUNHA, 2008; GARBIN et al., 2006).

Durante a pandemia de COVID-19, com a situação de confinamento domiciliar e distanciamento social, um aumento nos casos de violência doméstica pode ser esperado e parece estar ocorrendo. De fato, de acordo com a ONU, nesse contexto atual da crise sanitária, estamos vivendo uma “pandemia oculta” de violência contra as mulheres (UN, 2021). A interrupção de inúmeras modalidades de serviços, bem como o trabalho remoto, devido à recomendação de distanciamento social para evitar a rápida propagação do novo vírus (NIUD; XU, 2020), podem favorecer a ocorrência de casos de agressões contra mulheres (CAMPBELL, 2020; VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). A vítima passa a conviver mais tempo com o agressor, o que pode dificultar a tomada de decisão não só de denunciar, mas também de buscar expor e explicar a alguém do seu ambiente de vivência ou a profissionais de saúde (enfermeiras, médicos, assistentes sociais, etc.) que ela se encontra em situação de violência. Além disso, dificulta a formação de redes de apoio, com pessoas da comunidade, que é uma importante ferramenta de apoio psicossocial que encoraja a vítima a denunciar e fornece suporte após as denúncias (USHER et al., 2020). Segundo dados do canal de denúncia do Ligue 180, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no primeiro mês de distanciamento social (março/2020), houve um aumento de cerca de 17% das denúncias de violência contra a mulher (MARQUES et al., 2020).

Ao considerar a formação socioespacial brasileira e a pandemia, é possível notar a distribuição dos casos de COVID-19 no território brasileiro como resultado do desenvolvimento desigual capitalista, contribuindo para novas desigualdades no território. A estrutura espacial do país favoreceu uma distribuição da doença em regiões mais populosas, tal como, Rio de Janeiro e São Paulo, que, apesar de suas altas densidades técnico-científico-informacionais, possuem maiores contrastes sociais, coexistindo alto desenvolvimento tecnológico e grandes vulnerabilidades, incluindo maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Regiões que estão ligadas a grandes centros urbanos, por malhas rodoviárias ou pela migração pendular, também se incluem na distribuição dos casos. Além disso, existem numerosos casos registrados na faixa litorânea, região inicialmente povoada no território brasileiro. Cabe ressaltar que, além da distribuição de indicadores epidemiológicos clássicos, como, por exemplo, morbimortalidade, é de suma importância a compreensão socioespacial da distribuição dos casos e do impacto das desigualdades já instaladas perante esse processo (PARADA; RODRIGUES, 2020).

Diante desse contexto, este artigo se propôs a analisar as características das mulheres que foram vítimas de violência de gênero no estado de São Paulo no período de 2020 a 2021 (até o mês de março, compreendendo grande parte do período pandêmico da COVID-19) e os reflexos dessa questão de saúde e segurança públicas. Busca-se, assim, compreender as diferenças e/ou semelhanças das vítimas paulistas em relação às do restante do Brasil, o número de internações e os consequentes custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido às agressões contra essas mulheres. Por fim, propostas para o enfrentamento desse problema são apresentadas e reforçadas, considerando as ofertas tecnológicas disponíveis.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico e exploratório dos dados sobre casos de feminicídio e de agressões a mulheres nos municípios do estado de São Paulo realizado utilizando as seguintes informações do Portal Transparência, da Secretaria da Segurança Pública do estado de São Paulo (SSP/SP): número de registros, idade, escolaridade, cor, profissão, estado civil e tipo de relacionamento, no período de março de 2020 (início a partir do dia 24 de março de 2020, começo do isolamento social, e do avanço da pandemia no Brasil) a fevereiro de 2021. Desse mesmo banco de dados foram extraídas informações dos tipos de agressões registradas no estado pela SSP/SP.

Foi realizada, também, uma busca no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), acessando o endereço (<http://datasus.saude.gov.br>), por informações sobre: internações, óbitos devido às agressões para o mesmo período, de março de 2020 a fevereiro de 2021, por local de residência, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID-10, Agressões X85-Y09 e Y87). O Site da Fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, São Paulo) foi consultado para retirar informações populacionais (produtos.seade.gov.br).

O panorama de presença de feminicídios e internações por agressões dos municípios do estado de São Paulo foi elaborado no formato de mapas, estimando-se também a taxa de prevalência (frequência acumulada de casos na população total sob risco), no período observado, de violência contra a mulher no estado (internações SUS, violência total SSP: tentativa de homicídio, lesão corporal dolosa, ameaça, estupro consumado e tentado, calúnia-injúria-difamação) no período pandêmico, em regiões delimitadas, como capital e interior e região metropolitana de São Paulo (RM São Paulo), obtendo uma visão geral do estado. A maneira como foi extraída a taxa de prevalência dos agravos fica exposta a seguir:

$$Prevalência(P) = \frac{\text{Indivíduos afetados em um determinado momento(pandemia)}}{\text{População total sob risco}} \times 10^n$$

Os dados coletados foram expressos em gráficos e tabelas construídas por meio do Microsoft® Excel®; os mapas foram elaborados a partir do software livre TabWin versão 4.15 em sincronia com os dados do DataSUS. Os resultados foram discutidos com auxílio da literatura e da experiência clínica dos autores, por meio de abordagem compreensiva e interpretativa.

