



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Rafael Alves Gonçalves

Violências e covid 19 no município do Rio de Janeiro:
Saúde e vulnerabilidade feminina em meio à pandemia

Rio de Janeiro

2022

Rafael Alves Gonçalves

Violências e covid 19 no município do Rio de Janeiro:

Saúde e vulnerabilidade feminina em meio à pandemia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Gestão e Saneamento Ambiental.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Violence and Covid 19 in the city of Rio de Janeiro: women's health and vulnerability amid the pandemic.

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

G643v Gonçalves, Rafael Alves.
Violências e Covid 19 no município do Rio de Janeiro: saúde e vulnerabilidade feminina em meio à pandemia / Rafael Alves Gonçalves. -- 2022.
78 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Meio Ambiente) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 70-78.

1. Violência contra a Mulher. 2. SARS-CoV-2. 3. Política Pública. 4. Saúde Pública. 5. Justiça Social. I. Título.

CDD 362.83

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

Rafael Alves Gonçalves

Violências e COVID 19 no município do Rio de Janeiro:

Saúde e vulnerabilidade feminina em meio à pandemia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Gestão e Saneamento Ambiental.

Aprovada em: 7 de novembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira - Departamento de Ensino da Mulher,
da Criança e do Adolescente

Prof. Dr. Paulo Cesar Peiter
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Oswaldo Cruz

Prof.^a Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

À minha mãe, Simone, meus irmãos Raul, Michelle e Michael, e todas as amigas que acompanham há muito minha trajetória, (r)existindo comigo nestes tempos sombrios.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha família, que neste período em que muitas crises se fizeram presentes, seja à nível coletivo ou individual, estiveram sempre ao meu lado, seja para me parabenizar ou para me dar uns puxões de orelha.

Às minhas amigas, e aqui incluo todas e todos que sabem que estiveram comigo e são importantes, sem citar nomes para não correr o risco de esquecer de alguém que foi muito importante e, na ânsia pela finalização desse processo, acabar me furtando a memória.

Às mulheres que lutam cotidianamente para sobreviver em uma sociedade que insiste no ódio contra elas e na invisibilização de seus *sofreres*.

Aos colegas de trabalho que nesta fase final do mestrado compreenderam a minha ausência em muitos momentos e acreditam no profissional de Psicologia que me comprometo a ser cotidianamente.

À Professora Elvira, que partilha comigo da mesma visão política e de mundo, e como isso se faz importante na construção de um trabalho como esse, em um período tão difícil para mim, para nós.

Às professoras Tatiana Wargas e Paula Gaudenzi pelas colaborações na banca de qualificação realizada em maio de 2021.

Aos professores Paulo Peiter e Tatiana Wargas por terem aceitado colaborar com seu olhar cuidadoso nesse fechamento de ciclo.

Às/Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente, por me possibilitarem estar em contato com temáticas e práticas antes jamais pensadas por mim, e poderem potencializar meu aprendizado, não apenas em cada disciplina, mas também para uma leitura de vida em sociedade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que através do financiamento (cód.: 001) da bolsa de estudos, e por acreditar que a pesquisa pode colaborar na construção de um país melhor, me possibilitou estar pleiteando o título de Mestre.

Por fim, a nós, pesquisadoras/es, cientistas, trabalhadoras/es, que, mesmo em meio a um ambiente extremamente hostil, de deslegitimação da pesquisa e ciência no Brasil e no mundo, acreditamos que é possível construir caminhos.

O SOL NA CORAGEM

Sair só com a roupa do corpo
é a representação máxima de meu medo
Fujo dessa frase
como se ela fosse uma denúncia
de que tudo
me pode partir em
um
deslize,
faísca ou
transbordamento

Ao mesmo tempo
parece ser assim que saio todos os dias,
só com a roupa do corpo
deixando o que me pertence para trás
porque o desastre alcançou meu cotidiano
e levou tudo o que eu acreditava ser eu

Para onde vai
quem não tem
para onde ir?

O instinto de sobrevivência
que me sobe pelas pernas
e para algum lugar
me leva,
é o mesmo que me cega
para aquilo que eu quero
Na falta de minhas posses
o que importa é o que posso

E eu só posso continuar
porque vesti minha coragem
Na hora do desastre
ela
é a única coisa que tenho,
é a roupa com que saio no corpo,
a vontade que me fará nascer de novo
em qualquer lugar

Chorando essa nuvem que me cobre o olho
espero ansiosamente a volta do sol,
aquele momento em que seus raios
dispersarão o cinza
e despertarão as cores,
que visto
que vejo,
e que acredito.

(APUAMA, 2022)

RESUMO

O município do Rio de Janeiro é reconhecido não apenas por suas belezas naturais e monumentos que fazem dele uma maravilha aos olhos do mundo, mas também pela violência que assola a população nos diferentes territórios da cidade. É necessário pontuar ainda a precarização dos serviços de saúde pública no município, principalmente no que se refere à Atenção Primária em Saúde (APS), na gestão que comandou a cidade nos anos anteriores à pandemia de COVID-19. Assim, a falta de governança em saúde pública diante da pandemia fez com que o Rio de Janeiro ocupasse, na primeira onda, o posto de cidade com maior taxa de letalidade no Brasil e uma das maiores do mundo - 10,7% frente a 3,7% e 3,3% respectivamente, em agosto/2020. Imersa em um contexto de crise sanitária, econômica e social, a cidade trouxe para os órgãos públicos, de defesa de direitos humanos e da mulher, uma preocupação urgente em tempos de isolamento: a violência contra a mulher. Esta dissertação teve por objetivo avaliar as ações implementadas para minimizar a violência em geral e contra a mulher e analisar a relação entre a morbimortalidade por COVID-19 e as violências nas diferentes zonas do município do Rio de Janeiro. O estudo utilizou duas abordagens metodológicas. A primeira, de caráter qualitativo (análise documental), visou conhecer as ações governamentais realizadas pelas gestões municipal, estadual e federal no tocante ao enfrentamento à violência contra as mulheres durante a pandemia do SARS-CoV-2 no município do Rio de Janeiro. A segunda abordagem metodológica é quantitativa e visou conhecer o perfil socioeconômico da população afetada tanto pela pandemia quanto pela violência, além de dados epidemiológicos do território, identificando a relação entre as taxas de morbidade por COVID-19 e violência. A área de estudo é o município do Rio de Janeiro (162 bairros).

Palavras-chave: violência contra a mulher; SARS-Cov-2; políticas públicas; saúde pública; justiça.

ABSTRACT

The city of Rio de Janeiro is recognized worldwide, but also for its natural beauties and monuments that make it a wonder in the eyes of the world that plagues the population in the city's territories. It is also necessary to point out the precariousness of public health services in the municipality, especially with regard to Primary Health Care (PHC), in the management that commanded the city in the years prior to the COVID-19 pandemic. Thus, the lack of governance in public health in the face of the pandemic made Rio de Janeiro, in the first wave, the city with the highest fatality rate in Brazil and one of the highest in the world - 10.7% compared to 3, 7% and 3.3% respectively, in August/2020. Immersed in a context of health, economic and social crisis, the city introduced an urgent concern in times of isolation for public bodies in defense of human and women's rights: violence against women. This dissertation aims to evaluate the actions to minimize violence in general and against women and the analysis between morbidity and mortality by COVID-19 and violence in different areas of the city of Rio de Janeiro. The study has two methodological approaches. The first, of a qualitative nature (document analysis), aimed to know the government actions carried out by municipal, state and federal administrations regarding the fight against violence against women during the SARS-CoV-2 pandemic in the city of Rio de Janeiro. The second methodological approach is quantitative and aimed to know the socioeconomic profile of the population, both due to the pandemic and the epidemiological violence in the territory, identifying the relationship between morbidity rates by COVID-19 and violence. The study area is the city of Rio de Janeiro (162 districts).

Keywords: violence against women; SARS-CoV-2; public politics; public health; justice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Área total da capital sob controle por grupo armado.....	24
Figura 2 -	População total da capital sob controle por grupo armado.....	25
Figura 3 -	Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro.....	41
Figura 4 -	Mapa da delimitação dos Bairros e das Circunscrições Integradas de Segurança Pública (CISP) do município do Rio de Janeiro/RJ.....	43
Figura 5 -	Mapa da delimitação dos bairros do município do Rio de Janeiro.....	44
Figura 6 -	Mapa de Grupos Armados do município do Rio de Janeiro (2019).....	45
Figura 7 -	Mapa da distribuição dos casos de COVID-19 no município do Rio de Janeiro, março 2020.....	53
Figura 8 -	Mapa da localização das Unidades de Saúde no município do Rio de Janeiro.....	53
Figura 9 -	Resumo do perfil epidemiológico da dispersão de COVID-19 no Rio de Janeiro (2020).....	54
Figura 10 -	Incidência de COVID-19 de acordo com as CISP do município do Rio de Janeiro (2020).....	55
Figura 11 -	Incidência de violência de acordo com as CISP do município do Rio de Janeiro (2020).....	56
Figura 12 -	Distribuição da Violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro (2020).....	57
Figura 13 -	Mapa da localização das unidades de apoio e atendimento às mulheres vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (2019).....	58
Figura 14 -	Distribuição dos óbitos confirmados de Covid-19 segundo sexo e faixa etária, Estado do RJ.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de mortes de mulheres no município do Rio de Janeiro de jan/2018 à set/2020	31
Tabela 2 -	Relação das CISP com os bairros que abrangem em seu território de atuação	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	Facção Amigos dos Amigos
AISP	Áreas Integradas de Segurança Pública
APS	Atenção Primária à Saúde
CEDAW	Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres
CISP	Circunscrições Integradas de Segurança Pública
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Doença causada pelo vírus SARS-CoV 2)
CRMM	Centro de Referência de Mulheres da Maré
CV	Facção Comando Vermelho
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
DP	Delegacia de Polícia Civil
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISP/RJ	Instituto de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
RISP	Regiões Integradas de Segurança Pública
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SEPOL	Secretaria de Estado de Polícia Civil
SEPM	Secretaria de Estado de Polícia Militar
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
TCP	Facção Terceiro Comando Puro
TJRJ	Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GERAL.....	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1	VIOLÊNCIA E SAÚDE.....	22
5	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E COVID-19	27
5.1	O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19.....	33
6	METODOLOGIA	39
6.1	ABORDAGENS METODOLÓGICAS.....	39
6.2	ÁREA DE ESTUDO.....	40
6.3	PERÍODO DO ESTUDO.....	45
6.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	45
6.5	FONTE DE DADOS PARA ANÁLISE ESPACIAL.....	46
6.5.1	IBGE	46
6.5.2	Instituto Pereira Passos/Data Rio	46
6.6	COLETA DOS DADOS.....	46
6.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	48
7	IMPACTO DO ESTUDO PARA A POPULAÇÃO	49
8	RESULTADOS	50
8.1	ANÁLISE DOS DADOS DE SEGURANÇA.....	50
8.1.1	Análise dos Dados Epidemiológicos	52
9	DISCUSSÃO	59
10	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	65
11	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

Formei-me em Psicologia pela Universidade Federal de Campina Grande, em 2016. Filho de pais separados, na Paraíba, morei a maior parte da minha vida com minha mãe e a rede de apoio que ela encontrou para criar a mim e a minha irmã, nascidos em São Paulo. Com ela aprendi a ser atrevido, a apostar alto. Talvez ali também tenha presenciado as primeiras situações de violência psicológica que você, leitora, deve saber que uma mulher vivencia para criar dois filhos sozinha em uma cidade pequena depois de uma separação e o retorno frustrado de uma cidade grande para ser, à época, empregada doméstica e sustentar a família.

Minha primeira experiência profissional com a temática de violência contra a mulher se deu em 2017, quando fui aprovado no processo seletivo para atuar como psicólogo no Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, na Comarca de Mossoró, Rio Grande do Norte. Junto à equipe de lá, mediei rodas de conversas com homens autores de violência, entendi a importância de uma rede bem articulada para servir de suporte às mulheres em situação de violência e, através do Programa Maria da Penha vai às escolas – que estive à frente para implementação no município –, percebi como era, e ainda é, fundamental que as crianças, principalmente as meninas, estejam cientes do processo de permanência do patriarcado no dia a dia e possam, reconhecendo-o, pôr fim a isso que nos causa tanto sofrer. É uma grande aposta!

A entrada no mestrado, em julho de 2020, deu-se com um projeto sobre mulheres encarceradas que não recebiam visita em meio às primeiras ondas de COVID-19. A modificação surgiu pela impossibilidade de ir até o local de pesquisa para escutar as mulheres e seus sofreres naquele ambiente em meio à solidão em um local que é sabido estar superlotado (me privo aqui de demonstrar números e referências para lhes dizer o óbvio). Com a mudança de tema e de cidade, inseri-me em um projeto social no Complexo da Maré, no município do Rio de Janeiro, participando do 1º Curso de Capacitação no Atendimento às Mulheres da Maré, por isso você verá as citações ao Complexo em alguns momentos do texto.

É importante pontuar também que chegar ao Rio de Janeiro para morar, em meio à segunda onda de COVID-19 em 2020, depois de passar a vida escutando sobre essa ser uma cidade violenta e possuir territórios em constante disputa – além, claro, das narrativas que se constroem também na ficção através da teledramaturgia (muitas, sou muito noveleiro) – para estudar violência contra a mulher foi um grande desafio. Maior até do que eu esperava, um dos maiores de minha existência até agora.

Vocês verão a seguir páginas de uma escrita fragmentada, como eu, como a minha história – e talvez a sua – e como a história destes territórios que são de difícil acesso para a implementação de políticas públicas, mas de fácil e livre acesso a armas, violências, omissões, em meio a uma maquiagem típica do Rio de Janeiro que precisa ser vendido “para inglês ver”.

Hoje, revendo essa história e construindo esta apresentação, penso: antes eu tivesse sido atrevido a ponto de articular, junto aos movimentos de juventude e de mulheres, um grande ato na Presidente Vargas com 100 mil mulheres pelo fim da violência contra elas e a melhor implementação das políticas já existentes nos diferentes territórios desta cidade no tocante à temática. Faça, refaça, pontue, critique, mas aposte!

Antes da leitura, faça-lhe uma orientação: faça, refaça, pontue, critique, mas aposte! Não apostar pode lhe custar muito caro, meu caro. Coragem!

De início, a violência, mesmo pensada como ruptura da interação social, é necessariamente relacional e consiste em uma forma de negação de direitos humanos fundamentais baseados na vontade de dominar o outro, o que nos traz à questão do poder. Desde a chegada de europeus no século XV, a história revela o uso planejado e sistemático da violência no território brasileiro, seja com o projeto de domínio e de escravização que resultou no extermínio de grupos indígenas, seja com o tráfico, a propriedade e o lugar social impostos aos africanos. Importa recordar essa história que nos situa como membros de uma sociedade que carrega o fardo do assassinato e da brutalidade contra o outro, enquanto tenta vender para o mundo a imagem de um país miscigenado e tolerante em sua diversidade étnica.

Para Durkheim (2004), a violência deve ser entendida como um fenômeno coletivo de múltiplas dimensões: política, histórica, social e psicológica. Para René Girard (2008), a violência é a negação do social como o mundo da regra. Maffesoli (1987) fala da violência como signo de afirmação da individualidade, como poder regulador que, ainda que produza rupturas, o faz sob o signo do equilíbrio social. Fanon (2005) considera a possibilidade de a violência funcionar como produtora de identidades, fundadora de nova ordem carregada de significados religiosos e simbólicos, canalizadora do desconhecido que se apresenta no que distancia indivíduo e sociedade, sendo a violência um retorno contra os corpos colonizadores, diante da impossibilidade de descolonizar o presente/futuro, o que Mbembe (2018) chama de contra violência.

Dunker (2015) nomeia de “a-violência” o fenômeno que define como a fusão de uma violência que parte de nosso mal-estar para um ponto único – seja uma ideologia política, corrupção, questões relacionadas aos direitos humanos, entre outros – e ocasiona uma guerra violenta contra o que percebemos como violência, aquilo que nos incomoda enquanto sujeitos

em sociedade. Então, só nos sentimos de fato satisfeitos quando vemos o espetáculo da violência em forma de "justiça" sendo feita, independentemente da forma e de por quem ela é executada. E nunca é demais refletir: a quem esta cartografia de forças está servindo?

Diante de caracterizações tão diversas – e poderiam ainda aqui serem citadas outras tantas conceituações, de tantas outras vertentes teóricas –, é importante ressaltar que o foco desta dissertação é, considerando a violência um fenômeno de múltiplas dimensões, estudar tal violação de direitos durante o início da pandemia de COVID-19. Considerando a ocorrência da pandemia em um país heterogêneo e desigual como o Brasil, é possível distinguir uma violência estrutural típica, na qual a exploração de grande parte da população pelas classes dominantes é peça central no desencadear das vulnerabilidades sociais na história e no cotidiano brasileiro (AMARAL, 2015).

As vulnerabilidades sociais precisam ser nomeadas para que reafirmemos que não se trata apenas de uma categoria abstrata que tenta unificar problemas diversos na tentativa falha de, agrupando-os, buscar solucioná-los todos de uma vez. Os vários aspectos da vulnerabilidade social são interdependentes e relacionados à macroestrutura. A não garantia de saneamento básico, moradia e alimentação para boa parte da população brasileira, assim como o não acesso à educação de qualidade ou mesmo a hierarquização e discriminação das culturas (compreendendo a cultura como peça fundamental na interação com políticas e intervenções públicas em diferentes territórios) são potenciais influências no adoecimento da população (GIODA; GRISOTTI; LANGDON, 2020). Não estamos aqui diante da violação de direitos, diante de um tipo de violência nem sempre é caracterizado como tal?

A desigualdade social brasileira é fruto de um processo histórico. Ela se reflete na forma como os territórios são ocupados, em como atua a especulação imobiliária e a oferta de infraestrutura nos 5570 municípios do Brasil (ANDRADE, 2004; SANTOS, 2021), assim como na forma em que a Atenção Primária à Saúde (APS) irá reagir frente ao momento de crise nos territórios onde possui dispositivos, cabendo a ela não reproduzir ou sustentar desigualdades (REIGADA; SMIDERLE, 2021). Ser saudável ou ser doente tem uma relação direta com o território, pois algumas doenças/agravos são determinadas num processo social.

Ocorreram, com o início da pandemia do Sars-CoV-2 e as respostas governamentais, impactos diversos no cotidiano da população brasileira. Veiga Neto (2020 apud HORTON, 2020, p. 874) afirma que não se trata apenas de uma pandemia, mas de uma "sindemia", definida como uma forte associação da pandemia enquanto uma urgência em saúde pública com as condições desiguais de vida, das condições sociais e econômicas de um país em crise.

A COVID-19, embora seja uma doença transmissível, não se distribui

homogeneamente nos territórios da cidade, pois, assim como outras doenças, as características do ambiente e do perfil socioeconômico da população interferem no seu contágio. A COVID-19 se expressa no Brasil atenuando o que já se encontra em debate no tecido social: histórica exclusão social, negacionismo - principalmente com o advento de ideais de extrema direita - e mortalidade da população vulnerável, pretos e povos indígenas Além disso, e, apesar dos avanços da sociedade nas últimas décadas, há ainda uma grande área territorial habitada com moradias precárias, sem saneamento básico, cuja população é assolada pela fome (KLAJMAN, 2015) Assim, caracteriza-se não só a insegurança na garantia de direitos básicos à vida, mas ressalta-se outro problema: o aumento da insegurança das mulheres que precisaram se isolar do vírus da COVID-19, mas não puderam se esconder de seus algozes, tanto psicológica quanto fisicamente, no ambiente da casa.

Voltando ao fator saúde de forma mais ampla, o Brasil possui um Sistema Único de Saúde (SUS) que prevê um cuidado universal dos cidadãos, mas devido às políticas de austeridade fiscal implementadas nos últimos anos, os recursos destinados ao SUS têm diminuído, dificultando o acesso aos serviços de saúde públicos. É nesse contexto de fragilização, de sucateamento do SUS e de maciça precarização dos recursos humanos que atuam nos serviços de saúde pública que a COVID-19 chega ao Brasil em 2020 (DWECK *et al.*, 2021; MORETTI, 2020).

Assim como algumas patologias e transtornos estudados pela saúde pública no país, a violência tornou-se endêmica. O desfecho de atos de violência contra a pessoa pode vir a causar lesões com demanda de atendimento nos serviços de saúde, ocupação de leito em Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 2008) e morte. Daí a importância - ou a necessidade - de tomarmos as diversas formas de violência também como objeto de estudo da saúde coletiva.

Um país marcado pela violência estrutural amplia e expõe as vulnerabilidades sociais da população ao limitar o acesso à vida, à saúde, à segurança pública, mesmo sendo esses direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, urge pensar a presença (ou ausência) da implementação das políticas públicas que dissertam sobre essas temáticas que atravessam a vivência da população.

Esta dissertação tem como espaço geográfico o município do Rio de Janeiro, presente em nossos noticiários não apenas como a cidade maravilhosa, mas principalmente como um território em constante conflito de facções e essa compreensão requer o cuidado de interpretação, não o tornando palco de uma categoria única de relações sociais (SZABÓ;

RISSO, 2018), mas percebendo o funcionamento da dinâmica na construção dos diversos tipos de violência e os fatores implicados. O que acontece na cidade se reflete em todo país, dada às devidas proporções, e para o mundo como o retrato do Brasil.