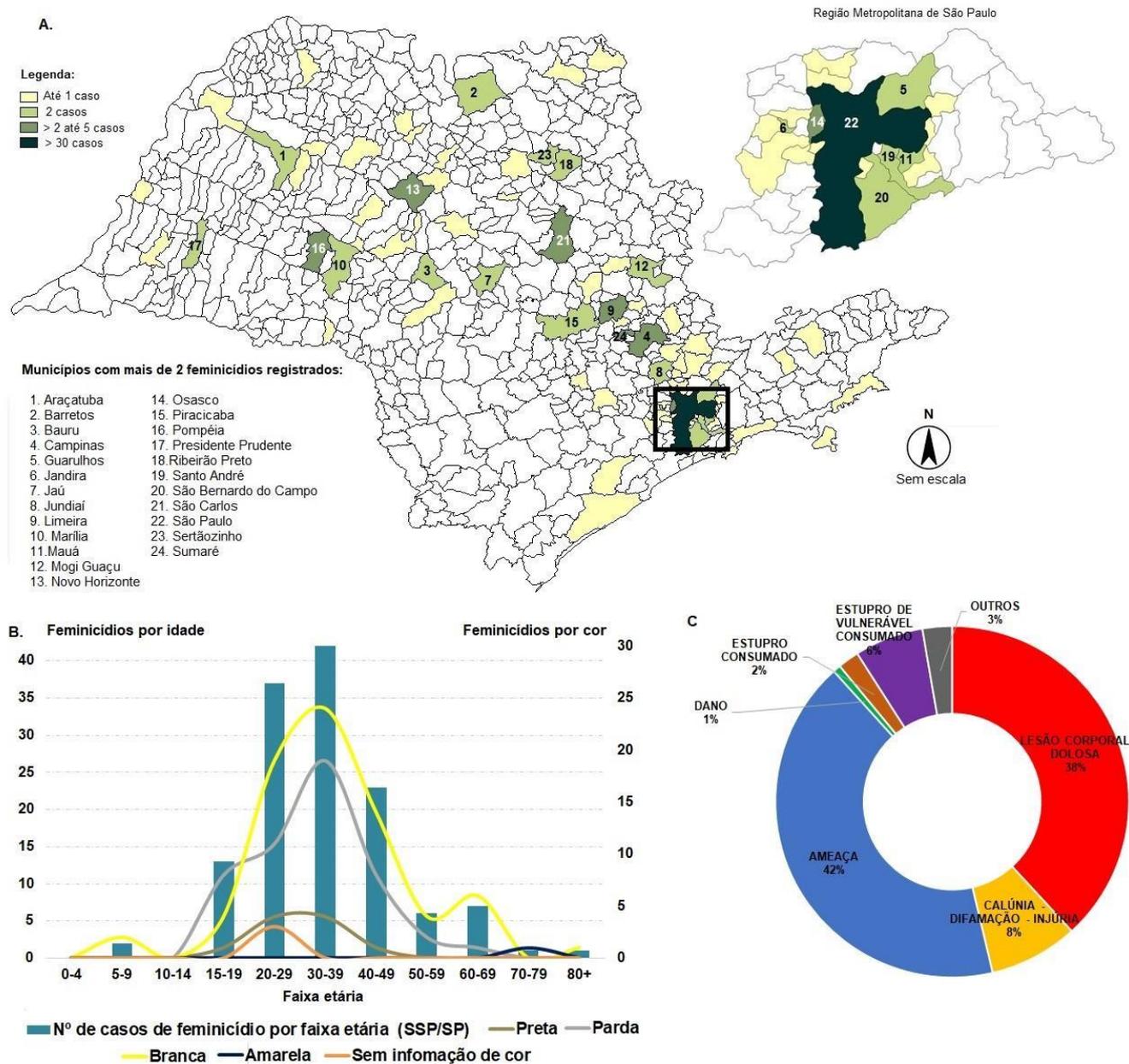
RESULTADOS

A figura 1.A representa a distribuição municipal dos casos de feminicídio pelo estado de São Paulo durante a pandemia da COVID-19. É possível notar elevada prevalência nos municípios que possuem maiores populações, como os pertencentes à RM de São Paulo e demais regiões equivalentes. O interior do estado, porém, também apresenta grande presença de casos. Os municípios com os maiores valores são, do maior para o menor: São Paulo, Sumaré, Campinas, Limeira, Novo Horizonte, Osasco, Pompéia e São Carlos. Os demais municípios apresentaram 1 ou 2 casos durante a pandemia. Das regiões administrativas paulistas, apenas a região de Itapeva não apresentou feminicídios no período em análise.

Ainda na figura 1, o gráfico C demonstra as principais formas de agressões registradas pela SSP/SP. É destaque nesse período, as formas de violência como ameaça foram 42% (54.615 casos), lesão corporal dolosa, 38% (49.414 casos), calúnia- injúria- difamação, 8% (10.402 casos). Merecem destaque também: estupro consumado, 2% (2.600 casos); estupro de vulnerável consumado, 6% (7.802 ocorrências) e dano, sendo 1% (1.300 casos). Demais formas de violência contra a mulher aparecem em “outros”, registrando 3%, cerca de 3.904 casos, das formas de violência (invasão de domicílio, constrangimento ilegal, maus tratos). Esses valores sobre violência contra a mulher incluem os feminicídios e homicídios dolosos.

Ao analisar os registros de feminicídios por faixa etária, observa-se maior incidência na faixa dos 30 aos 39 anos, representando 34% do total de registros (Figura 1. B) Sobre a variante cor, nos registros das SSP, a cor branca corresponde a 52,5% casos de feminicídio (74 casos); seguido pelas mulheres que são vítimas de cor parda, 34,7% (49 casos); preta, 7% (10 casos); e uma de cor amarela, 0,7%. A cor da mulher que é vítima não constava em 5,1% dos boletins de ocorrência (7 casos). Os dados dos registros disponibilizados pelo Portal Transparência SSP/SP contabilizaram 171 feminicídios e permitiram estimar o perfil das mulheres que são vítimas paulistas desse crime durante a pandemia, por meio de boletins de ocorrência (144 boletins) disponibilizados publicamente.

Figura 1 – Dados da SSP/SP, mapa de feminicídios (A), perfil das vítimas de feminicídio e tipos de agressões registrados pela segurança pública

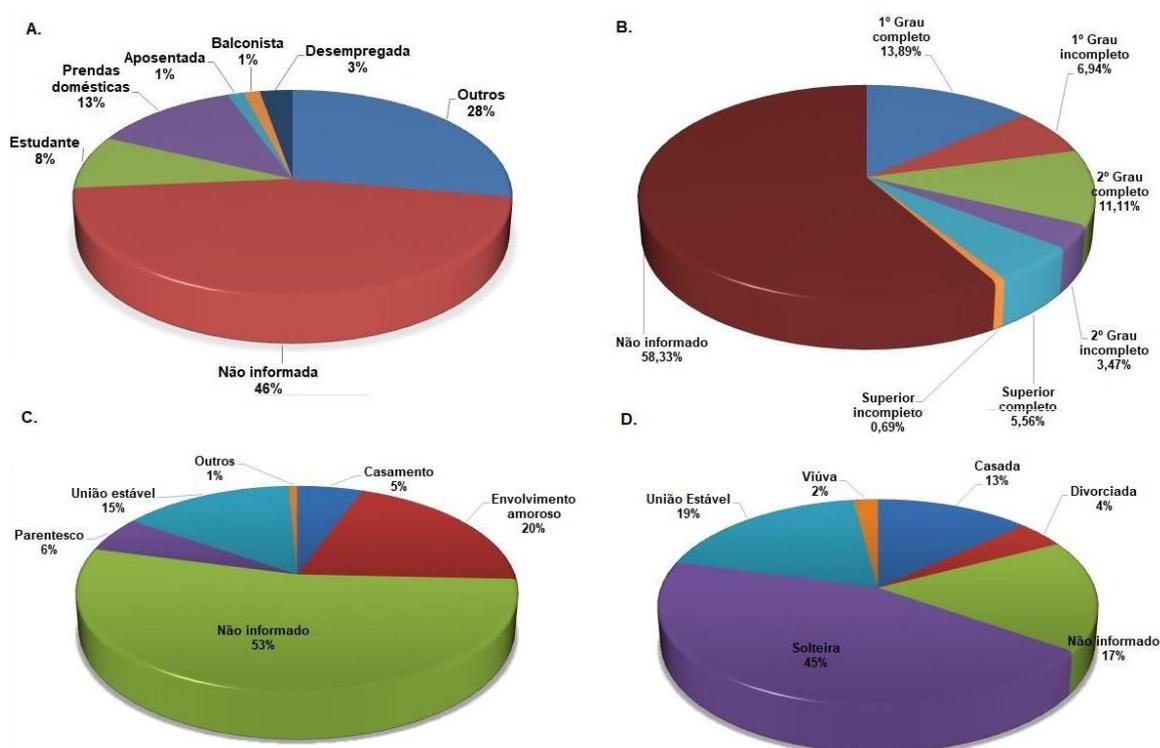


Fonte: SSP/SP. Disponível em: indicadores de transparência (www.ssp.sp.gov.br/estatistica/violenciamulher.aspx). N feminicídios = 144, por meio de acesso ao boletim de ocorrência, 7 sem registro de idade e cor. N de tipos de agressões = 130.037 incluindo feminicídios. Gráficos e mapas elaborados pelos autores.