É imprescindível atentar para o fato de que, em momentos críticos como a crise sanitária da pandemia de COVID-19, as mulheres tendem a ser mais afetadas em uma sociedade patriarcal, uma vez que a estrutura as coloca na confluência de fatores que realçam sua condição de vulnerabilidade social, racial, econômica, territorial, entre outras (BARROSO; GAMA, 2020). Historicamente, coube às mulheres exercer o cuidado - seja dos membros de sua família (sem remuneração), seja em atividades laborais essenciais, mas pouco valorizadas na sociedade e com salários baixos - babás, cozinheiras, empregadas domésticas, cuidadora de idosos, auxiliares e técnicas de enfermagem, enfermeiras e outras. Em tempos de pandemia, aquelas que exerciam atividades no domicílio foram as primeiras a perderem seus empregos (geralmente, vínculo precarizado). Enquanto aquelas que exerciam atividades na área de saúde atuavam na linha de frente, em ambientes nos quais o risco de contágio era maior.

Mesmo com o número de famílias chefiadas por mulheres tendo crescido 105% entre 2001 e 2015, com 87% das famílias monoparentais chefiadas por mulheres (CAVENAGHI; ALVES, 2018) - e isso apontar para uma mudança no perfil sócio demográfico da constituição familiar no Brasil -, é importante questionar o que pode ser considerado um avanço no sentido de representar um afastamento do modelo patriarcal de família e de sociedade: observa-se que há maior valorização e favorecimento dos homens, que ocupam a maior parte dos cargos de chefia e possuem maiores salários quando comparados com mesmos postos assumidos por mulheres (RUFINO, 2020; SAMPAIO, 2021).

De acordo com o estudo “Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil” (IBGE, 2019), a variável cor/raça explicita o fato de que 47,8% das mulheres negras são trabalhadoras informais e ganham cerca de 44,4% do salário de homens brancos, configurando-se como o grupo em maior desvantagem no mercado de trabalho. No município do Rio de Janeiro, as mulheres ganham 17,1% a menos do que os homens (CASA FLUMINENSE, 2020).

Tais dados reafirmam que as mulheres, principalmente as pretas e pobres, são as mais atingidas pela crise sanitária pela qual passa o Brasil e, neste trabalho, será analisado especificamente o município do Rio de Janeiro. Ressalta-se o fato de que a essas mulheres é cobrado o dever do cuidado — dada a natureza de grande parte das funções e cargos que ocupam — e que, em contrapartida, o Estado pratica contra elas um tipo de violência não

especificado na Lei Maria da Penha: a violência institucional (CHAI *et al.*, 2018; MOREIRA *et al.*, 2020; SILVA, 2021).

No que tange ao enfrentamento das violências contra as mulheres, as políticas públicas atuais mostram-se insuficientes e, por vezes, ineficientes. Assim, boa parte das ações pela proteção das mulheres vítimas de violência concentra-se no terceiro setor, que busca, em meio à falta de acesso delas aos dispositivos públicos, encorajá-las a denunciar e realizar atendimentos pontuais (ROCHA *et al.*, 2021; FORNARI *et al.*, 2021). A falta de participação do poder público na produção de diagnósticos e proposição de encaminhamentos e soluções colabora para o aumento da desinformação e da ocorrência de atos de violência enquanto grande parte das mulheres permanecem à margem da proteção estatal.

Nesse contexto de violência estrutural, em uma cidade na qual as balas “perdidas” encontram corpos demarcados como matáveis em meio à constante disputa de território e poder pela polícia, tráfico e milícias, encontramos a gestão e as instituições públicas mergulhadas em crise financeira e fiscal que desarticula a rede de serviços e dispositivos de saúde, assistência social e educação (SILVA, 2020). Dada às características distintas do território, a dispersão do vírus SARS-CoV-2 pode impactar de forma diferenciada a população, principalmente no que se refere à renda, ao gênero e a raça/cor dos sujeitos residentes no Rio de Janeiro.

Este trabalho surge, primeiramente, do aproveitamento de experiências que tive no trato com a violência contra a mulher durante minha atuação no Juizado de Violência Doméstica e Familiar no Rio Grande do Norte - detalhes destas experiências estão escritas na apresentação deste trabalho, e pelo curso que participei – 1º Curso de Capacitação no Atendimento às Mulheres da Maré –.

Diante de um “novo normal” que se instalou no mundo pandêmico e das possibilidades de estudo associados às experiências prévias, surgiram como impulsionadores para esta pesquisa algumas questões: a violência e a saúde das mulheres podem ser garantidas no ambiente doméstico no Rio de Janeiro? Qual a ameaça mais próxima? Viver na cidade onde grande parte do que ameaça está diante dos olhos, ou morrer vítima de um vírus que não se enxerga a olho nu? As medidas de isolamento e distanciamento social preconizadas pela OMS acabam eclipsadas pela necessidade de proteger-se de inimigos que parecem mais imediatos: o fogo cruzado, a falta de renda, a fome. Além disso, a desigualdade dos indicadores socioeconômicos entre as mulheres traduziu-se, para certos grupos, como impossibilidade de manter-se em casa, logo, como não adesão ao isolamento.

Por trás dessas simples perguntas, houve a intenção de acompanhar dados e a realidade

do município referente às recomendações do início do “*lockdown* envergonhado”¹ garantido pelo governo de extrema direita de Wilson Witzel e, posteriormente, assumido o governo por Cláudio Castro. Além disso, adicionar a este recorte a questão da violência de gênero, pois é sabido que, durante o ano de 2020, dois governadores passaram pelo estado do Rio de Janeiro, o que interferiu fortemente nas ações contra a pandemia de COVID-19 e de assistências às mulheres.

Nessa perspectiva, serão levantados dados acerca da distribuição espacial da violência numa leitura mais ampla, com foco na violência contra a mulher e a possibilidade de essa ter sido influenciada pelas ações de enfrentamento à doença, com relevo para o isolamento social. Assim, buscar-se-ão observar relações entre a incidência de COVID e a violência contra a mulher.

Além das fontes governamentais de casos notificados e reconhecimento de normativas dos órgãos públicos de proteção à mulher, há iniciativas locais propostas pelo terceiro setor. Seguindo esse caminho, que vai da compreensão da violência e suas diferentes repercussões no território e no cotidiano dos moradores em um contexto de crise sanitária e social, pretende-se adicionar informações advindas do terceiro setor para a associação entre a epidemia da COVID-19 e a violência, com maior acento nas formas de violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro.

Como metodologia, utilizamos o método quantitativo, na intenção de observar alguns dados adquiridos durante um período da COVID-19 no ano de 2020, através da exploração de fontes e uma análise descritiva desses elementos. Sustentando esse levantamento de dados, seguimos em uma análise dos aspectos primordiais para a violência contra as mulheres no município do Rio de Janeiro, como será possível observar nos capítulos de desenvolvimento. Carregamos como objetivo a coleta de dados através da descrição e da exploração de fontes, procedendo fundamentalmente através dos procedimentos de pesquisa bibliográfica.

Assim, há, aqui, uma tentativa de colaborar com a urgente necessidade de se discutir sobre a violência de gênero, especificamente a das mulheres, principalmente em suas especificidades durante o início da pandemia da COVID-19 no município Rio de Janeiro. Como consequência, busca-se colaborar com um autoaprimoramento profissional e acadêmico e reforçar a urgência em se enxergar a violência e como medidas governamentais (ou não) se fazem necessárias contra esses crimes.

¹ Termo retirado do título da reportagem do El País. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-03-07/rio-de-janeiro-adota-lockdown-envergonhado-enquanto-infecoes-pela-COVID-19-aceleram.html>. Acesso em: 29 mar. 2023.

2 JUSTIFICATIVA

Como dito rapidamente na apresentação deste texto, diante das necessidades de desenvolvimento acadêmico nos limites pandêmicos, precisei alterar o projeto de pesquisa por falta de viabilidade de elaborar uma escuta/entrevista com mulheres encarceradas que não recebiam visitas na prisão. Diante disso, auscultei minhas próprias experiências e, junto a minha orientadora, chegamos ao pensamento de que pensar as mulheres, que sempre foram o foco do meu projeto, mas no contexto de outro tipo de violência: a de gênero, no início da pandemia – já que adentrei ao mestrado em 2020, quando o Brasil iniciava a sua primeira onda de COVID-19 – fazia-se urgente diante de todo o caos tanto do governo de extrema-direita em que as mulheres foram ainda mais rechaçadas, tanto pelo ex-presidente em voga quanto pelo machismo que marchava em seus discursos, que provavelmente aumentaram a ojeriza de muitos homens contra suas próprias companheiras, o que é sabido, pelo senso comum, que é uma das bases para toda violência contra a mulher.

Diante de toda esta necessidade de pensar as mulheres em seus lugares de não-direito e de não-cuidado, quisemos elaborar esta pesquisa para que as mulheres, principalmente da localidade em que estou – município do Rio de Janeiro -, mesmo com as subnotificações, com os dados de suas mortes não reconhecidos ou ignorados tivessem um espaço, mesmo que acadêmico, para ressaltar a injustiça contra estas mulheres, visto que o Governo também falha em protegê-las.

A pandemia da COVID-19 transformou as casas, que já eram os lugares em que as violências contra a mulher mais ocorriam, assim como temos dados que os seus maiores alcoses são seus próprios familiares e pessoas próximas e íntimas, em ambientes de mais receio ainda: tanto o vírus da covid quanto do machismo impregnaram o espaço residencial, cujos fatores econômicos e de raça pioram ainda mais tais problemáticas, fazendo com que ações da população se mostrassem pungentes para que as mulheres conseguissem pedir ajuda e se defender de seus agressores.

Este trabalho, portanto, justifica-se na necessidade de observar as ocorrências contra as mulheres durante o início da pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro, para que possamos pensar tanto no setor da saúde em sua ação, também, de angariar dados de forma certa sobre tais violências, quanto do terceiro setor em auxiliar o estado a alcançar dados mais honestos sobre estes casos contra as mulheres.

Além disso, quisemos contribuir com a discussão acadêmica, principalmente para

trazer informações imediatas à academia sobre o recorte violência contra as mulheres e saúde, em um trabalho ousado e perigoso, em várias formas de pensar essas palavras, no início da pandemia da COVID-19. Por mais que tivéssemos, e tínhamos, limitações neste trabalho – dados, pesquisa, acesso às informações do terceiro setor – acreditamos que isso também geraria uma resposta à sociedade e ao conhecimento sobre a violência contra a mulher e como esse gênero é suscetível, sempre, a sofrer além das violências que já são inerentes a todos indivíduos, a sofrer mais do que o medo de adquirir a COVID-19, ou seja, como este gênero foi e é esquecido sempre em sua não garantia de direitos, principalmente, à vida.

3 OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a existência de associação entre a morbimortalidade por COVID-19 e as violências, em geral e contra as mulheres, no município do Rio de Janeiro, bem como conhecer as ações governamentais implementadas para a proteção da mulher ameaçada de violência.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Levantar dados sobre morbimortalidade por COVID-19 nas áreas do município do Rio de Janeiro;
2. Identificar as políticas e as ações públicas realizadas no enfrentamento à violência contra as mulheres durante a pandemia de COVID-19 no município do Rio de Janeiro.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 VIOLÊNCIA E SAÚDE

Em 2001, a violência passou a ser reconhecida como uma questão problemática para a saúde, fazendo com que a construção de políticas públicas passasse a considerar o necessário olhar multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial para o fenômeno da violência no país (MINAYO, 2001). Em 2005 – após a Portaria 737 MS/GM de 16 de maio de 2001 – o governo federal publicou a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência (BRASIL, 2016). Essa política surgiu da necessidade de tanto cuidar quanto obter dados sobre esses fatos e, assim, direcionar melhores políticas para cada tipo de acidente e violência ocorrida no Brasil, tanto a nível federal quanto associado aos municípios e estados.

Sobre a segurança pública no Brasil, observamos que ela conta com forte aparato do Estado para atuar em amplas frentes com o intuito de garantir a ordem social, mas suas ações são majoritariamente formas de repressão através de dispositivos de controle e de “proteção” que não se resumem apenas à Polícia Militar - mas essa é a que aparece para a população mais comumente. Assim, a violência no país, mesmo com um vasto campo de políticas públicas que dissertam sobre ações necessárias de enfrentamento, tem sido combatida com forte armamento na construção de um ideal de segurança, que tem por base a violência, que está fadado ao fracasso (BARROS; FIGUEIREDO; LIMA, 2021).

Para se ter uma ideia, hoje são mais de 400 mil policiais militares em território nacional, que estão de maneira mais ostensiva no território, e pouco menos de 90 mil policiais civis que estão diretamente ligados à investigação acerca dos crimes praticados no território (FBSP, 2022). Pensar sobre violência hoje no país é entrar em um debate onde predominam as ideias sobre encarceramento, armamento da população e maior inserção da polícia dentro de comunidades. Ou melhor, o país, estados e municípios têm enfrentado os problemas de segurança pública brasileiros, no entanto, os elevados índices de violência no Brasil, em todos os fatores que surgem em sua elevação, desigualdades, tráfico e falta de políticas eficazes, reforçam que as ações violentas contra a própria violência não se fazem eficazes.

Ações voltadas para mitigar os efeitos da violência que no tecido social foram realizadas no contexto pós-ditadura militar, mas ainda é o modelo de repressão policial o que perdura até os dias atuais. Projetos voltados para a política de paz (Pacto pela paz em Pernambuco e Usinas de paz no Ceará são exemplo mais diretos) são realizados concomitantemente com a guerra às drogas (FREIRE, 2009), implementada mais fortemente

nos anos 1990, após a aprovação da Lei 8.072 de 25 de julho de 1990, com foco em crimes que envolvessem o tráfico e o consumo de drogas (CIRILO; SERRA; SOUZA, 2020). A repressão e o encarceramento aumentaram e a violência acompanhou a tendência de crescimento.

Mais especificamente na cidade do Rio de Janeiro, através do que Magalhães (2021) chama de “experimentações biopolíticas”, foram criadas as já falidas UPP (Unidades de Polícia Pacificadora) (2008) — que tinham o intuito de aumentar o controle do Estado em territórios tomados por grupos paramilitares e hoje restam poucas, em estado de grande depredação no município — e o “novo” programa “Cidades Integradas” (2021), lançado pelo atual governador Cláudio Castro, que vem como um projeto de inovação na segurança pública, mas tem servido para intensificar cada vez mais o controle e o extermínio das populações jovens, negras e periféricas, com frequentes incursões policiais letais sobre os territórios empobrecidos, a exemplo dos massacres da Vila Cruzeiro, em 2021, com 23 mortos, e do Jacarezinho, em 2022, com 28 mortos. Em outros termos, isso significa mais um insucesso governamental na luta contra a violência urbana, ressaltando seus fracassos justamente ao lidar com a população mais vulnerável.

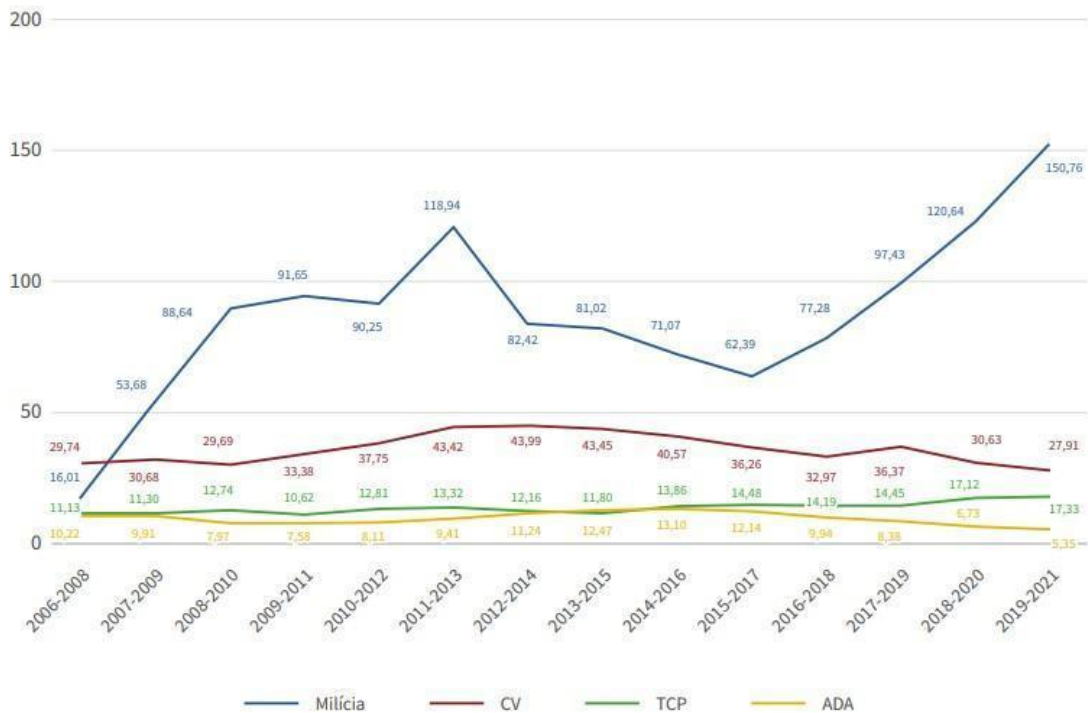
Esse cenário é potencializado pela disputa por territórios, tanto pelas facções já estabelecidas na cidade, como pelas milícias que ganharam espaço com o passar dos anos (CANO; DUARTE, 2012; MANSO, 2020; HIRATA, 2020) e, de acordo com o Mapa Histórico dos Grupos Armados do Rio de Janeiro, estudo liderado por Hirata e Couto (2022), há o domínio de 387% a mais de territórios que no início dos anos 2000. Ainda, segundo o estudo, a área total do município do Rio de Janeiro sob controle territorial armado chega a 29,8% (203, 28 km²), com aumento de 194,4% no período entre 2006 e 2021 (figura 1), divididos entre as milícias e as facções: CV (Comando Vermelho), o TCP (Terceiro Comando Puro) e a ADA (Amigos dos Amigos).

É importante ressaltar, como afirmam os autores no relatório supracitado, que o crescimento das milícias não está intrinsecamente ligado à disputa por territórios com as facções CV, TCP e ADA, mas sim à expansão do controle territorial armado para novas áreas no município. Para se ter dimensão do tamanho da expansão: enquanto Zona Sul, Centro e Zona Norte possuem um aumento do controle territorial armado em 5,2%, 37,6% e 39%, consecutivamente, a Zona Oeste, reduto das milícias no Rio de Janeiro, ostenta 313,2% no aumento do controle territorial armado, entre os anos de 2006 e 2021. As milícias, grupos paramilitares que mais cresceram na cidade do Rio de Janeiro na última década, atuam com grande capacidade coercitiva nos territórios onde se instalam, exercendo poder, autoridade e

regras para melhor funcionamento de seus negócios, adentrando também na esfera política, atuando com poderio criminal em questões que dizem respeito à cidade como um todo e, principalmente, no território da Zona Oeste da cidade, a qual concentra maior território sob comando das milícias. Isso significa que as milícias são uma ameaça à população e ao Estado e elas reforçam as inúmeras violências e abusos de poder quando observamos a instalação destes grupos criminosos, principalmente nas comunidades mais vulneráveis.

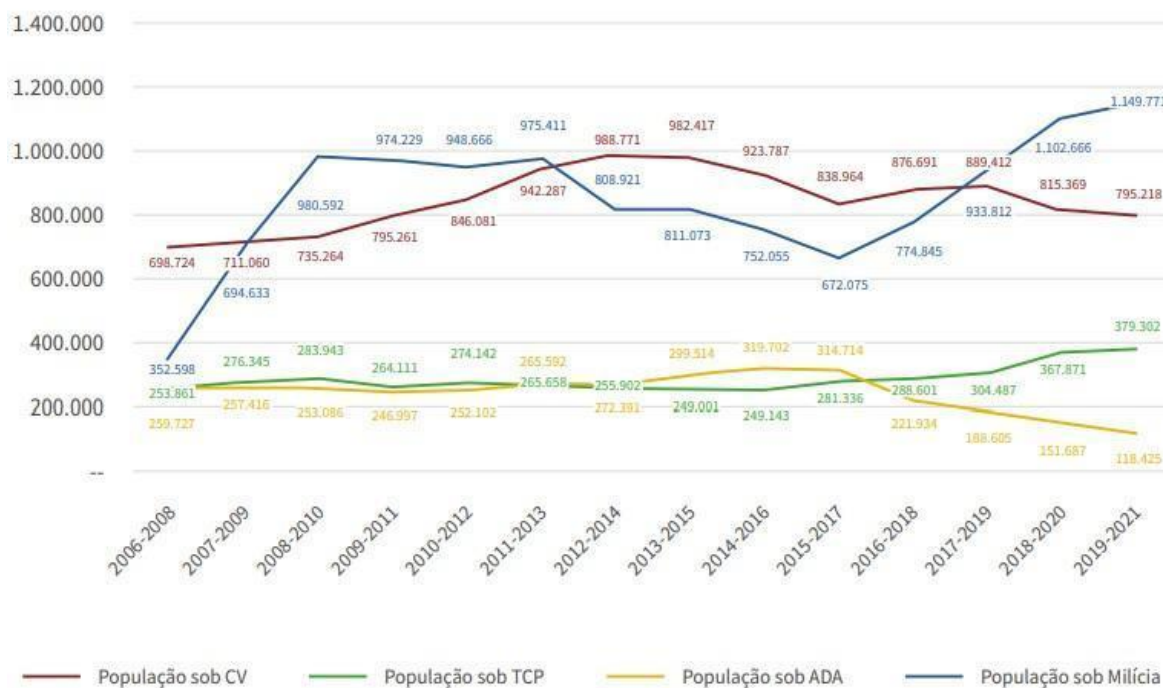
Há também a inserção das igrejas evangélicas na forma de gerir o território em que as milícias atuam, que está diretamente ligado à esta dinâmica de gestão criminal (ALVES, 2022).