Quanto à escolaridade, 14% e 11% das mulheres (20 e 16, respectivamente) que foram vítimas possuem o 1º ou o 2º grau completo, respectivamente (Figura 2. B). As profissões declaradas predominantes (Figura 2. A) são de trabalho com prendas domésticas, 13% (19 casos) e estudantes, 8% (11 casos), sendo 3% (4 ocorrências), são desempregadas. Um total de 45% (65 ocorrências) das mulheres que são vítimas são solteiras, 13% (19 casos) casadas e uma menor parcela é ocupada por

viúvas, divorciadas, união estável (Figura 2.D). Quanto ao tipo de relacionamento com o homem agressor, o envolvimento amoroso é a que ocupa os maiores percentuais, cerca de 20% (29 casos) (Figura 2.C). A ausência de informação (dados não informados) obteve porcentagem de 58%, 46%, 17% e 53% para escolaridade, profissão, estado civil e tipo de relacionamento, respectivamente.

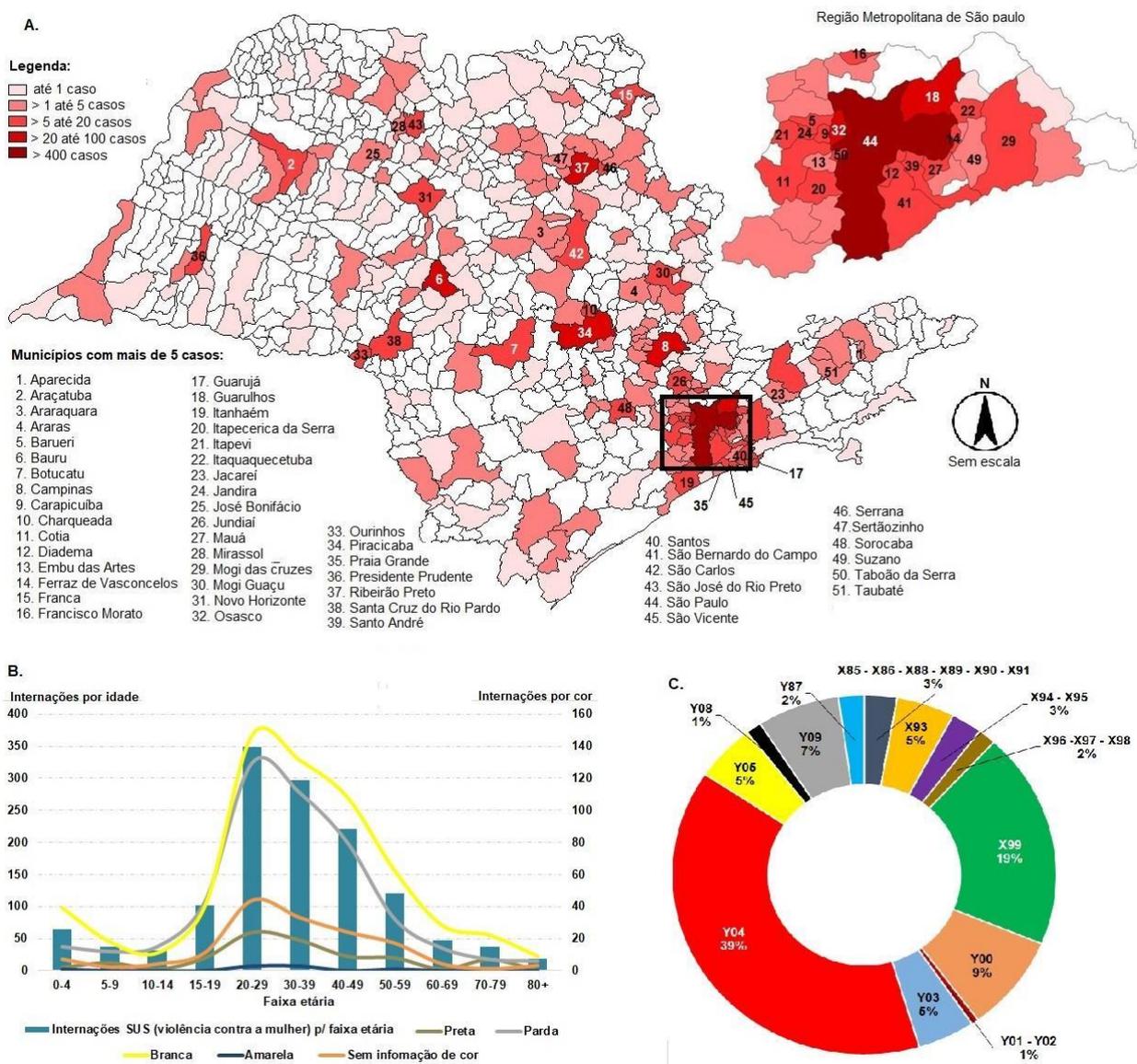
Figura 2 – Profissão (A), escolaridade (B), relacionamento com o homem agressor (C) e estado civil (D) das mulheres que são vítimas de feminicídio no estado de São Paulo (SSP/SP)



Fonte: SSP/SP. Página de indicadores de transparência (www.ssp.sp.gov.br/estatistica/violenciamulher.aspx). N feminicídios = 144 com acesso ao boletim de ocorrência, dentre 171 feminicídios registrados. Gráficos elaborados pelos autores.

Ao analisar o banco de dados do DataSUS (Figura 3. B) quanto às internações de mulheres devido às agressões, nota-se que 26% dos casos ocorreram na faixa dos 20 aos 29 anos, sendo a faixa etária de maior destaque. Nos dados do SUS também há a prevalência da cor branca, contabilizando 47% das internações (621 atendimentos); seguida por parda, 35% (463 casos); preta, 6% (80 atendimentos) e amarela 1% (13 atendimentos). A ausência de informação quanto à cor ocorre em 11% dos registros (145 internações). Ao observar o número de internações consequentes aos diferentes tipos de agressões conforme registros do DataSUS, aquelas por meio de força corporal são responsáveis por 39% do total (515 internações). Os demais tipos de agressões se dão por meios como agressão por meio de objeto cortante ou penetrante, 19% das internações (251 casos); impacto de um veículo a motor, 5% (66 atendimentos); objeto contundente, 9% (119 internações); meios não especificados, 7% (93 casos); disparo de arma de fogo de mão e de outra arma de fogo, ou não especificada, ambas totalizam 8% dos casos de internação (106 casos), agressões sexuais por meio de força física, 5% (66 internações). As demais agressões, que possuem valores inferiores a esses citados, totalizam 8% dos casos (106 internações) (Figura 3.C).