Figura 1 - Área total da capital sob controle por grupo armado



Fonte: GENI/UFF; Instituto Fogo Cruzado, 2022

Figura 1 - População total da capital sob controle por grupo armado.



Fonte: GENI/UFF; Instituto Fogo Cruzado, 2022.

É observável, no gráfico 2, que as milícias, grupos paramilitares que mais cresceram na cidade do Rio de Janeiro na última década, atuam com grande capacidade coercitiva nos territórios onde se instalam, exercendo poder, autoridade e regras para melhor funcionamento de seus negócios, adentrando também na esfera política, atuando com poderio criminal em questões que dizem respeito à cidade como um todo e, principalmente, no território da Zona Oeste da cidade, onde concentra maior território sob comando das milícias (ALVES, 2022).

Isso não isenta a participação ativa de outros grupos paramilitares, como as facções, na gestão de territórios e como isso impacta a vida da população, seja no acesso aos serviços de saúde, seja no acesso à infraestrutura, que permite uma melhor vivência nos territórios onde habita majoritariamente a população pobre do município do Rio de Janeiro. Estudar os diversos grupos paramilitares neste território aponta problemas metodológicos e éticos que exigem maior maturação e cuidado (ARAUJO; CORTADO, 2020).

Machado da Silva (2004) nos traz o termo “sociabilidade violenta” para apresentar de que forma as violências, presente nestes territórios de conflito, saem do campo simbólico e se

materializam nessa guerra permanente pelo controle não apenas do território, mas, sobretudo, dos corpos e suas vivências enquanto sujeitos nas cidades.

Além do debate em torno da segurança pública, é imprescindível um olhar que considere a violência estrutural presente em nossa sociedade, que mantém a desigualdade no acesso, não apenas a serviços de saúde, mas fundamentalmente do que aproxima a população de condições dignas de vida (MINAYO, 2013). E este debate, que é urgente, deve ser realizado pelo próprio Estado, através da implementação de políticas já existentes para melhoria de vida da população, na segurança, na educação, na saúde e em tantas outras pastas que necessitam de um cuidado na elaboração e execução de leis e normativas. Mas episódios como o do assassinato de Marielle Franco, em 2018, é um violento demonstrativo de como as forças paramilitares podem atuar contra quem age para modificar a engrenagem.

Longe de ser um desafio a ser vencido, a violência no município do Rio de Janeiro, seu histórico, suas causas e métodos de prevenção e combate precisam passar a ser um objeto de estudo que tenha seus resultados levados a sério quanto a implementação de políticas públicas nos territórios da cidade. A participação popular no processo de combate ao que afeta diretamente os habitantes da cidade é uma grande barreira no horizonte da construção de um futuro digno para que se possa vivenciar a cidade e construir outros afetos.

Os dados sobre violência, nos diferentes territórios do Rio de Janeiro, presentes no capítulo “Resultados”, mais à frente no texto, colaboram para melhor compreensão das realidades e dispersão deste fenômeno no município.

5 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E COVID-19

Para introduzir a temática da violência doméstica no contexto da saúde, é imprescindível esclarecer que há primeiramente um campo da violência como um todo, a que nos atinge diariamente e derrama sangue sobre nossos pratos através dos telejornais na hora do almoço. Ou seja, aquela em que todos os indivíduos podem ser vítimas. A violência cotidiana não nos afeta somente sobre o medo — e somente isso pode nos render tantos outros artigos sobre violência e saúde mental — de sair às ruas, mas sobre todo o sistema de acesso à saúde (BRASIL, 2005).

Por causa disso, é preciso reforçar, mesmo que de forma antecipada, a importância do sistema de saúde no combate e prevenção da violência contra a mulher, mas deixar claro também que ele não é o único meio em que se devem pensar ações contra este tipo de violência. Por entender que o sistema de saúde, dos médicos aos assistentes sociais, incluindo todo o cuidado com a mente através dos psiquiatras e psicólogos, e, principalmente com esses profissionais, a possibilidade de confidencialidade e segurança da vítima em falar sobre as violências cometidas contra ela, chama-se atenção, neste trabalho, para a relação inevitável entre a saúde e a violência contra as mulheres. Para antes disso, traremos informações que desembocam nas especificidades da violência contra a mulher, mais especificamente de quando ela começou a ser tratada como algo problemático na sociedade em relação ao gênero feminino e, paulatinamente, associar a violência contra a mulher principalmente no estado vulnerável do lar em que a maioria das vítimas sofrem seus abusos. Logo depois, associar, também, à COVID-19 em sua possibilidade do agravamento e do silenciamento das mulheres durante o início da pandemia (incluindo, obviamente, as que não puderam “ficar em casa”).

Sendo assim, um passo importante no estudo da violência contra as mulheres no Brasil é observar as conquistas sociais, políticas, legais e jurídicas que devem garantir o acesso à proteção tanto das vítimas quanto das mulheres ameaçadas de violência. Cabe ao Estado, por meio de políticas públicas, a proteção da sua integridade e saúde física e mental.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi um passo importante para o que viriam a ser as leis garantidoras dos direitos das mulheres no Brasil. Nas décadas de 1930 a 1950, as mulheres passaram a ocupar outros lugares e não apenas o de cuidado da casa e da família, sendo inseridas na educação de forma mais ampla (GIORDANI, 2006). Nesse contexto, com a ascensão dos movimentos feministas em diversos países na década de 1960 e 1970, ficou explícita a necessidade da construção de diretrizes específicas para os direitos das mulheres, visto que tratar das questões de gênero requer um olhar mais

atento para violências impostas não só pela cultura e sociedade, mas por dispositivos estatais às mulheres.

Na década seguinte, com maior inserção da mulher no mercado de trabalho, a urgência dessa perspectiva desembocou na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres (CEDAW, na sigla em inglês), em 1979. Ainda assim, é importante observar que a DUDH reforçou a ideia de que somos iguais, o que abriu precedentes para que o Estado não pudesse negar as desigualdades de gênero. Então, nos anos de 1993 e 1994, a Declaração de Eliminação da violência contra a mulher e a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (Convenção de Belém do Pará), respectivamente, foram marcos na luta das mulheres pela efetiva garantia de seus direitos.

No Brasil, reverberando ainda os ventos da democracia pós-ditadura, a mulher enfrentou o fato de que a violência intrafamiliar era negligenciada pelo Estado, principalmente pelo fato de que a temática era considerada de ordem privada: “em briga de marido e mulher, não se mete colher”. Com a família no centro da construção social de um núcleo ideal para a vida em sociedade, a mulher permaneceu à margem do que seria o espaço público de conquistas de direitos e acesso à cidade. Assim, as desigualdades de gênero escancaradas na construção do ideal de família reforçaram os estigmas, a pobreza e as formas de exploração de mulheres nos diferentes espaços que passaram a ocupar (BIROLI, 2014).

Assim, mesmo com os instrumentos internacionais de proteção aos direitos da mulher, fazia-se necessária uma ação concreta para a implementação de políticas públicas para o fortalecimento desses instrumentos no nível local. Nesse cenário, começou a ganhar repercussão o caso de tentativa de feminicídio de Maria da Penha, farmacêutica, mãe de três meninas, moradora de Fortaleza, que teve que levar seu caso para as cortes internacionais exigindo a punição de seu companheiro, impune desde o ano de 1983.

Após a repercussão e a pressão internacional para que o país fosse responsabilizado pela negligência com o caso, foi sancionada, no Brasil, o que representa um marco para os direitos das mulheres no país, a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Além de criar mecanismos para intervenção do Estado nas esferas municipais, estaduais e federal, a Lei Maria da Penha especifica cinco tipos de violência: física, moral, patrimonial, sexual e psicológica.

Além de especificar os tipos de violência, a lei demarca o papel fundamental das redes socioassistencial, jurídica e de saúde no enfrentamento às violências contra as mulheres. Em dez anos de implementação, mais de 100 juizados especiais foram criados nos Tribunais de

Justiça pelo país (GÊNERO E NÚMERO, 2016), além de normativas que orientam a atuação profissional de diferentes categorias, em diferentes contextos, frente às violências, potencializando a importância de um trabalho em rede para lidar com o problema.

Um dado importante é o recuo do feminicídio na primeira década após a implementação da lei, mas o aumento na segunda, o que pode se justificar pelo fato de não ter sido o foco da lei no primeiro momento. Com a demanda crescente por um olhar voltado para o homicídio de mulheres principalmente por seus parceiros como fim de um processo de violência, foi sancionada a Lei 13.104/2015 - mais conhecida como a Lei do Feminicídio, que especifica o feminicídio como crime hediondo. Em cinco anos de implementação, observa-se ano após ano que o aumento do feminicídio se mantém e a lei reforça a importância do compromisso do Estado com o enfrentamento às violências que podem resultar na morte de milhares de mulheres todos os anos.

Um dos entraves ao êxito desse processo pode estar no fato de que a implementação de políticas locais, sem a centralização necessária do monitoramento e de informações, pode ser fragilizada por gestões municipais e estaduais, o que dificulta a transparência no processamento e exposição dos dados que elucidam para a sociedade que a violência de gênero no país é uma urgência constante (MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

Nos primeiros meses de 2020, o distanciamento social tornou-se uma medida de proteção contra a infecção pelo vírus da COVID-19, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS). O conhecimento acerca do comportamento da doença evoluiu significativamente, e, diante do temor suscitado pelas formas clínicas graves, algumas pessoas adotaram o isolamento total. Entretanto, o que para muitos representou proteção contra a doença, para algumas mulheres refletiu contornos de perigo à sua saúde física e mental. Informações publicadas pela ONU Mulheres indicam que, em alguns países, o número de vítimas de violência doméstica mais que dobrou, e, no Brasil, parece seguir também um padrão ascendente. Sabe-se que não é de hoje que a residência é um ambiente em que a violência do parceiro representa uma ameaça para as mulheres. Entre 15 de março e 30 de abril de 2020, no estado do Ceará, cerca de 90% dos atos de violência contra mulheres acontecem dentro de casa após adoção do isolamento social como prevenção para a infecção pelo SARS-CoV-2 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2020). No Rio de Janeiro, os registros de violência no ambiente domiciliar correspondem a 58% (O GLOBO, 2020), proporção ainda alarmante.

Esses números demonstram, primeiramente, que o caminho de enfrentamento às violências contra as mulheres ainda tem muito a ser percorrido. Segundo o Instituto de

Segurança Pública do Rio Janeiro (ISP/RJ), durante o período da pandemia, o número de registros de violência contra a mulher na cidade do Rio de Janeiro caiu 4,2% em relação ao mês de agosto de 2019, considerando todos os tipos de violência. No entanto, em 2020, os casos de estupro cresceram 6,5% em relação ao mesmo período (março a agosto) do ano anterior e 24,8% em agosto se comparado a julho do mesmo ano. Ressalta-se o fato de que 70% das vítimas eram menores de 17 anos. Logo, há deduções possíveis diante desses dados, por exemplo, que os dados anteriormente citados sobre as agressões ocorrerem primordialmente no ambiente residencial reforçam o entendimento de que o “fique em casa”, para as mulheres que puderam ficar, representou um lugar de ameaça e de violências, principalmente contra as mulheres mais jovens, as quais – no nível da hipótese – podem ser as que menos têm conhecimento sobre o que é violência, o que não é permitido e como denunciá-la.

Em sequência, O ISP/RJ (2020) afirmou que, em relação às denúncias de violência doméstica, houve uma queda de 19,1% nas ligações para a polícia civil e um aumento de 12,2% para a polícia militar. É possível que isso se deva à insuficiência da divulgação e relativo desconhecimento do canal de denúncias de violência contra a mulher - Disque 180, assim como à dificuldade de estabelecer contato com o meio externo a fim de pedir ajuda e proteção quando inserida em um contexto de violência.

A importância do recurso aos canais específicos de atendimento da violência contra a mulher reside no melhor preparo da polícia civil para lidar com essa situação, mas quando confrontada com diferentes situações que a convivência em um ambiente violento impõe à mulher, aparenta não fazer o efeito desejado. Parte disso foi a campanha em que, ao marcar um “X” nas mãos, a mulher demonstrava a necessidade de ajuda, algo que durante as primeiras ondas da pandemia foi amplamente divulgado pela mídia. Nessa campanha, a mulher passava a pedir ajuda em estabelecimentos, mas podemos interpretá-la como uma ação que surge como um adendo às políticas públicas já implementadas, mais uma tática da própria sociedade para enfrentar a violência contra a mulher no país.

A queda da notificação parece não representar diminuição da violência contra a mulher, visto que segundo o documento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) (2020) o feminicídio cresceu 22,2% em comparação com o mesmo período do ano passado. Isso representa um feminicídio a cada nove horas entre março e agosto daquele (FREIRE, 2009). Reforça-se aqui que a Lei 13.104/2015 especifica o feminicídio como crime hediondo.

O Atlas da Violência, publicação anual do FBSP, permite identificar os estados mais violentos e comparar as variações anuais do número de feminicídios. Segundo esse Fórum, as

unidades federativas brasileiras que apresentaram maior aumento no número de feminicídios durante a pandemia foram: Mato Grosso, 400%, Rio Grande do Norte, 300%, Acre, 100% e São Paulo, 46,2% (FBSP, 2020).

Existe, no território do município do Rio de Janeiro, uma particularidade que deve ser analisada ao observar a redução de 12% em casos de violência doméstica no período da primeira onda de COVID-19 – número referente ao estado como um todo –. A dinâmica nos bairros mais pobres da cidade faz com que a notificação desses casos se dê, em boa parte, pelo terceiro setor (ONGs) e estas notificações podem não estar sendo contabilizadas nos números oficiais.

Cabe ressaltar que a Lei 13.931, de 11 de dezembro de 2019 dispõe sobre a obrigatoriedade da notificação em casos em que haja indícios de violência contra a mulher por parte do corpo médico de estabelecimentos de saúde em até 24 horas do ocorrido (SENADO FEDERAL, 2019). Além disso, a lei sobre notificação compulsória em estabelecimentos de saúde existe desde 2006 e esta nova lei renova o texto para que haja celeridade na investigação e possível prisão de quem pratica violência contra a mulher.

Outra hipótese é que, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), uma grande proporção de mortes de mulheres por violência não é classificada quanto ao tipo de violência. Dados disponibilizados pelo TABNET-SUS, até o mês de setembro de 2020, indicam que 608 mulheres foram mortas e classificadas em tipo de violência "ignorado". Durante todo o ano de 2019, esse número chegou a 671, enquanto, em 2018, no município do Rio de Janeiro, 406 feminicídios constam nos dados oficiais com causa de morte violenta ignorada, como demonstrada na tabela 1.

Tabela 1 - Número de mortes de mulheres no município do Rio de Janeiro de jan/2018 à set/2020

Tipos de violência	Nº de morte de mulheres – até Set/2020	Nº de morte de mulheres - 2019	Nº de morte de mulheres - 2018
Homicídios	29	50	108
Acidentes	295	548	732
Suicídio	39	53	94
Outros	50	109	102
Ignorados	608	671	406
Não informados	26.137	29.254	27.798

Fonte: TABNET-Rio, 2022

Mesmo com a redução de casos de feminicídio no município, ou melhor, a redução dos dados, chama atenção o número de casos com causa de morte não informada ao sistema: quase trinta mil mulheres, em todos os anos observados. A ausência de identificação do tipo de violência representa uma limitação para o estudo, mas principalmente para o enfrentamento do problema.

Os casos de COVID-19 também tendem a se concentrar nos bairros mais pobres da cidade, onde existe maior aglomeração intradomiciliar e aglomerados subnormais. Outra associação possível para a relação COVID-19 e violência contra a mulher está justamente neste ambiente residencial em que não há a devida garantia da segurança e abrigo neste espaço, ao contrário, ressalta-se nestes aglomerados as injustiças e as faltas de direitos que, muitas vezes, são fatores que contribuem para o aumento da violência doméstica.

De todo modo, a subnotificação da COVID-19 pode ocorrer em diversas áreas do município, o que dificulta estabelecer as relações entre a maior incidência de COVID-19 e o maior número de ocorrências de violência contra a mulher.

Com o avanço dos casos de violência contra a mulher durante a pandemia, algumas ONGs se uniram para formar a Rede de atenção às mulheres da Maré, construindo um Fluxo de atendimento às mulheres em situação de violência (MARÉ ONLINE, 2020). Participam dessa rede a ONG Luta pela Paz, Centro de Referência de Mulheres da Maré (CRMM), Centro de Referência para Mulheres Suely Souza de Almeida (CRM), Casa das Mulheres (Redes da Maré), Observatório de Favelas, Caps II – Carlos Augusto da Silva (Magal) e a CAP 3.1. Foi realizado um curso de capacitação no Atendimento às Mulheres da Maré, do qual o pesquisador participou entre os meses de fevereiro e abril de 2021.

A busca por alternativas ao falho amparo do Estado frente às violências sobre mulheres - e sobretudo sobre as pessoas mais pobres - faz com que coletivos como esse surjam para pensar os territórios para além do que é colocado como possível. O que está em xeque é a urgência da união em prol de algo que precisa ter uma resolutividade imediata, ou minimamente, em que se consiga ser feita uma articulação entre os serviços disponíveis e as pessoas que estão à frente de entidades e dos coletivos de moradores. Diferentemente de ser um desafio, essa já é uma realidade presente não apenas na Maré, mas em outras comunidades no município do Rio de Janeiro, visto que possuem maior dificuldade tanto na ação dos agentes públicos quanto na elevação da inserção do terceiro setor.

5.1 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19

O Brasil conquistou na Constituição de 1988 o Direito Universal à Saúde, como direito da população e dever do Estado. O direito à saúde deveria ser compreendido como o “o direito ao estado vital saudável (estado de saúde) e o direito às ações e serviços de saúde e, também, um estado de saúde resultante de um modo de vida saudável” (PAIM, 2015, p.75). Posteriormente, em 1990, o Sistema Único de Saúde foi criado e regulamentado através da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Embora alguns fatores prejudiquem o seu funcionamento (cortes orçamentários, políticas de austeridade fiscais neoliberais, corrupção, outros), o SUS é uma potencialidade para o Brasil, visto que são poucos os países que se propõem a oferecer uma atenção integral à saúde de sua população.

De acordo com a Nota Técnica nº 1 do Observatório Monitora COVID-19 do ICICT/Fiocruz, abril/2020, os primeiros casos de COVID-19 no Brasil foram notificados nas metrópoles de São Paulo e do Rio de Janeiro em fevereiro/2020. Nesse período, a Europa estava se tornando o epicentro da pandemia – as cenas do colapso hospitalar da Itália e da Espanha eram rotina nos noticiários brasileiros. Embora os estudos brasileiros de soroprevalência apontassem a alta incidência, pela ausência de identificação precoce dos casos e testagem dos comunicantes, a condução da pandemia foi realizada no escuro.

A COVID-19 é uma doença transmissível, de modo que, como afirma Lima *et al.* (2020, p.3) “mesmo nas grandes catástrofes, o infortúnio nunca é distribuído de forma igual”. À medida em que a transmissão passou a ser comunitária no Brasil, e os casos foram se interiorizando, pessoas em vulnerabilidade social passaram a ser mais contaminadas – possivelmente devido ao uso de transportes públicos lotados, às residências sem ventilação, à alta densidade de habitantes por m² nas casas, à necessidade de sair do *lockdown* para trabalhar e outras características – .

Para BARRETO *et al.* (2020), a Pandemia de COVID-19 será o maior desafio sanitário que a sociedade mundial enfrentará neste século, e, no Brasil, em função da desigualdade social e da alta prevalência de doenças crônicas entre aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade, esse será um desafio ainda maior.

Medidas eficazes na resposta ao COVID-19 foram realizadas por muitos países, sendo algumas delas: coordenação governamental, intervenção de saúde pública, intervenção de proteção social e mudanças comportamentais (SACHS *et al.*, 2020). Além da estrutura implantada do sistema de saúde, a capacidade de resiliência também precisa ser analisada,

visto que novas doenças (que se tornem epidêmicas) e/ou desastres impõem aos sistemas de saúde desafios para gestão da crise a ser enfrentada.

A APS (Atenção Primária à Saúde) tem papel fundamental na construção de fluxos de atendimento, notificação de casos e agravos e acesso da população aos serviços de saúde em suas diferentes complexidades, já que representa a porta de entrada do SUS e está localizada estrategicamente em microáreas territoriais, objetivando o cuidado integral, a proteção, a reabilitação e a redução de danos, além da prevenção de agravos e promoção de saúde às pessoas em suas individualidades e coletividades, respeitando os seus contextos e se orientando pelo cuidado humanizado, horizontal e intersetorial. O trabalho na APS tem como norte a multi, inter e transdisciplinaridade, para que os olhares possam se alargar e contribuir para a produção de uma saúde contrária à lógica medicalocêntrica.

Caetano *et. al* (2020) trazem a exitosa experiência de Pernambuco. Em meio à crise sanitária, construíram-se hospitais de campanha com melhor manejo no tocante à humanização do espaço das enfermarias e UTIs e o Hospital Maternidade em Recife foi dedicado para atendimento a pacientes que buscavam assistência na Capital. Mas não apenas: a utilização da Atenção Primária na resposta sanitária de combate à pandemia com 130 Unidades de Saúde da Família (atividade assistencial exclusiva) foi crucial para a mitigação de casos. O Estado também lançou mão do uso de tecnologia (aplicativo Atende em Casa, *drones* para comunicação em saúde em territórios de difícil acesso e alta incidência (veiculavam a voz dos agentes comunitários de saúde e/ou lideranças locais), além da capacitação de recursos humanos por EAD.