Figura 3 – Dados do DataSUS sobre internações por municípios (A), perfil da mulher vítima de violência (B) e porcentagem de agressões por código CID (C).



Fonte: DataSUS (tabnet.datasus.gov.br/), tabela e taxas elaboradas pelos autores (N total internações no estado de SP = 1.322). CID agressões: X85 (drogas, medicamentos e subst.); X86 (subst. Corrosivas); X88 (gases vapores); X89 (subst. Nocivas); X90 (subst. Não especificadas); X91 (estrangulamento); X93/94/95 (arma de fogo); X96/97/98 (material explosivo, gases, material quente); X99 (objeto cortante ou penetrante); Y00 (objeto contundente); Y01 (projeção de lugar elevado); Y02/03 (projeção da vítima em movimento/veículo motor); Y04 (força corporal); Y08/09 (outros meios); Y87 (lesão de fato indeterminado).

Os municípios paulistas (Figura 3. A) que apresentam os maiores números de internações de mulheres devido aos atos de agressões, são: São Paulo, 32,7% (432 internações); Bauru, 2,7% (35 internações); Ribeirão Preto, 2,7% (35 internações); Guarulhos, 2,3% (31 internações); Campinas, 2,2% (29 internações); Piracicaba, 2,2% (29 internações); Osasco, 1,9% (25 internações); Santo André, 1,5% (20 internações); Carapicuíba, 1,3% (18 internações); São José do Rio Preto, 1,1% (15 internações); São Vicente, 1% (14 internações), Itapeverica de Serra, 0,9% (13 internações); Itapevi, 0,9% (12 internações); Mogi das Cruzes, 0,9% (12 internações); São Bernardo do Campo, 0,9% (12 internações);

Presidente Prudente, 0,8% (11 internações); Santos, 0,8% (11 internações). Demais municípios presentes no mapeamento apresentam 10 ou menos casos de internação no período em questão. Há também um destaque para a presença do interior com grande volume de internações, 48,1% das internações registradas, fora da capital e RM de São Paulo (632 casos), além das regiões comumente mais populosas do estado. Dentre as regiões administrativas paulistas, todas apresentam casos que geraram atendimento médico durante a pandemia devido a agressões contra mulheres.

A Tabela 1 apresenta a taxa de prevalência dos casos de violência dentre a população feminina em três regiões do estado: Capital, RM de São Paulo e Interior. Destaque para o valor de prevalência de atos violentos contra a população feminina de 12,14 para cada 1.000 mulheres, no período em questão. Ainda quanto aos valores totais, o interior se mostra mais violento que as outras duas regiões observadas (7,07 para cada 1.000 mulheres). Dentre as práticas de agressão, é mais prevalente a lesão corporal dolosa, como 4,57/1.000 mulheres, ainda com maior presença nos municípios do interior paulista. Cabe ressaltar que a prevalência de internações por agressão contra a mulher é mais comum na capital paulista com 6,94 para cada 100.000 mulheres.

Tabela 1 – Taxa de prevalência dos principais componentes da violência contra a mulher e internações durante a pandemia da COVID-19

Prevalência /100.000 Mulheres hab.	Total	Capital	RM São Paulo	Interior
Internações SUS por agressões	5,76	6,94	5,07	6,40
Violência total SSP*	12,14*	3,84*	4,15*	7,07*
Tentativa de homicídio	3,25	0,9	1,16	1,84
Lesão corporal dolosa*	4,57*	1,53*	1,67*	2,61*
Ameaça*	5,2*	1,41*	1,55*	3,15*
Estupro consumado e tentado*	1,05*	0,38*	0,43*	0,56*
Calúnia – Injúria – Difamação*	1,01*	0,4*	0,37*	0,54*

Fonte: DataSUS causas externas por local de residência (tabnet.datasus.gov.br/), SSP/SP página de indicadores de transparência (www.ssp.sp.gov.br/estatistica/violenciamulher.aspx) e Fundação SEADE para indicadores populacionais (produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php), tabela e taxas elaboradas pelos autores (N total mulheres no estado de SP = 22.915.610; N mulheres Capital = 6.218.209 e N mulheres RM São Paulo = 10.972.112; dados atualizados de 2020)

Nota: *Prevalência da violência total SSP, Lesão corporal dolosa, ameaça, estupro consumado e tentado, calúnia – injúria – difamação: expressos a cada 1.000 mulheres.

DISCUSSÃO

Levantamentos indicam que, no Brasil, as mulheres que são vítimas de violência de gênero são majoritariamente pretas e pardas, com idade entre 19 e 39 anos e baixa escolaridade (BARBOSA et al., 2019; DE MACEDO BERNARDINO et al., 2016). As vítimas de feminicídio do estado de São Paulo seguem esse perfil especificamente em relação à faixa etária, porém apresentam algumas distinções. De acordo com os dados analisados (Figura 1B e Figura 2B), elas são em sua maioria declaradamente brancas², na faixa dos 20 a 39 anos de idade e com o 1º ou 2º grau completos.

Embora haja divergências em relação ao brasileiro, o perfil da mulher paulista que é vítima de violência doméstica e feminicídio está em consonância com o levantamento do Centro de Referência e Apoio à Vítima (Cravi) de São Paulo. Segundo essa instituição, a maioria das mulheres que teria procurado seus serviços em 2019 é branca, com idade média de 39 anos, solteira e com Ensino Médio completo (SÃO PAULO, 2020a).

²Cabe ressaltar que o termo raça no Brasil é cercado de controversas, uma vez que a aplicação do termo numa população miscigenada é associada a uma autodeclaração por parte da vítima ou informantes, bem como leva em consideração critérios altamente subjetivos do olhar da autoridade quando preenche os boletins de ocorrência nas delegacias em geral.

É importante destacar que aproximadamente 7% das mulheres que são vítimas haviam iniciado ou concluído o ensino superior. Embora esse número pareça diminuto, ele expressa a ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes níveis da escala social, cultural e econômica. Esse dado ajuda a desestigmatizar a vinculação constante entre violência de gênero e população pobre, uma vez que o problema ultrapassa o âmbito socioeconômico e abarca questões culturais – embora falemos de um “perfil” de mulher vítima de violência, não existe um perfil propriamente dito, visto que é um fenômeno transversal na sociedade e pode atingir todas as mulheres, sejam quais forem as suas origens, cor da pele, status socioeconômico, nível educacional. Além disso, 58,33% dos casos não continham informação quanto à escolaridade, o que dificulta uma análise mais acurada.

Quanto à profissão exercida pelas mulheres que são vítimas, prendas domésticas e estudantes foram as mais prevalentes, sendo que 3% eram desempregadas. Juntas, outras profissões diferentes dessas citadas somaram 28%, cabendo destacar a presença de profissões como médica, advogada, enfermeira, médica veterinária, gerente e policial militar, reforçando ainda mais o fato de que a violência contra a mulher acontece nos mais variados contextos socioculturais. Em 46% dos casos não havia informação quanto à profissão.