No município de Niterói, região metropolitana do Rio de Janeiro, a atenção primária à saúde vem mostrando força, atuando no território com equipes multiprofissionais e presença comunitária desde 1979. Isso possibilitou a realização da identificação da população em vulnerabilidade. Assim, o gestor planejou ações estratégicas, assim como implementou medidas de proteção social. Dada a rede instalada e a capilaridade do SUS, a gestão local realizou ações de promoção e vigilância em saúde no território, com o fito de conter a dispersão do vírus no município. O gabinete de crise implantado no município foi fundamental para orientar a gestão local tanto no planejamento das ações de resposta à crise sanitária, como para as medidas emergenciais de auxílio econômico para a população - o município apoiou desde a população que se encontrava em vulnerabilidade social (população em situação de rua, desempregados, e outros) como também facilitou o acesso a empréstimos aos empresários (MEI, pequena e média empresa) cujas atividades estavam suspensas em função das medidas quarentenárias -. A capilaridade do SUS no município facilitou as ações

de comunicação em saúde com as lideranças locais dos territórios vulneráveis (JUNIOR *et al.*, 2020).

O município foi responsável pela execução de ações estratégicas de combate e respostas à pandemia no estado, direcionadas pelo gabinete de crise criado em janeiro de 2020 (composto por algumas secretarias municipais e pesquisadores da área de saúde pública) - Grupo de Resposta Rápida ao novo coronavírus -. As ações de combate à crise sanitária do município foram alinhadas com os protocolos nacionais e internacionais. Dentre as ações realizadas, destacam-se a compra de testes rápidos, tendo sido o primeiro município do Estado do Rio de Janeiro a realizar testes, e a vigilância epidemiológica intensificada, com georreferenciamento de casos, rastreamento e testagem de contatos, visando a identificação precoce das áreas de risco de transmissão e interrupção da cadeia de transmissão do *SARS-CoV-2*; entre outras ações que impactaram positivamente, resultando em uma baixa taxa de mortalidade.

As APS dos municípios tornaram-se protagonistas na testagem de pessoas sintomáticas no período de alta da COVID-19 em todo o Brasil, além de ser fundamentalmente importante no acesso de mulheres aos direitos básicos, como à saúde. Elas frequentam as unidades básicas de saúde, para quem as ações comumente são voltadas nos territórios desde a implementação do cuidado integrado à saúde da mulher, hoje no Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004). Ou seja, as APS também são a principal porta de entrada para a notificação de violência contra a mulher em estabelecimentos de saúde.

Embora a oferta de Atenção Primária tenha avançado bastante nos últimos anos, a Atenção Hospitalar não avançou tanto. Inclusive, após o golpe de 2016, o que se observou foi um sucateamento do SUS – com tentativas de colocar fim aos programas criados em gestões anteriores (programa mais médicos, farmácia popular, SAMU, NASF e outros) (MORAES; SANTOS; BOTELHO, 2020). Há que se considerar que “a pandemia evidenciou as fragilidades estruturais do SUS associadas à ausência de uma arquitetura institucional fiscal compatível com um sistema único de saúde”, público e universal (DWECK; MORETTI; MELO, 2021). Assim como a importância de uma gestão que não estivesse apenas com foco na crise sanitária, mas também no direcionamento de verbas para investimentos cruciais no combate ao avanço do vírus, em um comprometimento sanitário e fiscal.

Como caracterizado por Paes-Sousa (2021), ocorreram grandes equívocos na gestão da pandemia no Brasil. Segundo o autor, um desses tem relação com a apatia do Ministério da

Saúde (MS), que não traçou uma estratégia sustentada, que pudesse superar o subfinanciamento do SUS, bem como a redução de sua vulnerabilidade:

Não foi reduzida sua insuficiência de unidades de saúde, serviços, equipamentos e pessoal. Foram preservadas tanto sua dependência ao setor privado quanto a desigual distribuição de serviços de saúde no Brasil. Tampouco se enfrentaram os déficits de organização regional e dos diversos níveis de hierarquização. Manteve-se a baixa regulação dos subsistemas privado e de saúde indígena (PAES-SOUSA, 2021. *n.p.*).

O autor supracitado destaca, ainda, que, embora o país tenha o SUS, em decorrência do fracasso do governo federal na implementação de políticas públicas para combater a pandemia, o Brasil ficará com sua reputação internacional comprometida, ao passo em que avançará o enfraquecimento das instituições nacionais.

A pandemia é um grande desafio a ser vencido pelo SUS, que está subfinanciado e vem sendo sucateado nos últimos anos devido às políticas de austeridade fiscal. Lima *et al* (2020, p. 3) apontam que vários países, como o Brasil, saíram-se pior no enfrentamento da pandemia do que a OMS esperava devido às escolhas inadequadas; e que há necessidade da valorização da gestão pública para o enfrentamento de crises sanitárias e humanitárias emergenciais.

Com atuação solidária e responsável, o Brasil foi, há pouco mais de uma década, exemplo no combate à disseminação no Brasil do vírus H1N1. À época, alguns países já apresentavam transmissão comunitária, levando a OMS a elevar o risco pandêmico para o nível 5. Dentre as ações do Ministério da Saúde que impactaram positivamente numa resposta ao combate do vírus H1N1, destaca-se a governança eficaz e as:

medidas, em consonância com estados e municípios, para propiciar uma efetiva atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento desta emergência: monitoramento e ações de vigilância; notificações de casos; monitoramento de portos, aeroportos e fronteiras; recomendações aos viajantes; assistência aos casos e contatos; divulgação nos meios de comunicação; estruturação das redes de saúde; aquisição de insumos e tratamentos, além do desenvolvimento de capacidade para produção da vacina contra o vírus influenza A (H1N1)” (TEMPORÃO, 2009).

Em meio a esta crise na gerência da situação sanitária em decorrência da *SARS-CoV-2*, surge o Consórcio Nordeste com o intuito de promover a integração nacional, respeitando as especificidades de cada Estado (à época composto por nove governadores, de seis partidos políticos diferentes, 27 senadores e 151 deputados federais). Portanto, houve atuação conjunta e coordenada através de câmaras temáticas.

No combate à pandemia da COVID-19, organizaram-se ações nos Estados através de Comitê Científico do Nordeste: fornecendo subsídios para atuação dos governos nas respostas sanitária locais, baseando-se nas evidências científicas discutidas no comitê; realização de compras coletivas de insumos e equipamentos; implantação e disponibilização do Monitora COVID-19; Desenvolvimento do Painel Monitora COVID-19; Instrumentalização da sala de situação; uniformizando as ações, com respeito às especificidades dos diferentes territórios de cada Estado; brigada emergencial da saúde – compra da vacina *Sputnik V* (Instituto de Pesquisa Gamaleya, Rússia). Não se pretendeu, com a governança proposta pelo Consórcio, substituir as estruturas dos Estados e da União, mas buscar respostas à emergência sanitária vivida, mostrando-se fundamental no combate ao vírus nos territórios, além de mostrar força política para frear a falta de atenção e de informação das autoridades sanitárias nacionais que tinha como porta voz o Ministério da Saúde (ARAÚJO, 2022; SILVA, 2020).

Na escala municipal, os casos de COVID-19 também tendem a se concentrar nos bairros mais pobres da cidade, onde existe maior aglomeração intradomiciliar e aglomerados subnormais. De todo modo, a subnotificação da COVID-19 pode ocorrer em diversas áreas do município, o que dificulta estabelecer as relações entre a maior incidência da COVID-19 e o maior número de ocorrências de violência contra a mulher.

Em muitos dos territórios, é observado que o atendimento, ao ser realizado em uma Unidade de Pronto Atendimento que fique próximo ao território de favelas e de comunidades, considera-se como moradia o bairro mais próximo, até pela recente identificação de ruas, becos e vielas de locais como o Complexo da Maré, onde esse trabalho de reconhecimento teve início em 2015 (ANF, 2015). Assim, a subnotificação dos casos de COVID sobre o bairro, em que de fato o usuário acometido reside, é algo em processo de transformação para a própria comunidade, a fim de se reconhecer parte do território como é de fato. Além disso, o estigma de residir numa área vulnerável faz com que algumas vítimas de violência, ao fornecer os dados para preencher sua notificação, citem outro endereço de residência (de algum parente ou do trabalho).

A fim de frear a incidência de casos e óbitos por COVID-19 no complexo da Maré, as comunidades, em parceria com as ONGs presentes no território e a Fundação Oswaldo Cruz, organizaram um mutirão de testes para COVID-19, VOZ DAS COMUNIDADES, assim como realizaram outras campanhas de prevenção, que aconteceu, como vimos durante o ano, em algumas comunidades Brasil afora, como a disponibilização de material de limpeza nas

comunidades, alertas em rádios para sensibilização para os cuidados de si e do outro, entre outras (BOTELHO, 2021).

Faz-se urgente então pensar como a saúde urbana é afetada diretamente não apenas pelas iniquidades em saúde, que se escancaram diante de nossos olhos. Em um ambiente urbano, onde há a falta de saneamento básico para a maior parte da população, assim como acesso a condições básicas de higiene e a circulação maior de pessoas, vírus, bactérias, pensar em desigualdades sociais em saúde é sair da ideia de que é puramente pelo autocuidado que as pessoas conseguem prevenir doenças, mas ter a certeza de que a ocorrência de doenças e de problemas em saúde está diretamente ligada às condições de vida da população (BARRETO, 2007).

6 METODOLOGIA

Serão objeto de análise documentos que dissertam sobre ações voltadas, em nível municipal, à implementação da Lei Maria da Penha (agosto de 2006), após revisão bibliográfica. Entre esses, podemos citar o Plano de enfrentamento à violência contra a mulher, que traz a importância de ações intersetoriais e multidisciplinares no combate ao que se coloca como um desafio estrutural no tecido social brasileiro. A partir dessa revisão, o foco estará nas ações em andamento no Rio de Janeiro e, principalmente, as realizadas durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista o nível da violência contra as mulheres no município em estudo de março a dezembro de 2020, e esse recorte se justifica tanto diante da dificuldade de se trabalhar um texto em que as variantes e os dados estavam ocorrendo durante a produção deste trabalho quanto serve para observarmos com o máximo de informação possível o início da pandemia no município do Rio de Janeiro. Finalmente, pretende-se refletir acerca do diálogo entre as políticas públicas implementadas (ou não) por órgãos governamentais, ONG e as repercussões da epidemia na vida dos moradores e moradoras do município do Rio de Janeiro.

6.1 ABORDAGENS METODOLÓGICAS

O estudo usou duas abordagens metodológicas. A primeira, de caráter quantitativo, visou investigar a relação entre as taxas de morbidade por COVID-19 e a ocorrência de violência contra as mulheres. A segunda, qualitativa, consistiu na análise das ações realizadas durante a pandemia em relação ao enfrentamento à violência contra as mulheres.

Foram elaborados mapas através do software QGis versão 3.20.2, um sistema de informações geográficas de acesso gratuito no qual os nossos bancos de dados referentes à violência e à COVID foram georreferenciados e tiveram uma análise descritiva da distribuição dos eventos analisados em combinação com o mapa da cidade do Rio de Janeiro.

Dados secundários são utilizados em pesquisas epidemiológicas há muitos anos. No Brasil, embora alguns dados estatísticos estejam desatualizados, esses são instrumentos para gerar um cenário que permita o planejamento de políticas públicas. São muitos os países que não possuem indicadores. Portanto, conhecer o território e as condições de vida da população, por intermédio de indicadores, é um ponto de partida. Há limitações que precisam ser observadas na pesquisa, principalmente no que tange a escolha das variáveis que serão analisadas na pesquisa. No entanto, a análise espacial de dados estatísticos em saúde pública e

meio ambiente é uma potencialidade, visto que gera como resultado mapas e esses resumem a situação de saúde que está sendo investigada, servindo como índices para melhorias e ausências interventivas/ ou má aplicabilidade delas no combate à violência contra às mulheres em tempos pandêmicos.

Compreender esta pandemia é um desafio sanitário mundial do século atual. Barreto *et al.* (2020) afirmam que será um desafio complexo e ambíguo entender como ela se disseminará pelos territórios, pois além do embasamento teórico de pesquisas científicas, serão necessários dados estatísticos, os quais precisam ser confiáveis e de qualidade. Esses serão utilizados para elaborar projeções e para auxiliar na tomada de decisão dos gestores.

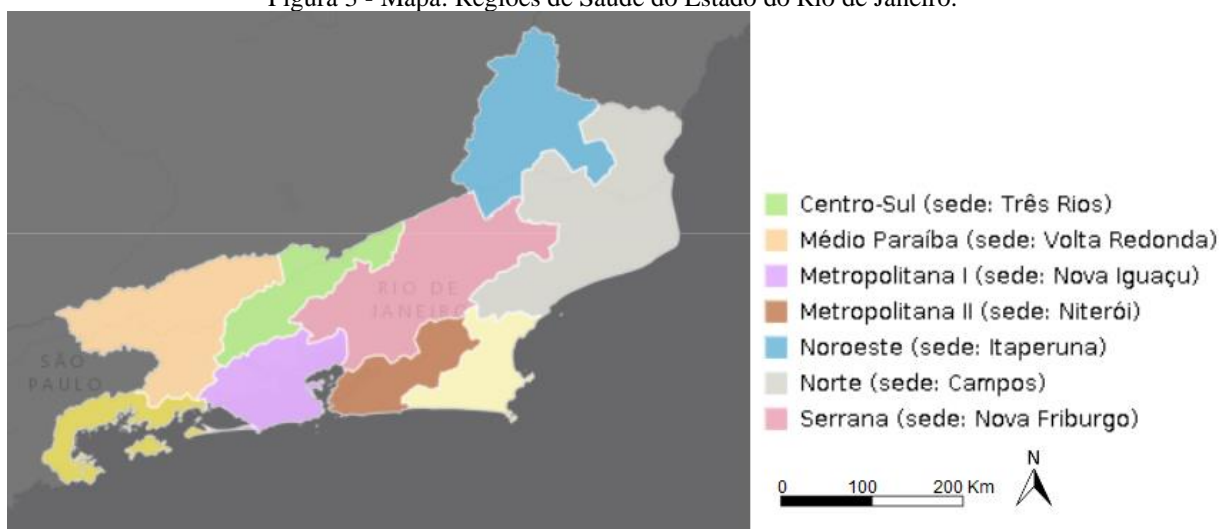
6.2. ÁREA DE ESTUDO

O Estado do Rio de Janeiro se localiza na Região Sudeste do Brasil e, de 1763 a 1960, foi considerada capital do Brasil, quando houve a transferência da corte portuguesa para cá, durante a invasão francesa em Portugal. O Rio de Janeiro, mesmo após a Independência do Brasil, continuou sendo a capital da nação. Apenas em 1960, quando houve a finalização da construção de Brasília, cidade criada justamente para abrigar as sedes dos poderes executivos, legislativos e judiciário, ou seja, a governança federal, que a cidade maravilhosa deixou de ser capital do Brasil. E este conteúdo histórico reforça ainda mais a importância de estudá-la em suas idiossincrasias ainda hoje.

Voltando aos dados geográficos da cidade, o Rio de Janeiro faz limite com os Estados de São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo. É composto por noventa e dois municípios e, administrativamente, é agregado em oito Regiões Administrativas: Baixada Litorânea, Centro-Sul Fluminense, Costa Verde, Médio Paraíba, Metropolitana I e II, Noroeste Fluminense, Norte Fluminense e Serrana (Figura 1).

Esta pesquisa fez a análise de dados do município do Rio de Janeiro. Este se localiza na região administrativa de saúde Metropolitana I, e de acordo com o IBGE a estimativa populacional do município para 2021 é de 6.775.561 habitantes. De acordo com o IBGE sua área possui aproximadamente 43.750,426 Km² (2020), e população estimada de 17.366.189 pessoas, com densidade demográfica de 365,23 habitantes/Km² (2010). Em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,761 – sendo o Rio de Janeiro o município com o segundo melhor IDH (0,799). A estimativa da população residente no município é de 6.775.561 habitantes. No Censo 2010 eram 2.954.817 mulheres e 3.360.629 homens (IBGE, [s.d]).

Figura 3 - Mapa: Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Ministério Público do Rio de Janeiro.

O município do Rio de Janeiro é dividido em 162 bairros (figura 3). Organizado para fins de segurança pública em 41 Circunscrições Integradas de Segurança Pública – CISP (Delegacias de Polícia Civil) (tabela 2). As CISP correspondem aos territórios de atuação e responsabilidade conjunta das delegacias distritais da Secretaria de Estado de Polícia Civil (SEPOL) e das companhias integradas da Secretaria de Estado de Polícia Militar (SEPM).

Tabela 2: Relação das CISP com os bairros que abrangem em seu território de atuação

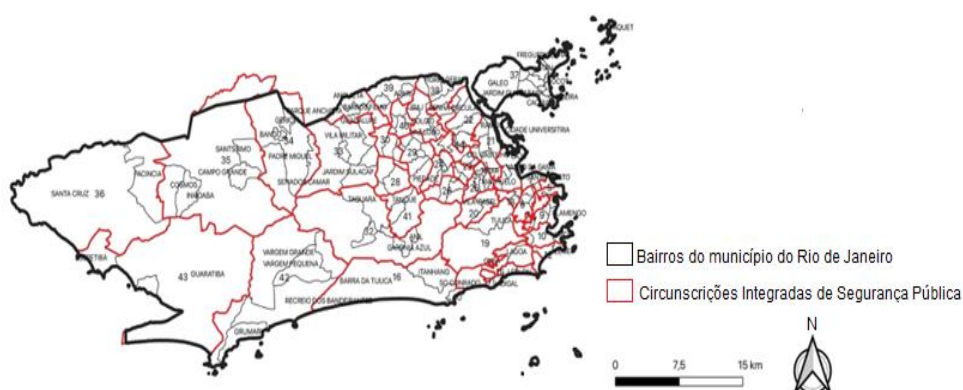
CISP	Unidade Territorial	Município
1	Centro (parte)	Rio de Janeiro
4	Centro (parte), Gamboa, Santo Cristo e Saúde	Rio de Janeiro
5	Centro (parte), Lapa e Paquetá	Rio de Janeiro
6	Catumbi, Cidade Nova, Estácio, Rio Comprido e Centro (parte)	Rio de Janeiro
7	Santa Teresa	Rio de Janeiro
9	Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória e Laranjeiras	Rio de Janeiro
10	Botafogo, Humaitá e Urca	Rio de Janeiro
11	Rocinha	Rio de Janeiro
12	Copacabana (parte) e Leme	Rio de Janeiro
13	Copacabana (parte)	Rio de Janeiro

14	Ipanema e Leblon	Rio de Janeiro
15	Gávea, Jardim Botânico, Lagoa, São Conrado e Vidigal	Rio de Janeiro
16	Barra da Tijuca, Itanhangá, Joá	Rio de Janeiro
17	Caju, Mangueira, São Cristóvão e Vasco da Gama	Rio de Janeiro
18	Maracanã, Praça da Bandeira e Tijuca (parte)	Rio de Janeiro
19	Alto da Boa Vista e Tijuca (parte)	Rio de Janeiro
20	Andaraí, Grajaú e Vila Isabel	Rio de Janeiro
21	Benfica, Bonsucesso, Higienópolis, Manguinhos, Maré e Ramos	Rio de Janeiro
22	Brás de Pina (parte), Olaria, Penha e Penha Circular (parte)	Rio de Janeiro
23	Cachambi, Méier (parte) e Todos os Santos (parte)	Rio de Janeiro
24	Abolição, Água Santa (parte), Encantado, Engenho de Dentro (parte), Pilares e Piedade	Rio de Janeiro
25	Engenho Novo, Jacaré, Jacarezinho, Riachuelo, Rocha, Sampaio e São Francisco Xavier	Rio de Janeiro
26	Água Santa (parte), Engenho de Dentro (parte), Lins de Vasconcelos e Todos os Santos	Rio de Janeiro
27	Colégio (parte), Irajá, Vicente de Carvalho, Vila Kosmos, Vila da Penha e Vista Alegre	Rio de Janeiro
28	Vila Valqueire, Praça Seca e Tanque (parte)	Rio de Janeiro
29	Cavalcanti, Engenheiro Leal, Madureira, Turiacu, Vaz Lobo, Oswaldo Cruz (parte), Cascadura e Quintino Bocaiúva	Rio de Janeiro
30	Bento Ribeiro, Campinho, Marechal Hermes e Oswaldo Cruz (parte)	Rio de Janeiro
31	Anchieta, Guadalupe, Parque Anchieta e Ricardo de Albuquerque	Rio de Janeiro
32	Anil, Cidade de Deus, Curicica, Gardênia Azul, Jacarepaguá e Taquara	Rio de Janeiro
33	Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar	Rio de Janeiro
34	Bangu, Gericinó, Padre Miguel e Senador Camará	Rio de Janeiro
35	Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo e Senador Vasconcelos	Rio de Janeiro
36	Paciência e Santa Cruz	Rio de Janeiro

37	Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia, Galeão, Jardim Carioca, Jardim Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ribeira, Tauá e Zumbi	Rio de Janeiro
38	Brás de Pina (parte), Cordovil, Jardim América, Parada de Lucas, Penha Circular (parte) e Vigário Geral	Rio de Janeiro
39	Acari, Barros Filho, Costa Barros, Parque Colúmbia e Pavuna	Rio de Janeiro
40	Coelho Neto, Colégio (parte), Honório Gurgel e Rocha Miranda	Rio de Janeiro
41	Freguesia (Jacarepaguá), Pechincha e Tanque (parte)	Rio de Janeiro
42	Recreio dos Bandeirantes, Barra de Guaratiba, Camorim, Grumari, Vargem Grande e Vargem Pequena	Rio de Janeiro
43	Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Sepetiba	Rio de Janeiro
44	Del Castilho, Engenho da Rainha, Inhaúma, Maria da Graça e Tomás Coelho	Rio de Janeiro

Essas circunscrições da capital do estado do Rio de Janeiro estão agrupadas em 17 Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP) que correspondem, geograficamente, às áreas de atuação de um batalhão da SEPM e às circunscrições das delegacias da SEPOL contidas na área de cada batalhão (figura 2). Essas AISP por sua vez estão agrupadas nas duas Regiões Integradas de Segurança Pública (RISP).

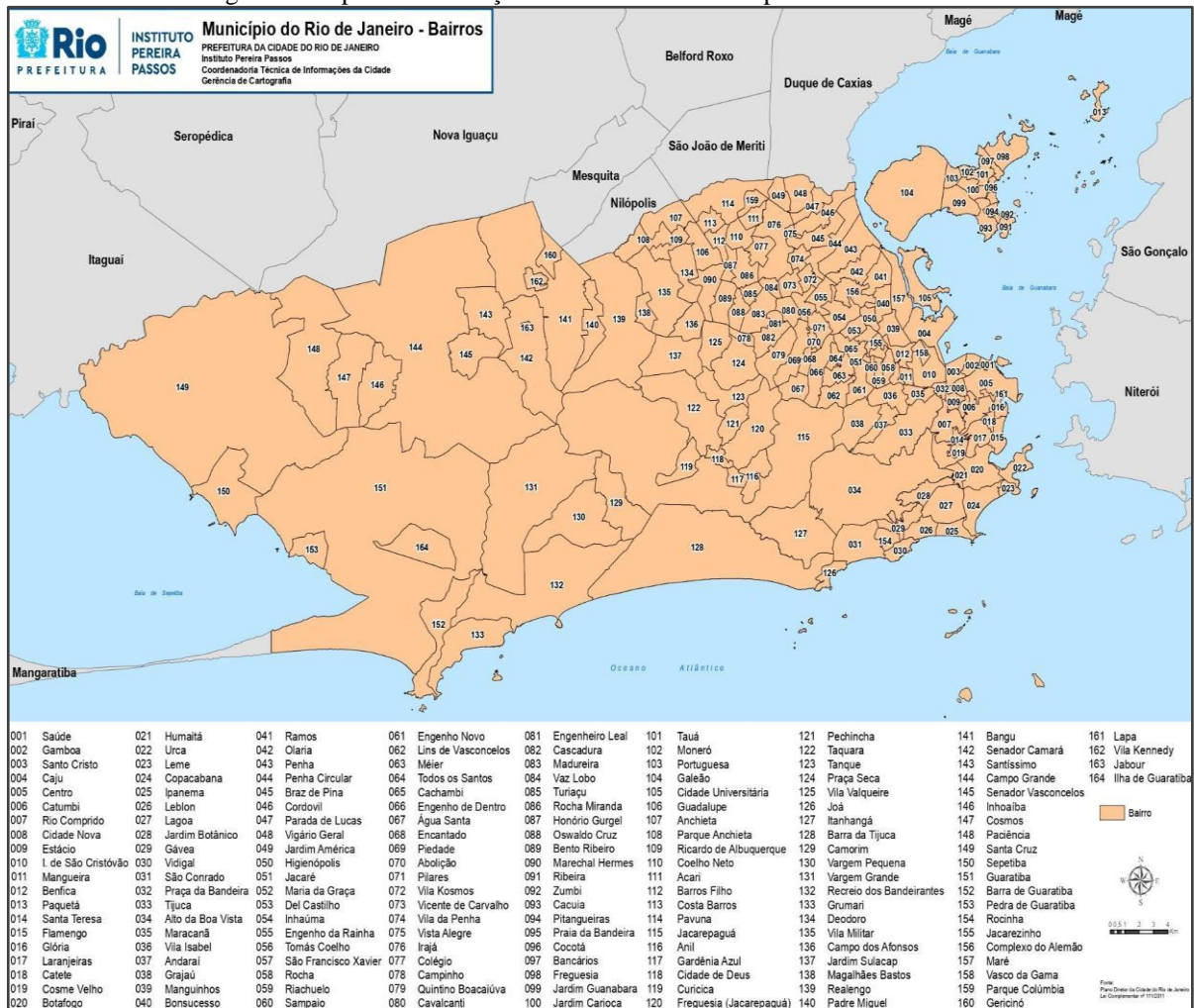
Figura 4: Mapa da delimitação dos Bairros e das Circunscrições Integradas de Segurança Pública (CISP) do município do Rio de Janeiro/RJ.



Fonte: Feito pelo autor²

² A autoria consta apenas na organização dos dados no Softwar QGis versão 3.20.2, fornecidos pelo Instituto Pereira Passos e Ministério Público.

Figura 5: Mapa da delimitação dos bairros do município do Rio de Janeiro.

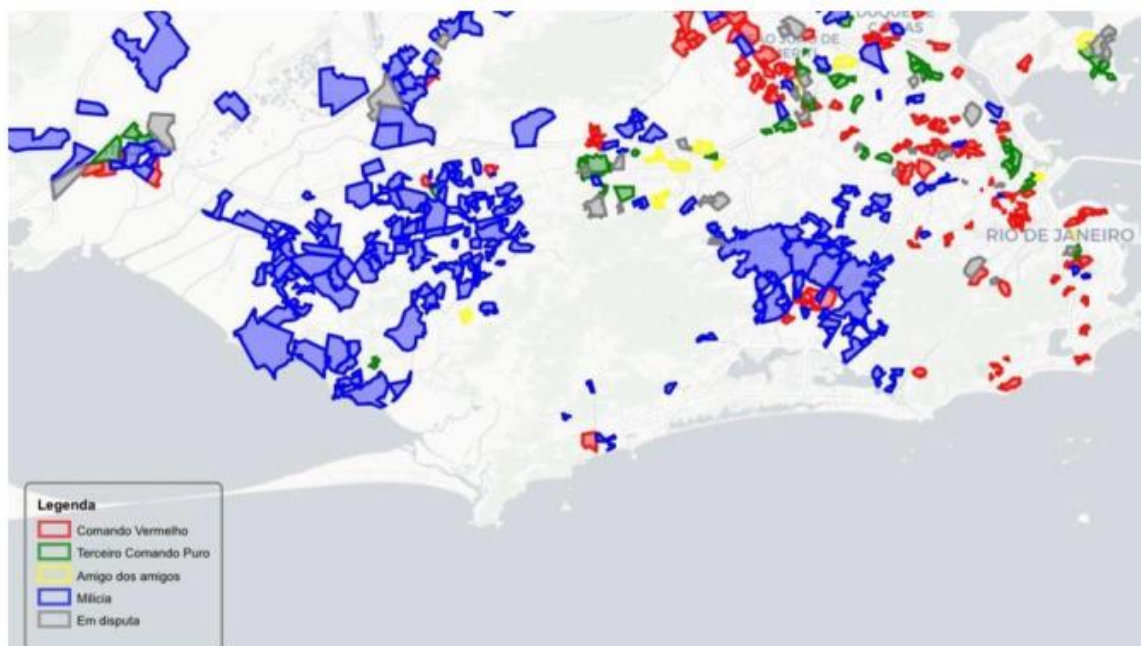


Fonte: Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro³

O território do Rio de Janeiro é marcado pelo crescimento urbano desordenado. A desigualdade social é marcante no município; enquanto algumas áreas são dotadas de infraestrutura e ocupadas pela população com alto poder aquisitivo, outras apresentam péssimas condições de vida, sem infraestrutura básica para que aqueles que ali residem possam ter qualidade de vida. Além das características relacionadas aos domicílios e implantação de infraestrutura pelo governo, o município do Rio de Janeiro é marcado pelo grande número de aglomerados subnormais (favelas). Na figura 4, é possível observar os territórios sob comando de grupos criminosos, a exemplo: Comando Vermelho, Terceiro Comando Puro, Amigo dos amigos, Milícia e territórios em disputa como ilustrado abaixo.

³ Disponível em: <<https://www.data.rio/>>. Acesso em: 18 set. 2022

Figura 6: Mapa de Grupos Armados do município do Rio de Janeiro (2019)



Fonte: NEV-USP (Elaboração Fogo Cruzado, GENI-UFF, NEV-USP, Pista News)

Fonte: LAUDANO, (2021, p. 14)⁴.

Em relação à residência das mulheres na cidade do Rio de Janeiro, os bairros com maior concentração de habitantes mulheres são Campo Grande (172.988), Bangu (128.173), Santa Cruz (112.966), Realengo (95.502) e Tijuca (92.240), respectivamente. Assim sendo, 4 dos 5 bairros com maior população feminina estão na Zona oeste, que concentra também o maior contingente populacional do município.

6.3 PERÍODO DO ESTUDO

Realizou-se a análise dos dados, mensalmente, no período de março de 2020 a dezembro de 2020.

6.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO:

Mulheres vítimas de violência residentes no município do Rio de Janeiro.

Casos de COVID-19 notificados em residentes no município do Rio de Janeiro (SIVEP-Gripe - Notificações de SRAG Hospitalizada).

⁴ Disponível em: <<https://www.ibccrim.org.br/media/documentos/doc-07-10-2021-11-43-57-633089.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2022

6.5 FONTE DE DADOS PARA ANÁLISE ESPACIAL

6.5.1. IBGE

No *website* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística se realizou o *download* das bases gráficas para realizar o mapeamento e a análise espacial dos dados (<https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>).

6.5.2 Instituto Pereira Passos / Data Rio

A Prefeitura do Rio de Janeiro, desde 2001, disponibiliza indicadores e mapas do município. Organizado pelo Instituto Pereira Passos, atualmente o repositório destes dados é o Data Rio (<https://www.data.rio/>). Nele realizou-se o *download* de bases gráficas e indicadores.

6.6. COLETA DOS DADOS

A análise de dados foi realizada mensalmente, tendo início em março de 2020, quando o primeiro caso de COVID-19 foi notificado, seguindo até 31 de dezembro de 2020. Quanto aos dados de violência no município do Rio de Janeiro, o estudo considerou o mesmo período acima citado. Para obter os dados referentes à violência, foram acessadas as bases que contêm os registros no município do Rio de Janeiro - violência contra a mulher, obtido no mapa da mulher carioca (parceria da PMRJ e ISP/RJ), violência geral obtido no ISP/RJ. Dados demográficos e epidemiológicos foram obtidos no TABNET-Rio e no Painel Rio COVID-19 do Observatório da Prefeitura do Rio de Janeiro. Os dados sobre segurança pública com base nos registros de violência estão disponibilizados no site do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

Para analisar os dados referentes à violência, foram selecionadas apenas algumas das variáveis disponibilizadas nas bases de dados do estado do Rio de Janeiro, com acesso público através do portal do Instituto Pereira Passos. Foram elas: homicídio doloso (*hom_doloso*), lesão corporal (*lesão_corp_morte*), latrocínio (*latrocínio*), homicídio por intervenção policial (*hom_por_interv_policial*), letalidade violenta (*letalidade_violenta*), tentativa de homicídio (*tentat_hom*), lesão corporal dolosa (*lesão_corp_dolosa*) e estupro (*estupro*). As demais foram descartadas por possuírem números que poderiam sugerir algo potencial no que, infelizmente, é comum, como homicídio ou lesão corporal culposa, roubos e

furtos de diversas formas, entre outros.

Os dados relacionados à COVID-19 foram obtidos no TABNET-Rio, que disponibiliza os casos e óbitos por bairro. Pelo Painel Rio COVID-19 foram acessados os CEP de residência das pessoas que foram atendidas em diferentes unidades de saúde no município e notificadas ao sistema de saúde como infectadas pelo SARS-CoV-2. Por meio dos dados coletados foi possível verificar a data de notificação da infecção e do óbito, observando em que locais da cidade se concentram casos e óbitos por COVID-19.

Para o estudo da violência, optou-se por utilizar três fontes de dados, uma vez que se observa, entre as fontes, discrepâncias sobre os tipos de violência e o número de mortos atribuídos a cada um deles. O Ministério Público atualmente consolida os dados de violência sem especificar o tipo de violência. Até o ano de 2016, havia informações como violência contra a mulher que resultava em óbito da vítima. Depois os dados foram unificados com os provenientes do Instituto de Segurança Pública, e passaram a ser visualizadas apenas as mortes de mulheres notificadas como Femicídio pelas delegacias, havendo assim uma queda drástica na notificação de mulheres assassinadas no estado.

Para complementar dados de violência do MP-RJ, foram utilizados os dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro por apresentar detalhamento importante do que se considera violência dentro do município. Ressalta-se, aqui, a importância da notificação para melhor compreensão da dinâmica da violência no território de atuação de cada uma das 41 CISP.

Por obter dados agrupados por CISP onde foram notificadas as violências, realizou-se a análise de incidência de casos e óbitos por COVID-19 unificando os dados dos bairros de cada circunscrição. Portanto, foram utilizadas 41 unidades de análise de dados de violência e morbimortalidade por COVID-19 no município do Rio de Janeiro.

Assim, a análise: 1) relacionou, através dos mapas gerados, a incidência por COVID-19 e a violência em geral e contra mulheres no município do Rio de Janeiro durante a pandemia no ano de 2020; 2) verificou o perfil socioeconômico dessas mulheres e da localidade onde residem através de dados em tabelas e gráficos constantes no Data Rio/Instituto Pereira Passos; 3) observou a cobertura dos estabelecimentos de saúde no território do Rio, analisando a importância, principalmente da atenção básica, tanto na mitigação de casos de COVID-19, quanto pela notificação de violência.

6.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os dados analisados nessa pesquisa são de acesso público, e a identidade dos sujeitos foi mantida no anonimato. Assim, seguindo a orientação da resolução 674 (de 06 de maio de 2022, publicada pelo Conselho Nacional de Saúde), esse estudo fica dispensado de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

7 IMPACTO DO ESTUDO PARA A POPULAÇÃO

Este estudo pode possibilitar que mais pessoas possam ter acesso a dados e leituras que, vistos separadamente, reforçam a necessidade de implementação de políticas públicas já existentes, mas juntos apontam para um olhar necessário sobre como ações que envolvam pesquisas com as temáticas de violências contra mulheres, territórios dominados por grupos paramilitares no Rio de Janeiro e atenção primária em saúde devem estar em consonância para que melhores resultados sejam obtidos na garantia de direitos básicos para estas mulheres. Os dados trazidos também demonstram que ações são realizadas, mas não são suficientes diante da dimensão territorial e das políticas de saúde e segurança que por vezes destoam quando comparadas as esferas estaduais e municipais de atuação do Estado.

8 RESULTADOS

8.1. ANÁLISE DOS DADOS DE SEGURANÇA

Primeiramente, é importante que se conheça o perfil socioeconômico das localidades (CISP – Centro Integrado de Segurança Pública) nos quais foram registrados feminicídio nos últimos anos no município do Rio de Janeiro, para que se possa compreender melhor os dados referentes aos anos de 2020 e 2021 – inclusive para ser possível interpretar o que aparentemente é uma redução na porcentagem em relação aos anos anteriores – .

De acordo com os dados do MP, os feminicídios no ano de 2016 também somaram ao todo 6, 4 deles dentro das residências das mulheres (16º, 32º, 35º, 43º, CISP com uma morte cada; 28º com duas mortes). O número aparenta ser o mesmo, mas a diferença primordial entre os dados de violência contra a mulher, que resultam em morte, registrados pelo Instituto Pereira Passos e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, é o fato de não serem categorizados homicídios registrados por outros motivos dentro do conceito de violência contra a mulher, apenas o que foi enquadrado como feminicídio no momento do registro da ocorrência na DP/CISP.

Na categoria homicídio provocado por asfixia contra mulheres, de acordo com os dados coletados pelo MPRJ, foram três mortes, duas delas dentro de suas residências (24, 36 e 39º CISP). Já em relação aos homicídios realizados por arma branca, somam 18 ao longo do ano, 12 deles tendo acontecido dentro de suas residências (6, 7, 20, 21, 28, 29 e 37º CISP com uma morte registrada em cada; 33º CISP com 2; 32, 35 e 36º CISP com 3).

Homicídios realizados por arma de fogo são 44 (1 nas 4º, 5º, 5º, 7º, 11º, 14º, 25º, 30º, 31º e 43º CISP; 2 nas 20º, 23º, 33º, 34º, 44º CISP; 3 nas 22º, 27º, 36º, 38º, 42º CISP e 4 mortes nas 28º e 21º CISP) sendo 9, dentro de suas residências.

Na categoria homicídios (outros), foram contabilizados 64 mortes de mulheres, 27 dentro de suas residências. As mortes no município do Rio de Janeiro estão, a seguir, distribuídas de acordo com a CISP, em que foi registrada: uma morte nas 4º, 21º, 30º e 38º; duas mortes nas 6º, 20º, 22º, 31º e 42º; três, quatro e cinco mortes nas 39º, 43º e 36º, respectivamente; e, por fim, 11 mortes na 34º CISP.

A 34º CISP, com maior número de registro referente ao homicídio de mulheres, atende aos bairros de Bangu, Gericinó, Padre Miguel e Senador Camará e dista 20 km da Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher, em Jacarepaguá.

No ano de 2017, o Ministério Público registrou 29 mortes no município do Rio de Janeiro categorizadas como feminicídio e nenhuma outra categoria. Um número igual ao registrado pelo Instituto Pereira Passos, distribuídos nas seguintes CISP: uma morte nas 6°, 10°, 21°, 24°, 27°, 31°, 38°, 39°, 40°, 44°; duas mortes nas 33° e 42°; três mortes na 32° e quatro mortes nas 35°, 36° e 37°.

Para os anos de 2018, 2019 e 2020, o Ministério Público não disponibilizou dados, nem gerais, nem detalhados, dos casos de feminicídios de acordo com cada CISP, estando apenas na base de dados do Instituto de Segurança Pública do Estado do Rio de Janeiro (ISP-RJ) dados gerais, sem especificidade de violência de gênero por CISP, mas disponibilizando por AISP dentro do município, com mapas dispostos em dois relatórios recentes intitulados de “Mapa da Mulher Carioca”, que traz alguns dados que serviram de base para a construção de dados deste trabalho. Encontram-se, portanto, dados fornecidos até 2017 e, observando os dados aqui expostos, é possível associar e afirmar o que o ambiente residencial, muito antes da pandemia de COVID-19, já se mostrava como o ambiente de maior risco em relação à violência contra as mulheres (basta retornar aos dados anteriores e perceber os índices de violência ocorridos na própria casa das vítimas).

Trazendo um adicional para estes dados e politizar os termos “casa” e “lar”, a historiadora Lilia Schwarcz, em um vídeo disponível na sua plataforma do YouTube, discutiu as diferenças entre “casa” e “lar”, principalmente para traçar distintas noções deste ambiente nos recortes sociais de classe e raça, enfatizando a violência de gênero na soma dos fatores. Ou seja, para a intelectual, “casa” e “lar” historicamente não são termos sinonímicos. Para ela, a noção de “lar” advém de uma estrutura econômica pouco realista no Brasil: um ambiente em que se pode ter individualidade, criar subjetividade e transmitir aconchego, ou seja, boa parte dos brasileiros não pode usufruir desta noção, pois residem em ambientes de 1 vão para toda a família, seguindo uma conceituação mais antiga do que significa casa, ou seja, um “ambiente para fugir do relento e para se dormir”.⁵

Em dados amplos, Schwarcz confirmar que, no Brasil, a noção de lar é pertencente apenas a um pequeno recorte econômico e que não se faz realidade no país justamente pelos seguintes dados: primeiramente, mais de 50% dos brasileiros não têm saneamento básico em suas residências (Lei de Saneamento Básico, 2017); mais de 30 milhões de brasileiros vivem

⁵ Vídeo disponibilizado na plataforma YouTube da própria historiadora Lili Schwarcz. O título do vídeo é “violência doméstica aumenta na pandemia”. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=2Yoy6itBfLU&ab_channel=LiliSchwarcz. Acesso em: 2 mar. 2023.

sem acesso à água tratada confiável (Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, SINIS, 2020)⁶ e, em São Paulo, 20% “das moradias contam com um só cômodo”⁷.

Trazendo para o Rio de Janeiro, não é incomum as residências que contam apenas com um cômodo, principalmente as caracterizadas nas favelas, em que os recortes de gênero, raça e classe são plurais, mas com uma realidade, infelizmente, ainda de muita desigualdade social e de políticas públicas ineficazes. Como dado para esta confirmação, temos o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2012), em que 22,3% da população do Rio de Janeiro viviam em domicílios de apenas um ambiente⁸.

Associando ambas as ideias construídas aqui, tanto como dados quanto como reflexão, chegamos ao entendimento de que as residências são entendimentos socioculturais distintos na realidade brasileira e que, ao mesmo tempo, servem como lugar em que ocorrem as maiores violências contra as mulheres, principalmente quando adicionadas de fatores de raça e de classe, como ficam subentendidas nos dados através dos lugares de maior incidência de violência de gênero nos bairros do Rio de Janeiro acima explicitados.

8.1.1 Análise dos Dados Epidemiológicos

No software Q.Gis, realizou-se o mapeamento da dispersão do vírus SARS-CoV-2 notificados no TABNET-SUS, com o propósito de visualizar a distribuição da incidência de COVID-19 por CISP nos meses de março a dezembro de 2020.