O estado civil foi registrado de maneira mais consistente, já que em apenas 17% é dado como “não informado”. A maioria das mulheres que foram vítimas eram solteira (45%) ou casada (13%) e 6% delas possuíam parentesco com os agressores, o que mostra que esse tipo de crime pode estar relacionado à dinâmica familiar, e em momentos críticos dessa dinâmica, como, por exemplo, gravidez, o nascimento de um filho, o fato de a esposa provocar uma separação/divórcio. Assim, transpassa o estereótipo que relaciona o feminicídio a ex-maridos ou cônjuges atuais e aumentando os desafios para traçar estratégias públicas para identificar e coibir tais crimes. De qualquer modo, a falta de informações nos registros dificulta o mapeamento detalhado do perfil da mulher que é vítima.

A faixa etária da vítima paulista de violência, segundo dados levantados (Figura 1B), é de 30 a 39 anos (dados da SSP/SP) ou 20 a 29 anos (dados do DataSUS), o que dialoga com o levantamento feito pelo SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), em que a idade feminina média no estado é de 37,7 anos (SÃO PAULO, 2020b). Esse valor coincide também com a pirâmide etária de 2020, feita pelo mesmo estudo, indicando que a maior parcela da população paulista de mulheres possui idade entre 34 e 39 anos. Assim, a concentração das vítimas na faixa etária dos 20 aos 39 possivelmente reflete a própria distribuição etária da população do estado de São Paulo.

O perfil de cor de pele das mulheres que são vítimas de feminicídio (Figura 1B e 2B) também indica relação com as características demográficas do estado. Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) obtidos no último Censo demográfico (2010) para o estado de São Paulo indicam os seguintes valores para cor de pele: 63,9% dos habitantes autodeclarados brancos, dos quais 13,7 milhões são mulheres; 29,1% pardos (6 milhões de mulheres); 5,5% pretos (1,1 milhão de mulheres); 1,4% amarelos (290 mil mulheres) e 0,1% indígenas (21 mil mulheres) (BRASIL, 2010). Observa-se, portanto, no estado a prevalência de mulheres de cor branca, o que condiz com o perfil das vítimas de feminicídio reportado.

Assim como em outras regiões no território brasileiro, agressões por meio de força corporal e pelo uso de objeto cortante ou penetrante são bastante elevadas (DE BARROS et al., 2016; VIANA et al., 2018). Cabe ressaltar, ainda, as agressões ao sexo feminino que acontecem de forma indireta, sejam violências psicológicas, o que inclui ameaças e intimidações, sejam as notícias falsas e calúnias na intenção de desmoralizar as mulheres (DENSON et al., 2018).

Quanto à prevalência dos indicadores de violência durante o período de pandemia analisado, há um forte destaque para regiões interioranas e também para a disseminação de práticas da violência contra a mulher em todas as regiões administrativas do estado. O interior paulista, apesar de não apresentar grandes aglomerações populacionais nem povoamento como a RM de São Paulo, possui não apenas a maioria da população feminina (cerca de 11.943.498 mulheres), como também a maioria populacional (23.501.652 habitantes), de acordo com dados de 2020 (SÃO PAULO, 2021). No quesito feminicídio, mesmo que a capital paulista tenha sido indicada como a mais violenta (figura 1. A), outros indicadores, como as taxas de prevalência (Tabela 1) de violência total e seus componentes, mostram os municípios do interior como os locais com mais casos, perdendo apenas no quesito internações, que são mais

proeminentes na capital. Esses valores demonstram o quão disseminadas pelo estado são as práticas de violência contra a mulher das mais variadas formas.

Segundo o geógrafo Milton Santos, o raciocínio geográfico pode ser representado pelos espaços luminosos e opacos. Os territórios luminosos são aqueles com maiores recursos tecnológicos e de informação, alto desenvolvimento técnico, maior capacitação humana, o que colabora para a atração de investimentos e formação de polos de desenvolvimento. Já os territórios opacos são o oposto. Considerando esse raciocínio geográfico, podemos aplicá-lo na distribuição/notificação dos casos de violência de gênero. Os espaços iluminados pela capilaridade de atração de mais pessoas, mais serviços de saúde, mais serviço policial, são aqueles que registram os maiores números de casos. Em contrapartida, espaços opacos acabam por registrar menores números de ocorrências. O menor número de registro nos espaços opacos pode estar relacionado com a dificuldade de acesso aos serviços e menor capacidade de informação e notificação, não necessariamente refletindo o número real de casos, mas podendo se dever a uma subnotificação (GUIMARÃES et al., 2020). Nesse contexto, o estado de São Paulo possui diferentes situações epidemiológicas, ora para o registro de COVID-19, ora o para registro de violência de gênero, com disparidades locais e regionais, como, por exemplo, um território iluminado cercado de tecnologias pode estar repleto de vulnerabilidades. Além disso, essas disparidades transpassam a dicotomia de espaços iluminados x opacos, incorporando elementos socioculturais, religiosos/espirituais, psicológicos, relacionando-se ao conceito ampliado de saúde e impactando no resultado da análise da violência (DALMOLIN et al., 2011).

Sobre a subnotificação da violência de gênero, é importante ressaltar que esta está presente de forma substancial na sociedade brasileira, gerando danos sociais em seus aspectos mais amplos. É necessário destacar o despreparo dos agentes da segurança pública, responsáveis pelo registro das denúncias. A atuação desses profissionais muitas vezes esbarra no preconceito e no julgamento das vítimas, cometendo injustiças contra aquelas que mais precisam de justiça (GARBIN et al., 2006). Contudo, os fatores por trás da subnotificação não se restringem a isso. Outros determinantes podem dificultar a notificação e denúncia de violência de gênero, tais como: falta de acesso aos serviços (distribuição espacial dos equipamentos e serviços de saúde e delegacias da mulher, cobertura de programas de monitoramento e controle da difusão de determinados agravos, regiões vulneráveis, ausência de transporte coletivo público) (GUIMARÃES et al., 2020; GUIMARÃES, 2016); carência de sensibilidade e de experiência no atendimento a vítimas de violência (profissionais de saúde e policiais não capacitados para realizar tal tarefa); ausência de diálogo entre os serviços públicos de atendimento. Ainda, a não denúncia por parte da vítima tem relações com diversos tipos de medos, como de retaliação por parte do agressor, do desamparo financeiro e jurídico e do julgamento social (familiar e coletivo).