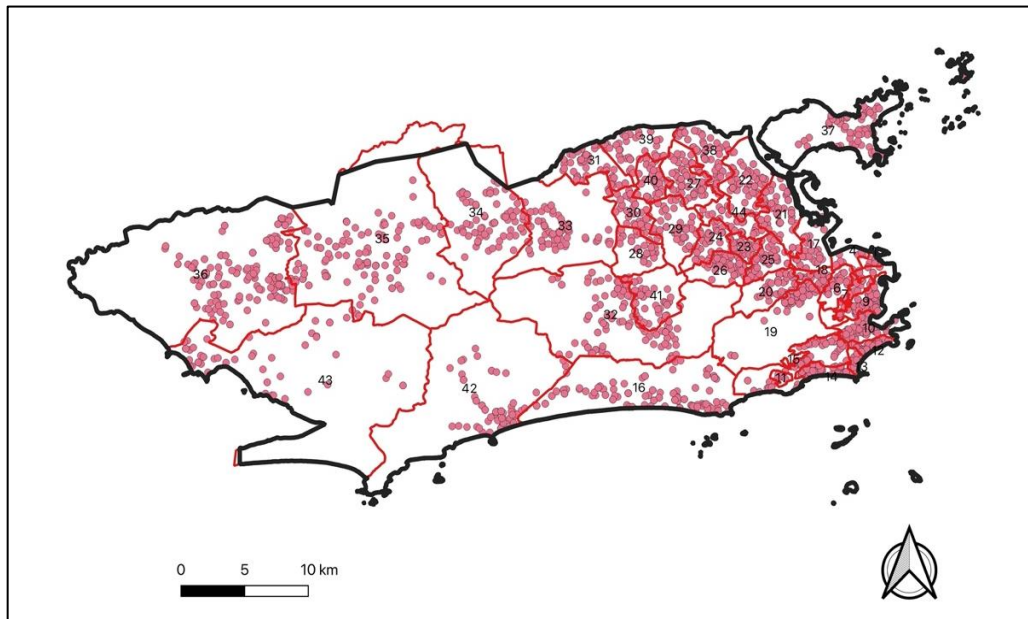
Na Figura 7, observou-se que a Zona Norte do município apresentou mais casos de COVID-19, com bairros no entorno da ferrovia que liga a zona central da cidade do Rio de Janeiro aos bairros da Zona Norte e Oeste e aos municípios da baixada fluminense (São João de Meriti, Duque de Caxias, Belford Roxo, Japeri, Nova Iguaçu, Queimados, Mesquita, Nilópolis, Magé e Guapimirim).

⁶Os dados citados neste parágrafo estão exibidos no vídeo da historiadora Lili Schwarcz, como foi citado acima.

⁷Dado também garantido no vídeo do YouTube de Lili Schwarcz, cuja fonte é a o jornal Folha de São Paulo, 22 mar. 2020. Título da matéria: Em casas de um cômodo só em Sp, isolamento é impraticável: moradores de favelas apelam para receita caseira de álcool em gel, mas deixar de trabalhar não é opção.

⁸IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro, IBGE, 2012.

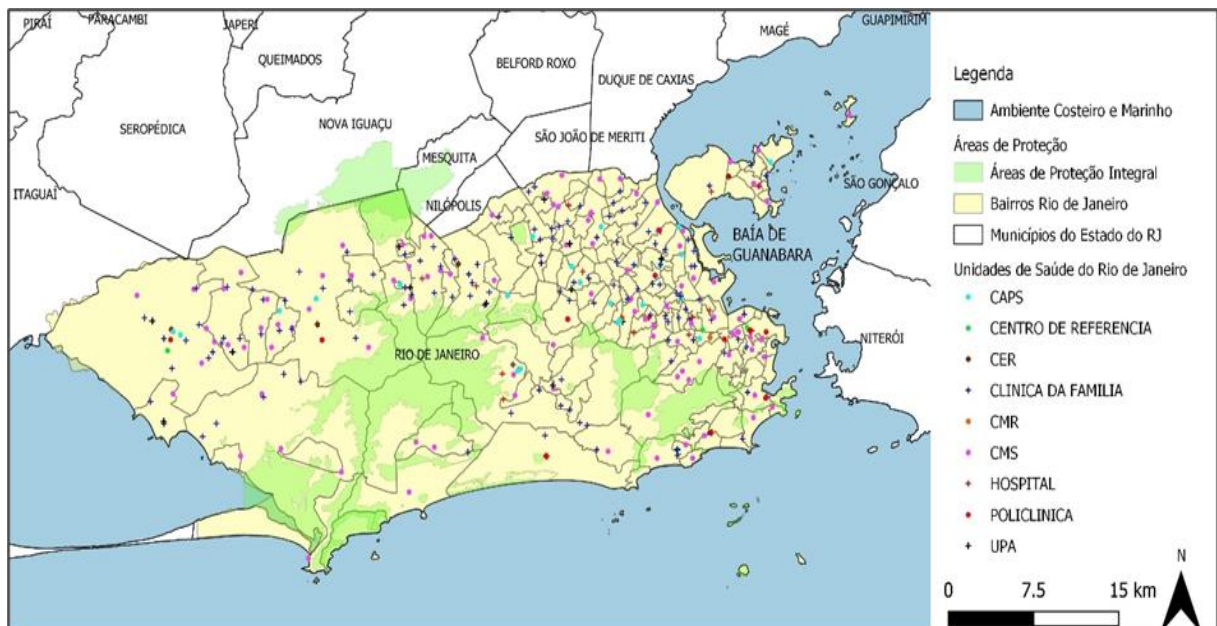
Figura 7: Mapa da distribuição dos casos de COVID-19 no município do Rio de Janeiro, março 2020.



Fonte: Feito pelo autor.⁹

A figura 8 apresenta a localização das Unidades de Saúde no município do Rio de Janeiro, assim, observa-se que estas unidades se distribuem de forma heterogênea – tanto nos bairros quanto em relação ao nível de complexidade do serviço (Atenção Primária, Secundária e Terciária).

Figura 8: Mapa da localização das Unidades de Saúde no município do Rio de Janeiro.



Fonte: Feito pelo autor¹⁰.

⁹ A autoria consiste apenas na formação da figura através dos dados coletados pela TABNET-SUS e Painel Rio COVID-19, no Software QGis versão 3.20.2, 2022.

Figura 9: Resumo do perfil epidemiológico da dispersão de COVID-19 no Rio de Janeiro (2020)



FONTE: Painel Rio, COVID-19.¹¹

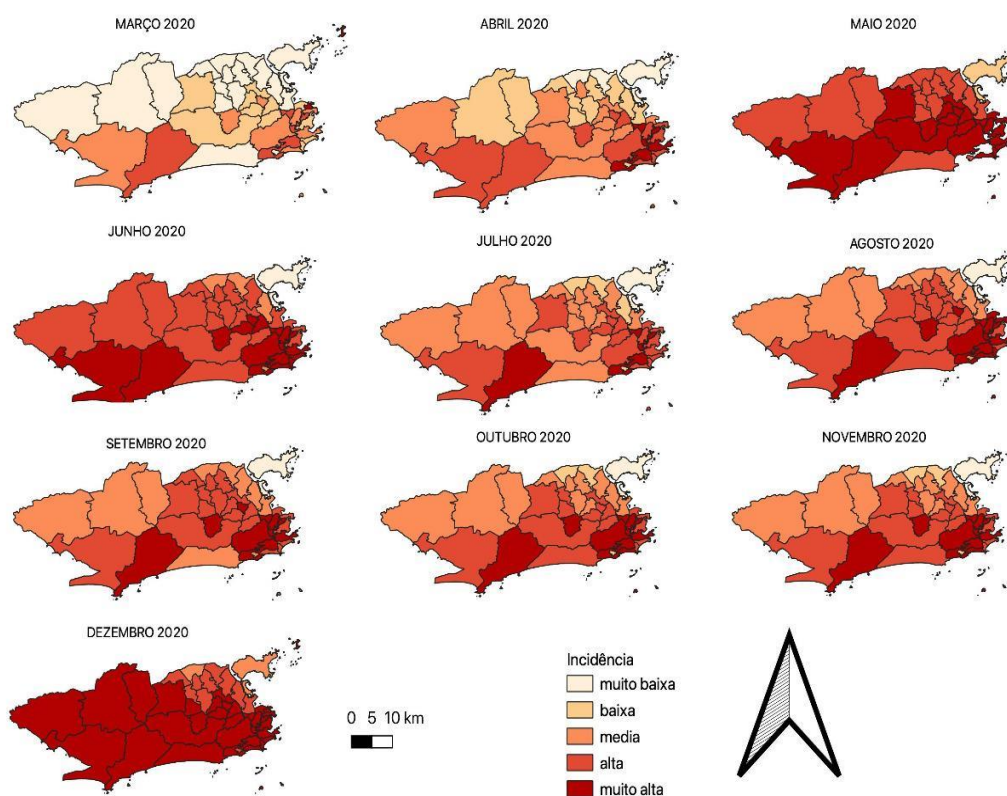
Na figura 9, é possível observar altas taxas de incidência (3.271,9 para 100 mil hab.), mortalidade (284,7 para 100 mil hab.) e letalidade (8,7%) entre os casos confirmados de infecção por COVID-19, no município do Rio de Janeiro, no ano de 2020; a maior parte dos casos concentra-se na população que possui faixa etária entre 30 e 49 anos; as mulheres compuseram a maior parte da população infectada pela COVID-19 no município (53,8%); e é perceptível um marcador racial presente, pois, além de pretos e pardos terem ocupado, juntos, a maior quantidade de casos confirmados (83.393 casos), há ainda uma quantidade considerável de dados ignorados na variável raça/cor (67.511 casos).

¹⁰ A autoria consiste apenas na formação da figura através de dados gerados pela Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, no Software QGis versão 3.20.2, 2022.

¹¹ Observatório Epidemiológico da cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>. Acesso em 29/09/2022.

Na figura 10, observa-se a evolução de casos de *SARS-CoV-2* no município, que estão divididos com as 41 CISP existentes no município. Realizou-se o mapeamento com esta configuração de regionalização para que fosse possível realizar a comparação entre os dados de violência e COVID-19. É possível verificar que as maiores incidências - no início da primeira onda - ocorreram nas CISP que comportam os bairros como Recreio dos Bandeirantes e os bairros da Zona Sul, inserido no território das CISP 1, 7, 15, 10 e 18 - indo ao encontro dos estudos que informam que os primeiros casos de COVID-19 foram importados (turistas que regressaram de áreas nas quais o vírus estava circulando na Ásia, Europa e EUA) (CASTRO *et al.*, 2021a). Em abril/2020, observa-se a dispersão do vírus para outras áreas da cidade, posto que já se observava no município a transmissão comunitária. Nos meses de maio e junho/2020, as regiões com maior incidência de casos foram as representadas pelas CISP que estão presentes nas regiões central e norte da cidade

Figura 10: Incidência de COVID-19 de acordo com as CISP do município do Rio de Janeiro (2020)



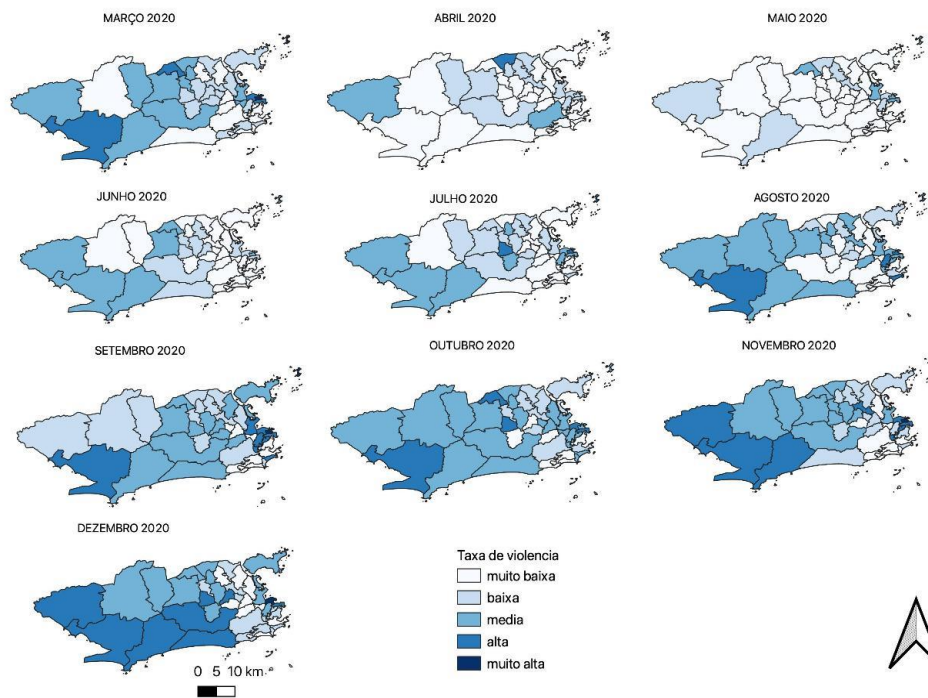
Fonte: Feito pelo autor.¹²

¹² A autoria consiste apenas na formação da figura através de dados gerados pelo TABNET-SUS e Painel Rio COVID-19, no Software QGIS v. 3.20.2, 2022.

Assim, a análise é capaz de identificar as relações entre os índices de violência e as taxas de incidência por CISP, em que serão evidenciadas diferenças socioeconômicas das unidades de análise. Na figura 8, é apresentada a dispersão das notificações de COVID-19 de março a dezembro/2020. Observa-se a evolução de casos de SARS-CoV-2 nos territórios, que estão divididos com as 41 CISP existentes no município. Realizou-se o mapeamento com esta configuração de regionalização para que fosse possível realizar a comparação entre os dados de violência e COVID-19.

Na figura 11, é possível perceber que os casos de violência distribuem-se no município do Rio de Janeiro de forma desigual, concentrando-se nas Zonas Norte e Oeste da cidade no início da primeira onda de COVID-19, com menor incidência de violência até o início da segunda onda, quando ocupa quase todo o território com médias e altas taxas de violência, acompanhando o ritmo de crescimento da incidência de COVID-19 no território. Além disso, percebe-se que, em um balanço comparativo entre os mapas nas figuras 8 e 9, respectivamente à covid e às incidências de violência, paulatinamente ambas evoluem e se espalham pelo território durante os dez meses de dados que coletamos. A relação de altos índices tanto da covid quanto da violência se mostram fortemente nos meses de setembro a dezembro de 2020.

Figura 21: Incidência de violência de acordo com as CISP do município do Rio de Janeiro (2020)

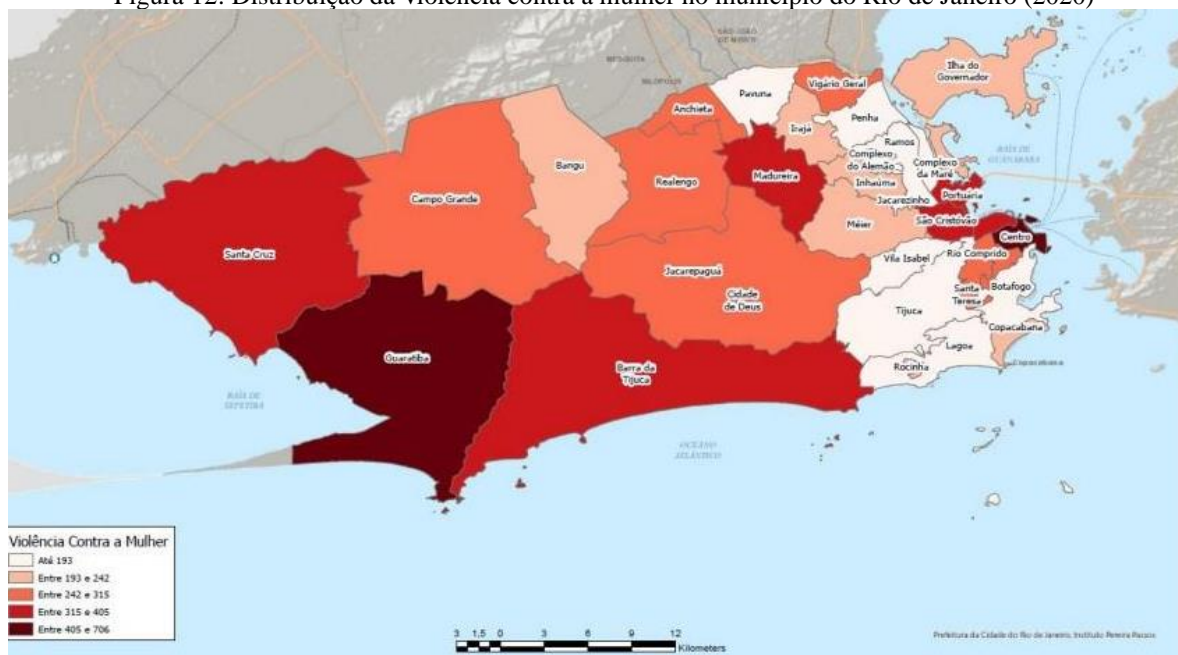


Fonte: Feito pelo autor.¹³

¹³ A autoria consiste apenas na formação da figura através de dados gerados pelo Instituto Pereira Passos e Ministério Público, no Software QGIS versão 3.20.2, 2022.

Em relação aos dados de violência contra a mulher, a Prefeitura do Rio de Janeiro disponibilizou, através do Mapa da Mulher Carioca, uma síntese dos casos de violência doméstica no município de acordo com Áreas Integradas de Segurança Pública (AISP) - que comportam mais de uma CISP em seu território - realizado em parceria com o Instituto Pereira Passos, como pode ser observado na Figura 12.

Figura 12: Distribuição da Violência contra a mulher no município do Rio de Janeiro (2020)

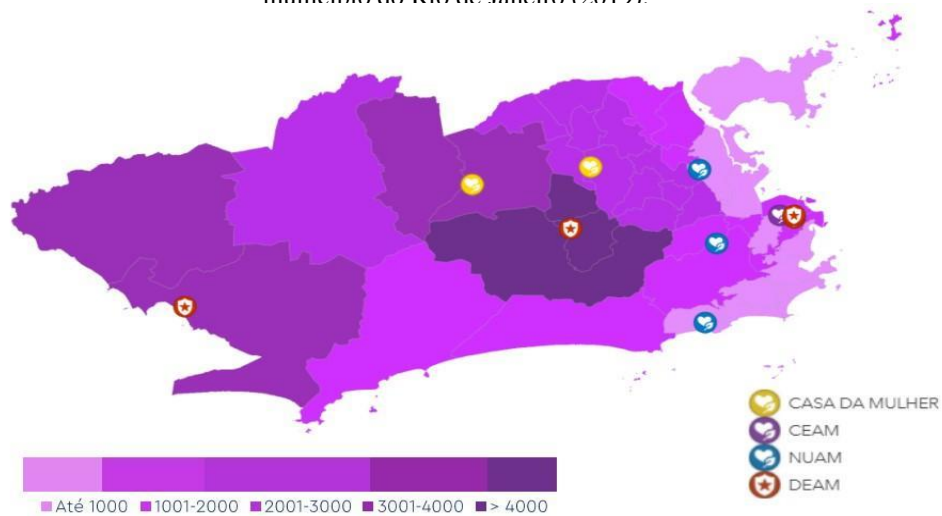


Fonte: Mapa da Mulher Carioca - 2021¹⁴

No mapa a seguir (figura 13), estão os dispositivos de apoio e atendimento às mulheres em situação de violência no município do Rio de Janeiro, em que é possível verificar também a quantidade de casos por AISP.

¹⁴ Disponível em: <<https://mapa-da-mulher-carioca-pcrj.hub.arcgis.com/pages/radar-de-dados>>. Acesso em 18/09/2022

Figura 13: Mapa da localização das unidades de apoio e atendimento às mulheres vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (2019).



Fonte: Mapa da Mulher Carioca, 2021.

Para melhor visualização, as Áreas Integradas de Segurança Pública do mapa são, respectivamente, a Casa da Mulher (iniciativa da prefeitura do Rio de Janeiro, cujo objetivo é oferecer suporte psicológico, jurídico e social para as mulheres), o CEAM (Centro Especializado de Atendimento à Mulher), especializado no atendimento multidisciplinar às mulheres em situação de violência doméstica, NUAM (Núcleo de Atendimento à mulher), assistência social e direitos humanos voltados às vítimas de violência de gênero – feminino – e DEAM (Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher), que são unidades de polícia civil focadas nas ocorrências, investigações e assistências às inúmeras formas de violência de gênero contra as mulheres do estado do Rio de Janeiro, explicadas melhor no final capítulo abaixo.

9 DISCUSSÃO

Tal qual a gripe espanhola no início do século XX, essa também conhecida Influenza de 1918, a COVID-19 chega ao Brasil pelas rotas internacionais. Em função dos avanços da sociedade nas últimas décadas, o navio foi substituído pelo avião. Assim, as primeiras notificações do agravo ocorreram nas metrópoles de São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020, e Rio de Janeiro, em 5 de março de 2020, e devido à falta de governança e às escolhas equivocadas de gestão da pandemia (em nível federal, estadual e municipal), o vírus se interiorizou – margeando as rodovias, as ferrovias e as hidrovias, até alcançar pequenos municípios – ondas contínuas de contágio entre o interior e as metrópoles se sobrepõem atualmente CASTRO, *et al.*, 2021). Brevemente, o Rio de Janeiro passou a sofrer uma das pandemias mais graves do Brasil, contanto com mais de 24.392 óbitos no ano de 2020, de acordo com o Ministério da Saúde, e 395.886 casos confirmados nesta mesma época.

Se por um lado os primeiros doentes brasileiros por COVID-19 foram àqueles que se contaminaram no exterior (com alto poder aquisitivo) - concentrando-se, inicialmente, na cidade do Rio de Janeiro, na Zona Sul e Barra da Tijuca – posteriormente, houve o aumento de casos e de óbitos em localidades Zona Norte e Oeste da cidade. Os dados mostram que o avanço de infecções no município do Rio de Janeiro não aconteceu de forma homogênea. Os mapas dos meses maio a dezembro de 2020 (figura 5) apresentam a interiorização da dispersão do vírus, que passou a acometer a população mais pobre do município, em especial aquela que reside na Zona Oeste, que é marcada por territórios com ausência de infraestrutura de abastecimento de água, e o transporte público é de péssima qualidade – pouca oferta de linhas de ônibus –, o que leva ao excesso de passageiros por viagem, assim como é a maior área administrativa do Rio de Janeiro, marcada por graves problemas sociais de violência e de desigualdade, logo, tais fatores podem ter contribuído para aumentar a incidência nesses territórios quando comparados aos demais.

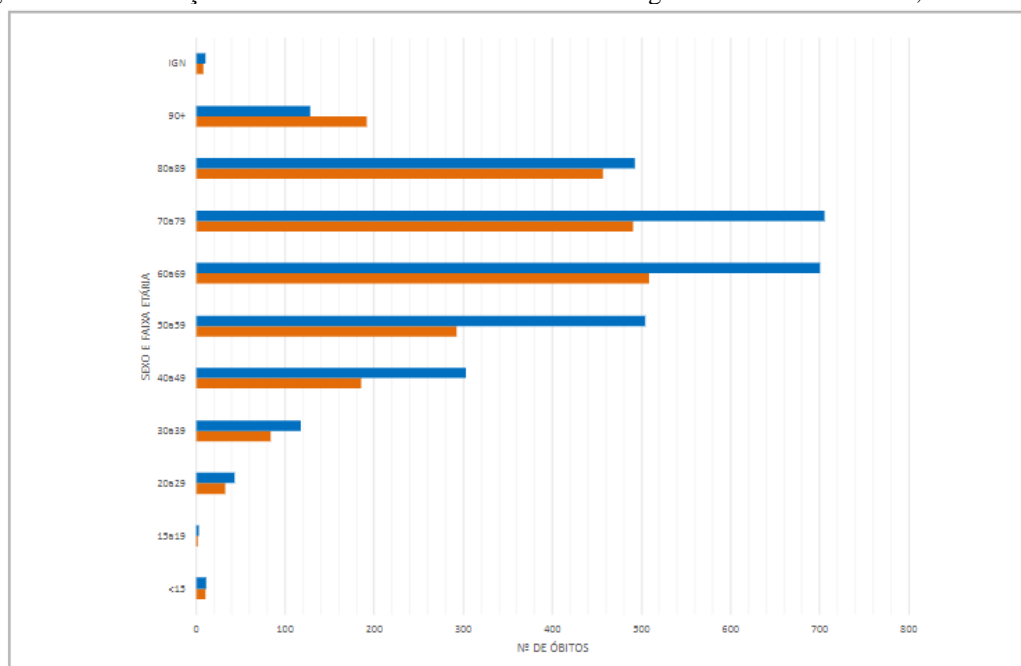
A taxa de incidência para COVID-19 inicia alta na Zona Sul da cidade e em pouco tempo já alcança as Zonas Norte e Oeste, onde se concentra a maior parte dos residentes no município. É importante pontuar aqui a quantidade de testes que estavam à disposição da população, seja em dispositivos da saúde ou ONGs (como a Redes da Maré), isso exerce influência direta na análise de dados, principalmente nos primeiros meses da primeira onda de COVID-19 na cidade do Rio de Janeiro.

Outro ponto a se considerar é a faixa etária da população que primeiro foi afetada de forma mais danosa pela ação do vírus. Os jovens foram a parte da população que esteve com

maior percentual de assintomáticos ou menores efeitos do *Sars-Cov 2* no corpo, e, se levada em consideração que essa parcela da população estava, já à época, com maiores taxas de desemprego, maior inserção no mercado informal que não parou de funcionar (vide as imagens de trens e ônibus lotados diariamente nos telejornais locais), é possível que haja uma subnotificação desses casos que foram caminhando sobre trilho e pneus para as áreas mais populosas da cidade, apontando para as necessidades em saúde da população em vulnerabilidade, a qual é formada em sua maioria por pessoas com comorbidades graves, desempregados, pobres, índios e pretos – estes também foram os principais atingidos pela pandemia (como apontado na Figura 8).

De acordo com a Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro, março e junho de 2020 apresentaram maior infecção da COVID-19 em pessoas com mais de 60 anos, os quais eram as prioridades nos cuidados e riscos da gravidade da doença nesse público (figura 12), o que mudou depois de julho de 2020, em que a faixa etária a ser contaminada passou a ser exponencialmente entre os mais jovens.

Figura 14 - Distribuição dos óbitos confirmados de Covid-19 segundo sexo e faixa etária, Estado do RJ.



Fonte: (e-Sus, SIVESP, SES/RJ *apud cit* Governo do Estado do Rio de Janeiro)¹⁵

Além disso, para Kabad *et. al* (2012), é de extrema importância estudar a relação entre raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos. A questão da diversidade étnico-racial da

¹⁵ Boletim epidemiológico 30 de maio de 2020. Disponível em: [chrome-extens-
on://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjjiahp/https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTIOMDA%2C](https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTIOMDA%2C). Acesso em: 3. abr. 2023.

população brasileira, incluindo aspectos ligados aos sistemas classificatórios, precisa de aprofundamento nas pesquisas em epidemiologia, para o reconhecimento da importância e da dimensão étnico-racial na compreensão do processo saúde-doença. É preciso definir a base conceitual e justificar a razão de sua utilização, explicitar a forma de identificação dos indivíduos e expor que as possíveis associações causais das categorias étnico-raciais com o desfecho estudado consistem em alguns dos aspectos enfatizados, que evitariam a racialização de condições de saúde e a estigmatização de populações humanas.

A ideia de que o brasileiro não é racista, mas que há racismo, fundamenta-se no mito da democracia racial, segundo o qual o Brasil seria o paraíso racial de relações harmoniosas. Sobre a pandemia, fica evidente que o povo preto ainda sofre com a invisibilidade e com o racismo das sociedades.

Não há como falar em processo de saúde e doença, pandemia, determinantes sociais, racismo, sem abordar um termo de extrema relevância para todo este contexto, que é o conceito Equidade e justiça em saúde. De acordo com Vieira-da-Silva (2009), as importantes variações na distribuição das doenças em populações têm sido atribuídas às formas históricas através das quais os homens distribuem a riqueza em sociedades concretas. Tais disparidades se expressam por meio de renda, educação e classe social, correspondendo, nesse caso, à materialização de desigualdades. Desse modo, é inevitável a consideração de componentes culturais, éticos e políticos em qualquer avaliação teórico-epistemológica das raízes da diversidade, de qualquer natureza, nas sociedades humanas.

A equidade corresponde, dessarte, a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juiz, sobre situações de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação das políticas de saúde e das políticas públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, equidade corresponderia à participação e à governança determinada pela cidadania plena, em um contexto de liberdade e de democracia.

É fato que a Pandemia da COVID-19, além de reforçar a importância de políticas públicas de promoção à saúde, também mostrou as desigualdades sociais e de saúde em nossa sociedade. Barreto e colaboradores (2017) trazem uma reflexão sobre as desigualdades e iniquidades em nossas sociedades. Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis, seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de

exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as da saúde têm persistido no Rio de Janeiro, independentemente do grau de desenvolvimento alcançado.

Barata (2009) traz como reflexão as desigualdades sociais em saúde para aqueles que procuram compreender o processo de produção da saúde e da doença nas populações, sem reduzir essa compreensão apenas aos aspectos biológicos. As desigualdades sociais são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho. Ainda chama a atenção que, quando falamos em desigualdade social, geralmente estamos nos referindo a situações que implicam algum grau de injustiça, isso é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio.

Do mesmo modo, é importante atentar para o fato de que a violência armada, supracitada neste texto, impacta diretamente na vida da população e também na saúde dos profissionais que atuam nas unidades de saúde no município. O clima de medo e de insegurança dificulta a formação de vínculo, seja entre os profissionais e os pacientes, seja da população com o território onde reside. Segundo Silva *et. al* (2021), profissionais pedem cada vez mais afastamento de suas funções e os Agentes Comunitário de Saúde (ACS) são os mais prejudicados, visto que residem no território e precisam lidar diretamente com a realidade, dentro e fora do ambiente de trabalho, potencializando problemas de saúde mental que, conseqüentemente, exigem maior demanda de profissionais da área e nem sempre possuem dispositivos de cuidado em saúde mental nestes territórios. De acordo com a pesquisa realizada no município:

[...] Os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) mais registrados são os do Capítulo V, relativo aos “Transtornos Mentais e Comportamentais”: “F48.9 Transtorno neurótico não especificado”, “F41.0 Transtorno de Pânico”, “F41.1 Ansiedade generalizada”, “F31.9 Transtorno afetivo bipolar não especificado” e “F13.2 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos - síndrome de dependência. (SILVA *et al*, 2021).

É importante pontuar, aqui, que o braço violento do Estado está presente mais fortemente nas comunidades e favelas do município e esse movimento não acompanha reflexões necessárias para a construção de políticas públicas de segurança que considerem os atravessamentos presentes nesses territórios há décadas (GOMES, 2021).

Nas desigualdades evidenciadas pela pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo, podemos falar em injustiças que levaram as pessoas a diferentes realidades de isolamento e a diferentes pandemias dentro da pandemia da COVID-19. Exemplifica-se isso através do aumento da vulnerabilidade social, pois o Brasil voltou para mapa da fome, com 31 milhões de pessoas em insegurança alimentar, além do clima permanente de insegurança em relação às tomadas de decisão do governo federal na gestão da crise sanitária ocasionada pela COVID-19 e na permanência do teto de gastos que passou a limitar a verba direcionada para o SUS em todo o território nacional, que exigiu dos profissionais e gestores de saúde no país um olhar atento para apostar na ciência e na força dos estudos em epidemiologia para criar estratégias de enfrentamento à COVID-19.

Barreto (2002) fala sobre o SUS e a epidemiologia, que têm um papel central na proteção dos direitos da população brasileira ao acesso à saúde para todos, sem criar modelos que desconsideram as particularidades que se desembocam nos determinantes sociais de saúde. Na pandemia, o SUS protagonizou um papel central para aqueles mais vulneráveis e sem recursos financeiros para arcarem com custos no sistema de saúde privado. Falar em saúde no Brasil é falar no Sistema Único de Saúde (SUS), seja como realidade, seja como utopia, com seus princípios de equidade, descentralização e integralidade. Antes de tudo, o SUS é a impressão, no nosso sistema Constitucional e legal, de uma compreensão da saúde forjada em conceitos que, em longo processo, fomos consolidando na saúde coletiva e na epidemiologia. Somente para lembrar, citarei o artigo 196 da nossa Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No Brasil, a epidemiologia tem sido construída com uma clara consciência de que seu papel histórico inclui o compromisso com a transformação das condições de saúde da população. Isto implica a construção de um sistema de saúde que compreende o processo saúde-doença como parte da organização social. As pesquisas epidemiológicas mostram uma desigualdade social aumentada durante a pandemia, sendo as maiores impactadas àquelas pessoas com menores condições financeiras, pretos, crianças, idosos, moradores de rua, mulheres.

O enfrentamento da violência contra as mulheres conta com a falta do aparato estatal no acompanhamento mais próximo dos casos, o que acontece também nas ações de enfrentamento - seja por negligência ou dificuldade de acesso dos poderes públicos a um ambiente de disputa de poder entre o tráfico e a milícia -. Na figura 5, é visível a necessidade

de ampliação dos serviços de apoio e de acompanhamento a esse público no território. São apenas três DEAM em todo o município. Mesmo que dispostas nos territórios em que há o maior número de denúncias em relação à violência contra as mulheres (Jacarepaguá, Campo Grande e Centro), elas não funcionam 24hs por dia (funcionamento de 9 às 17hs) e estão fechadas aos finais de semana, fazendo com que essa mulher enfrente um ambiente não preconizado pelas leis vigentes no tocante à segurança da mulher em situação de violência.

O município do Rio de Janeiro dispõe de alguns serviços para acolhimento e aconselhamento da mulher em situação de violência. No centro da cidade, há um Centro Especializado de Atendimento à Mulher (CEAM), que realiza atendimento a mulheres em situação de violência doméstica e familiar no município do Rio de Janeiro, com suporte psicossocial e jurídico para mulheres nesta situação, podendo ser realizados individual ou coletivamente, buscando não apenas inserir as mulheres em espaços onde possam questionar a situação em que se encontram e como construir outras possibilidades. O CEAM também realiza estudo de caso a fim de analisar se há necessidade de retirada da mulher em situação de violência do local onde está inserida, direcionando-a a algum serviço especializado de acolhimento institucional. Tal medida pode abarcar não apenas o apoio à mulher, mas também aos filhos que estejam sob sua guarda.

Para compor a rede de proteção à mulher em situação de violência, existem duas Casas da Mulher, uma localizada no bairro de Madureira (Zona Norte) e outra em Realengo (Zona Oeste), onde são realizadas oficinas, minicursos, rodas de conversa, com o objetivo de inserção da mulher na dinâmica cultural e econômica da cidade. Ainda há a Casa Cora Coralina, que é uma casa de acolhimento com endereço sigiloso para casos mais graves, em que há tentativa de feminicídio, ou mesmo outras situações em que há um perigo iminente para a mulher após estudo de caso. Há também os Núcleos Especializados de Atendimento à Mulher (NEAM), localizados dentro das Casas da Mulher que, junto aos demais dispositivos supracitados, completam a rede de serviços da prefeitura do Rio de Janeiro para proteção à mulher.

Há no Instituto Médico Legal, no Centro da cidade, uma unidade da chamada Sala Lilás, em que as mulheres são atendidas de forma humanizada, com serviço de atenção psicossocial e suporte jurídico. Outra unidade encontra-se no bairro de Campo Grande, Zona Oeste da cidade. Esses são de responsabilidade do Tribunal de Justiça/Governo do Estado. De acordo com os dados do ISP e dispostos no Mapa da Mulher Carioca, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, os números de atendimentos na Sala Lilás cresceram com o fim das restrições de isolamento impostas pela pandemia de COVID-19 no município.

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação a ser considerada neste trabalho é o fato de a pandemia ter afetado o bem-estar emocional-psicológico do autor desta dissertação e de boa parte dos estudantes e docentes da pós-graduação na ENSP/Fiocruz e do Brasil. É necessário situar de que lugar de sofrimento se fala, principalmente, quando ele é latente. Com a demanda de trabalho emergindo frente a uma sociedade adoecida e com governança, à nível estadual e federal, falha e criminosa no manejo do cuidado, não se pode negar o que há de subjetivo na construção de um trabalho como este.

Ademais, a subnotificação aparece como algo que influencia diretamente na coleta de dados. Não possuir dados, porque foram ignorados - como sexo, raça/cor, escolaridade, bairro de moradia - também diz sobre um sistema de saúde que, mesmo funcional, em certo modo, não está dando conta em pensar ações e políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida da população, seus atravessamentos e como acompanhar adequadamente tais informações. Há, portanto, responsabilidade tanto dos métodos em se adquirir os dados pelas autoridades da saúde quanto há relutância individual em buscar atendimento médico por não apresentarem sintomas claros ou o impedimento ao acesso ao SUS nos casos em que as mulheres se encontraram encarceradas em suas próprias casas por seus algozes. Além disso, há a dificuldade de somar dados do terceiro setor, problematizando, assim, a coleta de dados pelo sistema de saúde.

É imprescindível pensar também sobre a inserção do Estado nos territórios controlados por facções e milícias e de que forma os dados de violência são impactados, gerando também uma subnotificação que impacta diretamente na formulação de propostas de melhoria de vida para a população que ocupa esses espaços, cerceando seus direitos básicos.

11 CONCLUSÃO

As iniquidades sociais em saúde compõem um enorme problema estrutural que nos acompanha enquanto país. O Brasil é um país continental, diverso, e, em razão do seu histórico colonial, apresenta desigualdades socioeconômicas estruturais, que não são questões de simples resolução. O subemprego tem sido a forma de subsistência de uma parcela significativa da população, devido à ausência de políticas que promovam a geração de empregos formais no país (SANTOS, 2000) e se faz necessário ponderar como isso impactou diretamente na não proteção da população contra o vírus através do isolamento social.

Políticas assistenciais que vislumbram a ascensão social dos mais pobres no Brasil são ações recentes, e, desde 2016, estas políticas vêm sendo abandonadas. Assim, quando a pandemia da COVID-19 se instala no Brasil, em 2020, e se interioriza pelas escolhas equivocadas de gestão, encontra, posteriormente, um país com elevado número de habitantes em vulnerabilidade social (FIOCRUZ, 2020).

A pandemia agravou essa situação, visto que o setor de serviços é fortemente abalado com as medidas de restrição de mobilidade e o governo não apresentou eficiência ao implementar o auxílio emergencial, tanto no que tange às quantidades e valor de parcelas quanto na forma de cadastro e uso por intermédio de aplicativos de celulares, o que deixa inúmeros indivíduos à margem dessa política pelo fato de não ter acesso à internet pela falta de aparelho celular/computador ou pela ausência de sinal de internet (o sinal não é disponível na totalidade do território nacional); além de gerar um fluxo de aglomeração nas agências da Caixa Econômica Federal, num momento em que as pessoas deveriam estar em seus domicílios realizando distanciamento social (CASTRO, 2020).

Nesta cidade onde há luta de classes e disputa por territórios - pelas milícias e pelas diferentes facções de narcotráfico - a violência tende a se acentuar. Sendo assim, os dados mostram que a queda nas taxas de violência geral e contra a mulher esbarra na subnotificação presente nesses dados, que são anteriores ao período da COVID-19, o que nos impede de chegar a números reais ao gerar os dados sobre a violência no município do Rio de Janeiro, sabendo que essa também é uma realidade nacional.

De acordo com as informações apresentadas no decorrer deste trabalho, é possível perceptível que não tivemos a pretensão de buscar soluções ou mesmo exigir dos órgãos competentes ampliação dos serviços para atendimento à população, mas, sim, atentar para o fato de que devemos, enquanto sociedade civil, tomar o poder de decisão e partilha de questões que nos atravessam, para que, assim, possamos tomar partido dos nossos direitos e então fazer exigências pautadas em ações que gerem efeitos em locais já desacreditados. No entanto, observa-se que o terceiro setor, se fosse apropriado ou correlacionado com os governos, poderia contribuir com uma melhor captação de dados, principalmente nos casos em que a comunidade serve como uma base de apoio às mulheres vítimas de violência e vulnerabilidade social.

Portanto, é urgente a escuta da população e dos movimentos que surgem das necessidades da comunidade. Em relação às violências sofridas por mulheres, a articulação da Rede de Mulheres da Maré é um dos espaços no território do Rio de Janeiro que mostra a construção de alternativas para o fortalecimento e enfrentamento às situações que colocam as mulheres em vulnerabilidade, atrelando ao potencial que possui o território.

Não proponho com o exposto eximir os poderes públicos da responsabilidade do uso de nossos impostos para a melhoria das condições de vida da população, principalmente os residentes em Zonas de conflito e das péssimas condições de saúde, pelo contrário, é preciso abrir espaço para escuta e partilha de ações, para ver que as práticas comunitárias começam de um grupo para ele mesmo. As questões dos moradores da comunidade do Terreirão, dentro do Recreio dos Bandeirantes, não são opostas à realidade dos moradores do complexo da Maré, mas as particularidades, os detalhes, devem ser percebidos; e onde o Estado tem pouca atuação são possíveis outras propostas. Faz-se necessário registrar que muitas vezes o único equipamento do Estado que se faz presente nesses territórios vulneráveis é a Polícia Militar, com suas ações catastróficas, com pouco preparo para o trato com a dignidade humana no território de favela, esse que é historicamente o mais abandonado e atacado pelo Estado.

Em nível mundial, em 2020, a sociedade civil apelou para que as autoridades e os governos optassem por priorizar a implementação de políticas públicas urgentes de resposta sanitária à pandemia – incluindo seus anseios tanto no planejamento dessas quanto no estímulo ao engajamento e à prática das medidas não farmacológicas de combate à disseminação do *SARS-CoV-2*. A participação social foi de fundamental importância no combate à pandemia da COVID-19, desde a eficácia dessas medidas – uso de máscaras, higienização constante das mãos, distanciamento social – até a adesão aos esquemas de imunização. Para a resposta sanitária ser efetiva, requer cooperação e confiança em todos os

setores da sociedade em seus governos e nas respostas sanitárias implantadas em seus territórios (SCHEINERMAN; MCCOY, 2021).

Segundo Scheinerman *et al.* (2021), para que a gestão em saúde de combate à pandemia inclua a participação social, a transparência – por parte do governo, dos funcionários públicos e das autoridades – tem se apresentado como uma demanda constante. É necessário que a Comunicação em Saúde apresente informações claras e precisas acerca do agravo, do desfecho e das medidas de intervenção que se pretende implementar para conter a expansão do vírus. Assim como comece a reforçar a necessidade da procura médica pelos moradores, para que, assim, os sistemas de saúde possam recolher dados com mais precisão.