O processo de denúncia dos casos de violência de gênero não é algo estático, em que apenas o registro da ocorrência é o desfecho, e sim, um processo dinâmico, no qual a variável tempo assume um papel primordial. Essa variável tem que levar em consideração o período necessário para a mulher se reconhecer como vítima em um ambiente de violência, o tempo de processamento da denúncia e os desdobramentos pós-denúncia e, principalmente, o tempo de reconstrução de um projeto de vida. Vale ressaltar que os valores tradicionais fomentam os homens como provedores familiares de renda, enquanto as mulheres, são socialmente responsabilizadas pelo acolhimento e maternidade, o que favorece a relação de poder sobre o corpo físico e psíquico feminino. Mesmo quando a mulher assume a posição de chefe de família, ela acaba recebendo um salário inferior ao recebido pelo homem, pela mesma atividade laboral, escancarando o machismo estrutural em nossa sociedade (ALVES, PEDROSO, GUIMARÃES; 2019; SILVA, 2007). Haja vista tais relações de poder, os motivos da subnotificação também são estruturais e se ligam a forma como são estabelecidos os critérios de notificação, preparo dos profissionais para atuar frente a esses desafios e, sobretudo, a compreensão de que a notificação pode ser uma forma de denúncia eficaz (KIND et al., 2013).

A diferença entre o número de feminicídios registrados pela SSP/SP no período estudado e o número de óbitos de vítimas de agressão que estavam internadas no SUS e foram a óbito pode indicar diferentes situações. Boa parte dos casos de violência contra mulher não teriam passado pelo SUS, seja porque a vítima não procurou atendimento para hospitalização, seja porque ela utilizou serviços privados ou porque os casos de feminicídio não foram precedidos por agressões. Ainda, considerando a atual situação sanitária e o aumento significativo de casos de infecção por SARS-CoV-2 nos últimos

meses – com o país atingindo o maior platô de casos da pandemia (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY AND MEDICINE, 2021), com a maior média móvel do mundo – os esforços de saúde são redirecionados para o combate à pandemia. Esse redirecionamento pode ser um fator implicante para o afastamento da mulher dos serviços de saúde pública para tratamento de agressões ou até mesmo para o aumento da submissão frente às atitudes machistas e violentas de seus parceiros.

Observando o período em questão, a pandemia da COVID-19 traz uma maior exposição da mulher frente ao ambiente doméstico, devido às recomendações sobre distanciamento e isolamento social. Esse movimento, por hora extremamente necessário, pode ser um fator de justificativa para o aumento dos casos de violência de gênero na atualidade, seja pelo aumento da vigilância sobre a rotina da mulher, como também em decorrência da desestruturação provocada pela pandemia que descarrega inúmeros complicadores e fatores de risco que podem afetar o equilíbrio familiar. Mesmo em um momento extremo como esse, não há um movimento de maior força contrário à violência doméstica, ou tampouco há uma tendência à desnaturalização dessa condição vivenciada pelas mulheres em âmbito doméstico (ALVES et al., 2020).

Países como China, Reino Unido e Estados Unidos tiveram um crescimento nos casos de violência de gênero, desde o início da pandemia da COVID-19. O Brasil também apresentou essa tendência de aumento de casos durante o período da pandemia. A Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, responsável por escutar e acolher mulheres em situação de violência, registrou um aumento 17,9% em março e 37,6% em abril de 2020, com crescimento de 22% de feminicídios em 12 estados do território nacional (FORNARE, L. et al., 2021).

O aumento no número de casos de violências intencionais é capaz de congestionar os serviços de atendimento médicos, em especial, aqueles de urgência e emergência (RODRIGUES et al., 2009; SOUZA, D. K. de; PEIXOTO, 2017). No Brasil, o crescimento de internações por causas externas, o que inclui agressões, está elevando os custos econômicos e sociais destinados ao manejo dessas situações. No âmbito hospitalar, por exemplo, os gastos despendidos por causas externas superam os gastos por causas naturais (JORGE; KOIZUMI, 2004), o que faz com que isso se torne um problema de saúde pública grave.

A pronta identificação de situações de risco poderia auxiliar no combate à violência doméstica e, conseqüentemente, à oneração do sistema público de saúde decorrente dela, porém muitos casos passam despercebidos ou são negligenciados pelos profissionais de saúde. Ocorre que, em situações mais agudas, as mulheres que são vítimas geralmente procuram hospitais ou pronto-atendimentos, onde há maior foco sobre as lesões físicas e medicalização, sem dispositivos de acolhimento, como escuta atenta e qualificada das vítimas. Isso ocorre tanto por falta de capacitação dos profissionais de saúde e retarda a identificação de situações suspeitas, cujas agressões poderiam ser evitadas (GARBIN et al., 2006). Nesse sentido, cabe ressaltar o papel dos agentes comunitários de saúde que ao adentrarem o espaço doméstico das mulheres e conhecer a dinâmica familiar poderiam identificar precocemente casos de violência doméstica (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

O uso de tecnologias geográficas, como o georreferenciamento, também pode ajudar a compreender os casos de violência de gênero e acompanhar a efetividade das políticas públicas adotadas. A geografia da saúde assume um papel fundamental no monitoramento de casos, planejamento e tomada de decisão na gestão em saúde. Estratégias de georreferenciamento permitem identificar a existência de padrões de distribuição de casos de violência e óbitos, bem como, compreender o processo de segregação social da população (RIVERO, 2010). Cabe ressaltar, que os territórios não são estáticos, são espaços vivos, dinâmicos, que possuem características próprias de acordo com fatores históricos, culturais, sociais, culturais, ambientais e econômicos, permanecendo em constante transformação temporal (SANTOS; RIGOTTO, 2011). Assim, a maneira de enfrentamento à violência contra a mulher deve focar na antecipação dos crimes de violência de gênero. No ano de 2019, foi instituído o Formulário Nacional de Avaliação de Risco no âmbito do Poder Judiciário e do Ministério Público para a prevenção de violência doméstica contra a mulher. Ferramentas de avaliação de risco nessa perspectiva poderiam ser elaboradas visando à sua ampla implementação na esfera da saúde. Um exemplo é o software VC Mulher, elaborado pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como instrumento para que profissionais da atenção primária identifiquem possíveis vítimas e lhe ofereçam suporte (VC MULHER, 2020).

O uso de formas de tecnologia móvel tem transpassado a área de comunicação e vem adentrando a área da saúde, tanto no diagnóstico como no acompanhamento de casos e informações epidemiológicas (MAZZU-NASCIMENTO et al., 2021). No início de junho de 2020, a Guarda Civil Municipal (GCM) do município de São Manuel-SP (SÃO MANUEL, 2020), com o apoio de desenvolvedores sensibilizados pelo aumento de violência de gênero na região, elaboraram e disponibilizaram o aplicativo “Está acontecendo”. Este permite o acionamento de viaturas da Guarda Civil Municipal (GCM) para a averiguação de ocorrências em curto espaço de tempo, possibilitando a realização de denúncias de casos de ameaças e assédio, bem como a comunicação com a polícia para o deslocamento da viatura de patrulha Maria da Penha.

Outros relevantes meios digitais que fazem frente aos possíveis casos de violência doméstica podem ser citados. Em 2019, o governo do estado de São Paulo, junto com a Polícia Militar (PMSP), lançou o aplicativo “SOS mulher”. Ele permite que mulheres que possuem medidas protetivas concedidas pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP) sejam cadastradas e o acionem rapidamente, em caso de necessidade, propiciando o pronto deslocamento de viaturas para o local (SÃO PAULO, 2020c). Ainda, há a “ISA.bot”, uma inteligência virtual desenvolvida por diversas plataformas digitais e redes sociais, em parceria com a ONU mulheres, a fim de promover orientação e acolhimento em casos de violência doméstica, com foco para o período da quarentena da COVID-19 (ISA.BOT, 2020).