Ainda, segundo os autores supracitados: “a transparência envolve o fluxo de informações do governo para o público. Não exige que o público participe ativamente da resposta à crise” – a sociedade precisa estar envolvida, e essa transparência deve permitir que as instituições, governamentais ou não, analisem as políticas públicas locais, apontem os erros e potencialidades, bem como apontem discussões norteadoras quando tais políticas estiverem equivocadas, podendo inclusive apontar um plano de ação alternativo. Isso se estende às questões como violências nos territórios, assim, as instituições do terceiro setor, principalmente, não assumem o protagonismo em suas áreas de atuação, mas sim o elo entre o que é ofertado enquanto política pública e a população que necessita de acesso. Dessarte, este trabalho também serve de alerta, de certo modo, para como a sociedade também tem seu papel diante das injustiças sociais, em nível de autocuidado, com a formação de protagonismos locais, assim como há falhas governamentais no combate à violência com a garantia de igualdade de serviço aos distintos gêneros, classes e raças. Apesar de as mulheres serem o foco do recorte deste estudo, não é possível esquecermos como a classe e a raça são dados pungentes na discriminação e violência contra as mulheres, em especial nos territórios com mais vulnerabilidade social.

Além do mais, percebe-se que, mesmo que escassas, as ações como a Ouvidoria da Mulher (MPRJ, 2022), criada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro em 2022, demonstram que, quando bem articuladas, as ações podem gerar um acolhimento humanizado que permite às vítimas de violência doméstica conhecer dispositivos que por vezes parecem ser de difícil acesso. A Ouvidoria complementa a já existente Sala Lilás, onde as atendentes são mulheres capacitadas para acolher as vítimas de violência e direcionar para a rede de cuidados socioassistenciais dentro do município.

Algumas experiências demonstraram a potencialidade do SUS e das ações intersetoriais, entretanto, essas não receberam apoio da esfera federal. Foram implementadas

pelos gestores locais à revelia do Ministério da Saúde. Embora na legislação que regulamente o SUS a participação social esteja contemplada, essa tem se apresentado aquém do necessário. Os conselhos de saúde, muitas vezes, não detêm representantes da comunidade, para que a equidade das políticas públicas locais contemple as particularidades do território.

Outrossim, a APS teve papel notável, principalmente por se firmar como um braço fundamental na articulação de ações no SUS. Após os ataques sofridos no corte de verbas e investimentos por parte da gestão que esteve à frente da prefeitura do Rio de Janeiro nos anos que antecederam a pandemia de COVID-19, a APS pôde mostrar que a expansão das Estratégias de Saúde da Família foram reabertas/inauguradas mais de 30 unidades entre 2020 e 2021 no município do Rio de Janeiro, o que, de acordo com o DATA.RIO, é um caminho necessário para pensar e fazer saúde pública e com um olhar atento ao território.

Na Pandemia da COVID-19, a sociedade pôde vislumbrar a importância de um Sistema de Saúde Único, Universal e Público. Além de perceber que o SUS não é um sistema de saúde “apenas para pobres”, mas que deve receber recursos para atender a demanda da população brasileira. A pressão da sociedade cobrando vacinas para todos e defendendo instituições como o SUS, a ANVISA, a Fiocruz e o Instituto Butantan são exemplos da força do povo contra a necropolítica que está em curso em nosso país. Este trabalho também tentou garantir força e visibilidade às mulheres violentadas durante a COVID-19 no Rio de Janeiro e que, mesmo subnotificadas e indevidamente classificadas em seus tipos de violência, não serão esquecidas!

Lutemos!

REFERÊNCIAS

- ANF (Agência de Notícias das Favelas). Prefeitura inicia reconhecimento oficial das ruas do bairro da Maré. Disponível em: <https://www.anf.org.br/prefeitura-inicia-reconhecimento-oficial-das-ruas-do-bairro-da-mare/>. Acesso em: 15 jul. 2022
- APUAMA. **O sol na Coragem**. São Paulo: Ed. Libertinagem, 1ª ed, 2023.
- ARAÚJO, Marcella; CORTADO, Thomas Jacques. A Zona Oeste do Rio de Janeiro, fronteira dos estudos urbanos? *In: Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, v. 13, n. 1, p. 7-30, 2020.
- ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres. 1993. Disponível em: <chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjiihp/https://popdesenvolvimento.org/publicacoes/temas/descarregar-ficheiro.html?path=4%29+Direitos+Humanos%2Fc%29+G%C3%A9nero%2FDeclara%C3%A7%C3%A3o+Sobre+A+Elimina%C3%A7%C3%A3o+Da+Viol%C3%Aancia+Contra+As+Mulheres.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2023.
- BARATA, RB. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. Coleção Temas em Saúde. p. 120.
- BARRETO, M, L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: histórico, fundamentos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2002, v. 5, suppl 1 , pp. 4-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000400003>. Acesso em: 28 set 2022.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5760965/mod_resource/content/1/barreto.pdf. Acesso em: 26 set 2021.
- BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. l.], v. 23, p. e200032, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2020000100101&tlng=pt. Acesso em: 16 set. 2022.
- BARROS, Gisele; COUTO, Marlen. Rotina de Violência na rua dentro de casa: levantamento do Núcleo de Dados do GLOBO revela regiões do Rio com maiores taxas de crimes contra mulheres. *In: O Globo*. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/rotina-de-violencia-na-rua-dentro-de-casa-21867338>. Acesso em: 06 out. 2020.
- BARROSO; H.C.; GAMA, M. S. B. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. *Revista do CEAM*, Brasília, v. 6, n.1, p. 84-94, jan/jul 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistadoceam/article/view/31883>. Acesso em: 23 out. 2020.
- BIROLI, F. Justiça e família. *In: BIROLI, F; MIGUEL, L. F. Feminismo e Política*. 1. ed.

São Paulo: Boitempo, 2014. 164 p.

BOTELHO, Amanda. . Quem mora no complexo da maré pode fazer testes de COVID-19 gratuitamente. *In: Vozes da comunidade*, 2021. Disponível em: <https://www.vozdascomunidades.com.br/destaques/quem-mora-no-complexo-da-mare-pode-fazer-testes-de-COVID-19-gratuitamente/>. Acesso em: 25 set. 2022.

Brasil de volta ao mapa da fome. *In: RADIS. ENSP Fiocruz*. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/noticias/brasil-de-volta-ao-mapa-da-fome>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Violência: uma epidemia silenciosa. Disponível em: https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_16.pdf. Acesso em 30 maio 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf Acesso em: 24 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Gabinete do Ministro, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 16 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.

BRASIL. Lei 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm. Acesso em: 26 nov. 2023.

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *In: Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2020, v. 36, n. 5, e00088920. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em: 19 set. 2022.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Lei do Feminicídio faz cinco anos. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/643729-lei-do-femicidio-faz-cinco-anos/#:~:text=H%C3%A1%20cinco%20anos%2C%20no%20dia,condi%C3%A7%C3%A3o%20de%20mulher%20da%20v%C3%ADtima>. Acesso em: 06 out. 2020.

CANO, I.; DUARTE, T. (org.). “No sapatinho” : a evolução das milícias no Rio de Janeiro (2008-2011) Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2012. Disponível em: https://br.boell.org/sites/default/files/no_sapatinho_lav_hbs1_1.pdf. Acesso em 20 set. 2022.

CASA FLUMINENSE. Mapa da Desigualdade. Disponível em: http://casafluminense.org.br/wp-content/uploads/2020/07/mapa-da-desigualdade-2020-final_compressed.pdf. Acesso em 29 dez. 2020.

CASTRO, J. A. de. Proteção social em tempos de COVID-19. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1186>. Acesso em: 16 set. 2022.

MARÉ de Notícias Online. Disponível em: <https://mareonline.com.br/elas-por-elas-conheca-a-rede-de-apoio-as-mulheres-da-mare/>. Acesso em 25 set. 2021.

CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. D. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios**. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. 120 p.

CEDAW. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. 1979. Disponível em: chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjiahp/https://assets-compromissoeatitude-ippg.sfo2.digitaloceanspaces.com/2012/11/SPM2006_CEDAW_portugues.pdf. Acesso em: 3 mai. 2023.

CEPERJ. Coordenadoria de Políticas Econômicas. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.ceperj.rj.gov.br/?page_id=214. Acesso em: 19 set. 2022.

CHAI, Cássius Guimarães; SANTOS, Jéssica Pereira dos; CHAVES, Denisson Gonçalves., de pretenso protetor a efetivo agressor. *In: Revista Eletrônica do Curso Violência institucional contra a mulher: o poder judiciário de Direito da UFSM, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 640-665, maio/ago. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/29538>. Acesso em 19 set. 2022.*

CIDADE INTEGRADA. Cultura e Economia criativa. Secretaria de cultura e Economia Criativa. Governo do Estado Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://cultura.rj.gov.br/cidade-integrada/> Acesso em: 3 mar. 2023.

DIÁRIO DO NORDESTE. 9 em cada 10 casos de violência contra a mulher durante a quarentena aconteceram dentro de casa. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/seguranca/9-a-cada-10-casos-de-violencia-contra-a-mulher-durante-quarentena-aconteceram-dentro-de-casa-1.2240516>. Acesso em: 08 out. 2020.

DÍAZ, Antonio Fuentes; ALVES, José Cláudio Souza. Michoacán e Rio de Janeiro: Governança criminal, controle social e obtenção de lucro e poder político pelas autodefesas armadas e pelas milícias. *In: Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social, v. 15, p. 153-178, 2022.*

DUNKER, C. I. L. A violência como nome para o mal estar. *In: KUCINSKI, B. et. al. Bala Perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação. 1 ed. São Paulo: Boitempo. p. 45-50*

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 9 ed. Lisboa: Editorial Presença, 2004

DWECK, E.; MORETTI, B.; MELO, M. F. G. C. de. Pandemia e desafios estruturais do

CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. *In: Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 239–265, 18 mar. 2021. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559>. Acesso em: 19 set. 2022.

FANON, F. **Os condenados da terra**. 1 ed. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.

FBSP. Atlas da Violência 2020. Ano 14. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/atlas-da-violencia-2020/. Acesso em: 23 out. 2020 p. 116-140.

FIGUEIREDO, I; BARROS, B. W.; LIMA, R. S. Da insuficiência das opções político-institucionais dos planos nacionais de segurança pública pós-1988. *In: Segurança Pública após 1988: história de uma construção inacabada*. RUEDIGER, M. A.; LIMA, R. S. (Org). Rio de Janeiro: Editora FGV. 2021.

FIOCRUZ, I. de C. e I. C. (ICICT). Nota técnica 01, Monitora COVID-19, de 02 de abril de 2020. 2 abr. 2020. *In: Monitora COVID-19*. Disponível em: https://bigdata-covid19.iciet.fiocruz.br/nota_tecnica_1.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

FORBES. COVID-19 provoca a maior aceleração da riqueza em toda a história da humanidade. Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-money/2021/04/COVID-19-provoca-a-maior-aceleracao-da-riqueza-em-toda-a-historia-da-humanidade/>. Acesso em: 01 jun. 2021

FORNARI, L. F. *et al.* Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. *In: Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. 2021, v. 74, n. 1 e20200631. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0631>. Acesso em: 19 set. 2022

FREIRE, M. **Paradigmas de segurança no Brasil: da ditadura aos nossos dias**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. REVISTA BRASILEIRA DE SEGURANÇA PÚBLICA, v.3, n.2, 2009.

GENERO E NÚMERO. **Era Maria da Penha em 5 dados contextualizados**. Disponível em: <http://www.generonumero.media/era-maria-da-penha-em-5-dados-contextualizados/>

GENI/UFF. Instituto. Fogo Cruzado. Rio de Janeiro: 2022 Disponível em: <https://geni.uff.br/2022/09/13/mapa-historico-dos-grupos-armados-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em 20 set. 2022

GIODA, F. R.; GRISOTTI, M.; LANGDON, E. J. Violência estrutural e adoecer no Haiti: reflexões sobre uma experiência. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e1801012, 2020.

GIORDANI, A. T. **Violências contra a mulher**. São Caetano do Sul, SP: Editora Yendis, 2006.

GIRARD, R. **A violência e o sagrado**. São Paulo: Paz e Terra, 1990.

GOMES, A. J. F. A violência no Rio de Janeiro: um olhar sobre a política de segurança pública empregada no estado. *In: Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 7, n. 12, 2021, p. 574-586.

HIRATA, D., COUTO, M. I. (Org.) Mapa histórico dos grupos armados do Rio de Janeiro. ANF (Agência de Notícias das Favelas). Prefeitura inicia reconhecimento oficial das ruas do bairro da Maré. Disponível em: <https://www.anf.org.br/prefeitura-inicia-reconhecimento-oficial-das-ruas-do-bairro-da-mare/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

HIRATA, D., COUTO, M. I. (Org.) Mapa histórico dos grupos armados do Rio de Janeiro. GENI/UFF. Instituto. Fogo Cruzado. Rio de Janeiro: 2022 Disponível em: <https://geni.uff.br/2022/09/13/mapa-historico-dos-grupos-armados-no-rio-de-janeiro/>. Acesso em 20 set. 2022

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. 2019. Disponível em: chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjiiiahp/https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 3 mar. 2023.

JUNIOR, A. G. S. *et al.* A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. *APS EM REVISTA*, v. 2, n. 2, p. 128–136, 9 jun. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/126>. Acesso em: 16 set. 2022.

KABAD, J, F; BASTOS, J, L; SANTOS, R, V. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *In Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 22, n. 3 , pp. 895-918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300004>. Acesso em: 28 set 2022

KLAJMAN, C. A Gripe sob a ótica da História Ecológica: um estudo comparativo entre as pandemias de 1918 e 2009. *História Revista*, Goiânia, v. 20, n. 3, p. 118–137, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/historia/article/view/36909>. Acesso em: 18 ago. 2022.

LAUDANO, Juliana Kiara Portugal. Segurança pública no Rio: o impacto da realização de operações policiais nos indicadores criminais da cidade. 2021. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/media/documentos/doc-07-10-2021-11-43-57-633089.pdf>. Acesso em 3 mar. 2023.

LEI. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 25 ago. 2022.

LI, R. *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*, v. 368, n. 6490, p. 489–493. Disponível em: <https://www.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/science.abb3221>. Acesso em: 19 set. 2022.

LIMA, N. T. *et al.* A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2020000700503&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 6 abr. 2021.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 4, p.189-201. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 9 maio 2020.

MAFFESOLI, M. Dinâmica da violência. *In: Revista dos Tribunais*. São Paulo, 1987.

MAGALHÃES, A. A guerra como modo de governo em favelas do rio de janeiro. *In: Revista Brasileira de Ciências Sociais* [online]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/3610600/2021>. Acesso em: 19 set. 2022.

MANSO, B. P. **A república das milícias**: dos esquadrões da morte à era Bolsonaro. *Todavia*, 2020.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil. *Nota Técnica*. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/a-institucionalizacao-das-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil>. Acesso em 25 out. 2020

MBEMBE, A. **Crítica da Razão Negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MINAYO, MC. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. *In: NJAINE, K; ASSIS, SG; CONSTANTINO, P; (orgs.) Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 21-42.

MORAES, C. A. S.; SANTOS, C. M.; BOTELHO, T. M. Elementos para análise do desfinanciamento do SUS em Temer e Bolsonaro. [Anais] Disponível em: Disponível em: <https://www.periodicos.ufes.br/einps/article/view/33337/22047>. Acesso em: 19 set. 2022.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012 - Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos. *In: Saúde e Sociedade* [online]. v. 29, n. 1, e180895. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180895>. Acesso em: 19 set. 2022.

MPRJ - Ministério Público do Rio de Janeiro. MPRJ lança Ouvidoria da Mulher, nesta quarta feira, dia 10. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/home/-/detalhe-noticia/visualizar/114306>. Acesso em 05 set. 2022

ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (DUDH). Disponível em: <http://www.onubrasil.org.br/documentos/direitos-humanos.php>. Acesso em: 3 mar. 2023.

PAES-SOUSA, R. Brevíssimo inventário dos fracassos no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 38, p. 1–5, 26 abr. 2021.

PAIM, J. O que é o SUS? Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2015 (Temas em Saúde). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/10/>. Acesso em: 15 set 2022

PAIM, J. O que é o SUS? Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2015 (Temas em Saúde). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/10/>. Acesso em: 15 set 2022.

PAINEL CORONAVIRUS COVID-19. Boletim de epidemiológico. Governo do Rio de Janeiro. Disponível em: Disponível em: chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbnjiiiahp/<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI0MDA%2C>. Acesso em: 3. abr. 2023.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima.; SMIDERLE, Clarice. de Azevedo Sarmet Loureiro Simirdele. Atenção à saúde da mulher durante a pandemia COVID-19: orientações para o trabalho na APS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2535, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2535>. Acesso em: 18 set. 2022.

ROCHA, D, S; EPIFÂNIO, D; GOMES, A. C. C. O grito de socorro: uma realidade das mulheres vítimas de violência doméstica e familiar durante a pandemia da COVID-19 na cidade de Natal-RN. *In: Empírica*, 2021. Disponível em: chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbnjiiiahp/file:///C:/Users/dalva/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PC%202023/MERAKI/ROCHA.pdf. Acesso em: 3 mai. 2023.

RUFINO, Letícia do Nascimento., SANTOS, Michelle Aparecida dos. As desigualdades vivenciadas por mulheres no mercado de trabalho, 2020. Trabalho de conclusão de curso (Curso Superior de Tecnologia em Gestão Empresarial) - Faculdade de Tecnologia de Americana, Americana, 2020. Disponível em: <http://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/7005>. Acesso em: 19 set. 2022.

SACHS, J. D. *et al.* Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. *The Lancet*, v. 396, n. 10257, p. 1102–1124, 10 out. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31927-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31927-9/abstract). Acesso em: 19 set. 2021.

SAMPAIO, A. K. de S. Inserção da mulher no mercado de trabalho e seus desafios em cargos de liderança. Orientador: Tânia Augusta Ferreira. 2021. 17 f. Trabalho de graduação (Curso Superior de Tecnologia em Gestão Comercial) - Faculdade de Tecnologia de Itaquaquecetuba, Itaquaquecetuba, 2021. Disponível em: <http://ric.cps.sp.gov.br/handle/123456789/9663>. Acesso em: 19 set. 2022.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 32ª ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2021. ISBN: 9786555871869

SCHEINERMAN, N.; MCCOY, M. What does it mean to engage the public in the response to COVID-19? *BMJ*, [S. l.], v. 373, seq. Analysis, p. n 1207, 26 maio 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1207>. Acesso em: 15 set. 2022.

SCHWARCZ, Lili. Violência doméstica aumenta na pandemia. YouTube, 11 mai. 2020.

Disponível em:

https://www.youtube.com/watch?v=2Yoy6itBfLU&ab_channel=LiliSchwarcz. Acesso em: 3 mar. 2023.

SENADO FEDERAL. Vira lei obrigação de notificar casos de violência contra a mulher em 24 horas. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/12/11/vira-lei-obrigacao-de-notificar-casos-de-violencia-contra-a-mulher-em-24-horas>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SENADO FEDERAL. Vira lei obrigação de notificar casos de violência contra a mulher em 24 horas. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/12/11/vira-lei-obrigacao-de-notificar-casos-de-violencia-contra-a-mulher-em-24-horas>. Acesso em: 15 jul. 2022

SERRA, Carlos Henrique Aguiar; SOUZA, Luís Antônio Francisco de; CIRILLO, Fernanda Russo. Guerra às drogas no Brasil contemporâneo: proibicionismo, punitivismo e militarização da segurança pública. *In: Teoria e Cultura. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – UFJF*. Disponível em: <chrome-extension://gphandlahdpffmccakmbngmbjnjiihp/file:///C:/Users/dalva/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PC%202023/MERAKI/29332-Texto%20do%20artigo-130801-1-10-20201105.pdf> Acesso em: 3 mai. 2023.

SILVA, Beatriz Zocal da. Pela DesCrivelização da saúde: reflexões sobre a crise da saúde no Rio de Janeiro-RJ e seu agravamento na pandemia. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. e300308, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/v30n3/0103-7331-physis-30-03-e300308.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

SILVA, D. A. C. da. Violência institucional contra a mulher. 2021. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Unidade Acadêmica Especial de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Goiás, Cidade de Goiás, 2021. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/19772>. Acesso em 19 set. 2022.

SILVA, Machado da Silva; SILVA, Luiz Antonio Machado da. Sociabilidade violenta: por uma interpretação da criminalidade contemporânea no Brasil urbano. *Sociedade e estado*, v. 19, p. 53-84, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/sW7wjWRx8W9fHWmRkGvynmt/abstract/?lang=pt> Acesso em: 3 mai. 2023.

SILVA, Mayalu Matos *et al.*. “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. **Ciênc. saúde coletiva**, 2021 26(6), jun. 2021.

SNIS – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE SANEAMENTO. Painel de informações sobre saneamento. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdr/pt-br/assuntos/saneamento/snis>. Acesso em: 3 mar. 2023.

SZABO, I; RISSO, M. **Segurança pública para virar o jogo**. 1ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018. 142 p.

TEMPORÃO, J. G. O enfrentamento do Brasil diante do risco de uma pandemia de influenza pelo vírus A (H1N1). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 201–204, set. 2009. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742009000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 set. 2022

VEIGA-NETO, A. **Mais uma Lição**: sindemia covídica e educação. *Educação & Realidade*, [S. l.], v. 45, n. 4, p. e109337, 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FILHO, N. A. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *In: Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2009, v. 25, suppl 2, pp. s217-s226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 28 set.