Desde 2005, o Governo Federal também conta com um canal exclusivo que disponibiliza um acesso confidencial via telefone para a denúncia de violência e reclamações sobre a rede de atendimento à mulher, o “Ligue 180”. Esse meio de comunicação também proporciona orientação quanto à legislação vigente de maneira gratuita. O “Ligue 180” é capaz de gerar denúncias para as Secretarias de Segurança Públicas Estaduais e Ministério Público e possibilita ligações do exterior, cobrindo, assim, diversos países (BRASIL, 2020).

Após a denúncia, é evidente a necessidade de orientações, acolhimento, medidas protetivas, assessoria jurídica e acompanhamento psicológico para as vítimas de violência (WATHEN; MACMILLAN, 2003). Quando se compara as diferentes classes sociais, a denúncia é um caminho comum, porém, após sua realização, o cenário, em geral, é diferente. Se a mulher que é vítima é de baixa renda e depende financeiramente do agressor (GARBIN et al., 2006), é preciso que abrigo e assistência financeira sejam garantidos de imediato. A médio e longo prazos, é preciso que se forme uma rede de apoio para fortalecê-la e ajudá-la em sua reinserção profissional e social com a minimização dos danos promovidos pela violência (SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Percebemos, porém, que os dados da Secretaria de Segurança Pública e os do Ministério da Saúde não estão interligados, o que pode representar um problema para que ações públicas efetivas sejam criadas. Informações quanto ao perfil do agressor, também, são de difícil acesso. Assim, uma potencial contribuição poderia advir da criação de um banco de dados, *bigdata*, com informações de diferentes órgãos sobre os dados referentes às denúncias, agressões, óbitos, perfil das mulheres que são vítimas e dos homens agressores, para compor um portal que permita uma análise criteriosa pela SSP, secretarias de segurança municipais, secretarias estaduais de saúde, unidades de saúde e pesquisadores, o que otimizaria a criação de políticas públicas mais eficazes para frear o avanço da violência contra as mulheres.

CONCLUSÕES

A violência contra a mulher é um problema de saúde e de segurança públicas em todo o território brasileiro, porém apresenta singularidades regionais. Observou-se que, no estado de São Paulo, as mulheres que são vítimas são majoritariamente brancas, com 1º ou 2º grau completos, trabalham principalmente com prendas domésticas ou são estudantes, muitas possuem formação superior e, assim como no perfil brasileiro, são jovens adultas (idade entre 20 e 39 anos). A faixa etária e a preponderância da ocorrência em mulheres brancas coincidem com o perfil demográfico do estado. A presença de vítimas com curso superior completo indica que a violência contra mulheres acontece em todas as classes sociais e que, embora as denúncias sejam mais comuns nas camadas menos favorecidas, ela também se faz presente nas classes média e alta.

A estimativa desse perfil foi possível apesar da falta de informações sobre algumas características de muitas mulheres que são vítimas, como escolaridade e profissão. O despreparo e a negligência dos

responsáveis por tais registros, somado à desarticulação entre diferentes bases de dados (SSP e DataSUS), podem representar empecilhos para que um perfil das mulheres que são vítimas ainda mais robusto seja traçado. A falta de capacitação se dá também na identificação de vítimas de violência doméstica pelos profissionais de saúde. Isso dificulta o combate precoce que poderia resultar na desoneração do sistema público de saúde que hoje lida com muitas mulheres agredidas já em situações mais críticas.

Nesse sentido, o elevado número de internações de mulheres agredidas no SUS revela a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas que visem à interrupção precoce desses casos de violência, objetivando-se, assim, a redução dos custos econômicos e sociais vinculados a eles. Atualmente, papel de destaque na prevenção tem sido ocupado pelo crescente uso de meios digitais como forma de identificação de relações abusivas e delação da violência de gênero. A tecnologia, portanto, tem sido e potencialmente será ainda mais uma grande aliada no enfrentamento dos casos de violência contra a mulher. Somado a isso, o uso da geografia na saúde e ferramentas tecnológicas, como o georreferenciamento, são fundamentais para compreensão do fenômeno social de violência, tomada de decisão, bem como a gestão em saúde e segurança pública.

Adicionalmente, para o planejamento de políticas públicas, seria de grande importância que a Secretaria de Segurança Pública divulgasse um perfil mais minucioso dos agressores, contando com idade, ocupação, escolaridade, renda, recidivas, doenças e vícios dos agressores. Esses dados propiciariam a ampliação de discussões sobre esse tema no âmbito acadêmico e governamental de modo a respaldar as formulações de planos de combate a esse tipo de violência.

Por fim, é fundamental também que as equipes e os profissionais de saúde estejam preparados para acolher as vítimas, após identificá-las, com uma escuta qualificada e cuidados que ultrapassem os danos físicos atingindo os psíquicos e sociais. Nesse momento, destaca-se o papel da articulação desses profissionais com o serviço de assistência social, por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), delegacia da mulher e Ministério Público, para que, após a denúncia, a vítima seja devidamente amparada social e juridicamente.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq (Processo 149864/2021-3) pela bolsa PIBIC e suporte financeiro.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Â. G. et al. Análise teórico-epistêmica da violência baseada em gênero: a vulnerabilidade da mulher durante o distanciamento social. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 47192–47200, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-379>
- ALVES, N. C; PEDROSO, M. F; GUIMARÃES, R. B. Corpos que falam: Interpretações geográficas entre Saúde, Gênero e Espaço. **Caderno Prudentino de Geografia**, n. 41, p. 3. 2019.
- BARBOSA, K. G. N. et al. Epidemiological and spatial characteristics of interpersonal physical violence in a Brazilian city: A comparative study of violent injury hotspots in familial versus non-familial settings, 2012-2014. **PLoS ONE**, v. 14, n. 1, p. 1–19, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208304>
- BASTOS, J. M; CASARIL, C. C. A Formação Socioespacial como categoria de análise aos estudos sobre Rede Urbana: Ampliando a discussão teórica. **Geosul Florianópolis**, V. 31, n. 62, p. 271-288. 2016. <https://doi.org/10.5007/2177-5230.2016v31n62p271>
- BATISTA, W. M. A inferiorização dos negros a partir do racismo estrutural. **Revista Direito & Práxis**, Rio de Janeiro, Vol. 9, N. 4, p. 2581-2589. 2018. <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/36867>
- BRASIL. Ministério da mulher, família e direitos humanos. **Ligue 180**. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/ligue-180>> 2020. Acesso em 19 de abril de 2021.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema IBGE de Recuperação automática - SIDRA**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em: 19 de abril de 2021.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. **Atlas da violência 2019**. Disponível em:

<<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>. Acesso em: 19 de abril de 2021.

CAMPBELL, A. M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. **Forensic Science International: Reports** 2, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>

COLISTETE, R. P. Regiões e Especialização na Agricultura Cafeeira: São Paulo no início do Século XX. **Revista brasileira de Economia**. V. 69, N. 3, p. 331-354. 2015. <https://doi.org/10.5935/0034-7140.20150015>

CUNHA, T. R. A. Violencia conjugal: os ricos também batem. **Publ. UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes**, v. 16, n. 1, p. 167–176, 2008. <https://doi.org/10.5212/PublicatioHum.v.16i1.167176>

DALMOLIN, B. B. et al. Significado do conceito de Saúde na perspectiva de docentes da Área da Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200023>

DE BARROS, É. N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591–598, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10672015>

DE MACEDO BERNARDINO, Í. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: Um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 740–752, 2016. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>

DE MELLO AMARAL, L. B. et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: Perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521–540, 2016. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>

DE SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A Delegacia da Mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: Um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 621–639, 2014. <https://doi.org/10.1590/0034-76121141>

DENSON, T. F. et al. Aggression in women: Behavior, brain and hormones. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 12, n. May, p. 1–20, 2018. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00081>

FERREIRA, M. A. G; SANCHES, F de O. Análise do processo de Crescimento Urbano na cidade de Cachoeira Paulista (SP) de 1985-2007 utilizando técnicas de Sensoriamento Remoto. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer. Goiânia, v. 6, n. 10. 2010.

FORNARE, L. et al. Violência doméstica contra a mulher na pandemia: estratégias de enfrentamento divulgadas pelas mídias digitais. v. 74, n. Supl 1, p. 1–9, 2021.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: Análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567–2573, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>

GUIMARÃES, R. B. et al. O Raciocínio Geográfico e as Chaves da Leitura da COVID-19 no território brasileiro. **Estudos Avançados**. v. 34, n. 99. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.008>

GUIMARÃES, R. B. Geografia e Saúde Coletiva no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 869-879, 2016. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902016167769>

ISA.BOT. **Plataforma ISA.bot**. Disponível em: <www.isabot.org>. Acesso em: 19 de abril de 2021

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY AND MEDICINE. **Coronavirus resource center**. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 19 de abril de 2021

JORGE, M. H. P. de M.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 228–238, 2004. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000200012>

KIND, L. et al. [Primary healthcare and underreporting and (in)visibility of violence against women]. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805–15, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24068226>>.

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**, v. 36, n. 4, p. e00074420, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>

MAZZU-NASCIMENTO, T et al. Remote and non-invasive monitoring of patients with COVID-19 by smartphone. **Scientia Medica**, v. 31, p. 1-9. 2021. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39340>

NARVAZ, M. G; KOLLER, S. H. Famílias e Patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**. V.18, n. 1, p. 49-55, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>

NIUD, Y.; XU, F. Deciphering the power of isolation in controlling COVID-19 outbreaks. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 4, p. e452–e453, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30085-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30085-1)

PARADA, C. A; RODRIGUES, H. F. A formação socioespacial e a COVID-19. **Revista Políticas Públicas e Cidades**, v. 1, n. 1, 2020.

RODRIGUES, R. I. et al. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: Informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 29–36, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100003>

SAMARA, E. de M. O que mudou na Família brasileira: da Colônia a Atualidade. **Psicologia USP**. v. 13, n. 2, 2002. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000200004>

SANTOS, A.L.; RIGOTTO, R.M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 8, n. 3, p. 387–406, 2011. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>

SÃO MANUEL, Prefeitura de. Está acontecendo app. 2020. **Segurança pública e trânsito**, 2020. Disponível em: <<https://www.saomanuel.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/3471/gcm-adere-aplicativo-de-protecao-da-lei-maria-da-penha>>. Acesso em: 19 de abril de 2021

SÃO PAULO. **Centro de Referência e Apoio à Vítima (CRAVI)**. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/cravi-divulga-balanco-sobre-perfil-de-vitimas-de-violencia-atendidas-pelo-programa/>>. 2020a. Acesso em 19 de abril de 2021

_____. Governo do estado de. Das 20 cidades menos violentas do país, 14 estão em São Paulo. 2019. Disponível em: <<https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/das-20-cidades-menos-violentas-do-pais-14-estao-em-sao-paulo/>>. 2019. Acesso em: 19 de abril de 2021

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE). **Portal de Estatísticas do estado de São Paulo**. Disponível em: <http://informa.seade.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/SeadeInforma_demografia_marco_2020.pdf>. 2020b. Acesso em: 19 de abril de 2021

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Fundação SEADE). **Sistema SEADE de projeções populacionais**. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>> 2021. Acesso em: 19 de abril de 2021.

_____. Polícia Militar do Estado de São Paulo (PMESP). **SOS mulher**. Disponível em: <<https://www.sosmulher.sp.gov.br/>> 2020c. Acesso em: 19 de abril de 2021

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: Um estudo etnográfico em matinhos, paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1230–1240, 2013.

SILVA, J. M. Amor, Paixão e Honra como Elementos da Produção do Espaço Cotidiano Feminino. **Espaço e Cultura**, UERJ, Rio de Janeiro, n. 22, p. 97-109, 2007.

SOUSA, A. K. A. de; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V. C. Perfil da violência doméstica e familiar

contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 425–431, 2013. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400011>

SOUZA, D. K. de; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 285–294, 2017.

SOUZA, M. C. De. a Lei Maria Da Penha: Égide, Evolução E Jurisprudência No Brasil. **Revista Eletrônica do Curso de Direito – PUC Minas Serro**, v. 0, n. 11, p. 79–106, 2015. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200006>

SOUZA, S. M. J. de. O feminicídio e a legislação brasileira. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 3, p. 534–543, 2018. <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n3p534>

RIVERO, P.S. Segregação urbana e distribuição da violência: Homicídios georreferenciados no município do Rio de Janeiro. **DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 3, n. 9, p. 117–142, 2010.

UN. United Nations. **La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento**. Disponível em: <<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19#:~:text=Durante la pandemia de COVID, a quienes hayan sufrido o>>.2021. Acesso em: 10 de Maio de 2021

USHER, K. et al. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2020. <https://doi.org/10.1111/inm.12735>

VC MULHER. **App VC mulher**. [S. l: s.n.]. Disponível em: <www.vcmulher.com.br>. 2020. Acesso em: 19 de abril de 2021

VIANA, A. L. et al. Violência contra a mulher. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, v. 12, n. 4, p. 923–9, 2018. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a110273p923-929-2018>

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. The increase in domestic violence during the social isolation: What does it reveals? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1–5, 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000033>

WAISELFSZ, J. J. **Mapa da Violência 2016**. FLACSO Brasil. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.net.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>, 2016.

WATHEN, C. N.; MACMILLAN, H. L. Interventions for Violence Against Women. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 8, p. 589–600, 2003. <https://doi.org/10.1001/jama.289.5.589>

WHO. World Health Organization. **Violencia contra la mujer**. Disponível em: <https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/>. Acesso em: 18 de maio de 2021