

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA EM TEMPOS DE SARS-COV-2/ COVID-19 EM SÃO PAULO

*VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA
EN TIEMPOS DE SARS-COV-2 / COVID-19 EN SÃO PAULO*

*VIOLENCE AGAINST WOMEN: PROGRAMMATIC VULNERABILITY
IN TIMES OF SARS-COV-2 / COVID-19 IN SÃO PAULO*

Brisa Campos¹, Bruna Tchalekian¹ e Vera Paiva¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil

RESUMO: O artigo discute os desafios da assistência à violência contra a mulher (VCM) no início da pandemia de SARS-CoV-2/Covid-19. Informantes-chaves de serviços de acolhimento na cidade de São Paulo entrevistadas destacaram como a crise sanitária ampliou e intensificou a sinergia de violências coproduzidas pela crescente vulnerabilidade social. Os resultados indicaram uma resposta programática contraditória ao inédito contexto psicossocial marcado pela redução brusca da renda familiar e aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Com governantes individualizando a VCM sem oferecer apoio suficiente para manter distanciamento/isolamento necessário à prevenção de SARS-CoV-2/Covid-19, diminuiu a procura dos serviços pelas mulheres mesmo enquanto as denúncias cresciam. Ao mesmo tempo que as usuárias do serviço perdiam acesso à comunicação remota, as profissionais usavam celulares e recursos pessoais para atendê-las, sem protocolos éticos de sigilo. Antecipa-se a necessidade de ampliação da rede intersetorial e do acolhimento em saúde-mental.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica; Rede intersetorial; Covid-19; Vulnerabilidade.

RESUMEN: El artículo analiza los desafíos de la asistencia a las mujeres víctimas de violencia (o violencia contra la mujer - VCM) al comienzo de la pandemia SARS-CoV-2/ Covid-19. Informantes clave de los servicios de acogida en la ciudad de São Paulo entrevistadas destacaron cómo la crisis de salud se amplió y intensificó la sinergia de la violencia coproducida por la creciente vulnerabilidad social. Los resultados indicaron una respuesta programática contradictoria al contexto psicossocial sin precedentes marcado por una fuerte reducción de los ingresos familiares y un aumento en el abuso del alcohol y otras drogas. Con funcionarios del gobierno federal individualizando la VCM sin ofrecer suficiente apoyo para mantener la distancia/aislamiento necesarios para la prevención del SARS-CoV-2/ Covid-19, la demanda de servicios por parte de las mujeres ha disminuido a pesar de que han aumentado las quejas. Al mismo tiempo que las usuarias del servicio perdieron el acceso a la comunicación remota, los profesionales utilizaron teléfonos celulares y recursos personales para atenderlas, sin protocolos éticos de confidencialidad. Se anticipa la necesidad de ampliar la red intersectorial y la acogida en salud mental.

PALABRAS CLAVE: Violencia Doméstica; Red Intersectorial; Covid-19; Vulnerabilidad.

ABSTRACT: The article discusses the challenges of assisting violence against women (VAW) at the beginning of the SARS-CoV-2/Covid-19 crisis. Key informants from public support services in the city of São Paulo were interviewed and emphasized how the health-crisis intensified the violence synergy co-produced by increasing social vulnerability. The results indicate a contradictory programmatic response to the unprecedented psychosocial context marked by a sharp reduction in family income and a rise in alcohol and drug abuse. With government officials individualizing the VAW without offering sufficient support programs to maintain the distance/isolation necessary to prevent SARS-CoV-2/Covid-19, women's demand for services have decreased despite the fact that the complaints have increased. Service users were increasingly deprived of the access to remote communication, while professionals were using personal cells and resources to attend them, without ethical confidentiality protocols. The foreseen challenges include expanding the intersectoral network and mental health services.

KEYWORDS: Domestic Violence; Intersectoral Network; Covid-19; Vulnerability.

Introdução

Em abril de 2020, o editorial da revista *Lancet* (Hall et al., 2020) já discutia como na crise sanitária e social resultantes da *SARS-CoV-2/Covid-19*, que afeta desproporcionalmente ricos e pobres, as desigualdades entre mulheres e homens seriam determinantes. Em todas as crises humanitárias anteriores, reduziram-se o acesso aos serviços de atenção à violência de gênero, à saúde mental e à saúde materna e infantil (Hall et al., 2020). Como nos recentes surtos dos vírus de Ebola e Zika, são as mulheres que saem mais de casa para trabalhar, que ocupam mais postos de trabalho em saúde e dedicam mais tempo aos cuidados da casa, dos filhos e dos enfermos (Measure Evaluation, 2017). As mulheres são a maioria entre trabalhadores da saúde e informais, o que as expõe a maior risco de infecção pelo vírus, perda de emprego e renda; assim “as sobreviventes da violência podem enfrentar obstáculos adicionais” (ONU Mulheres, 2020).

O fenômeno da violência contra a mulher não escolhe cultura, grupo étnico e religioso, classe e escolaridade, mas as experiências das mulheres mudam conforme a desigualdade no acesso à justiça e aos serviços de saúde (Curia et al., 2020). São muitas as barreiras à adesão pelas mulheres aos serviços de saúde que oferecem atenção à violência por parceiro íntimo (Schraiber, D’Oliveira, França-Junior, & Pinho, 2002).

No contexto prolongado que se prevê para a pandemia de *Covid-19*, os obstáculos serão maiores. Comparados com 2019, em 2020 os casos de feminicídio cresceram 22,2% entre março e abril, cresceram 37,6% as chamadas para o nº 190 para situações de violência doméstica em abril, período em que todos os estados já adotavam medidas de isolamento social; por outro lado houve a redução de 28,2% dos registros de estupro e estupro de vulnerável, dado preocupante, pois as vítimas podem não estar conseguindo chegar até a polícia para denunciar a violência (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020).

O município de São Paulo, epicentro da epidemia brasileira, estabeleceu um plano de contingências e enfrentamento à *Covid-19* em março (Prefeitura de São Paulo, 2020). Fechou-se o comércio e as atividades nos diferentes segmentos educacionais, indicou-se o “distanciamento social” e o “isolamento domiciliar”, “lavar as mãos” e uso de álcool-gel, higienização dos ambientes e capacitação dos profissionais da saúde. Serviços de saúde e assistência social produziram protocolos de atendimento e acompanhamento das atividades.

O objetivo deste artigo é discutir a resposta à violência contra as mulheres nos primeiros meses da pandemia de *SARS-CoV-2/Covid-19*, focalizando a dinâmica da vulnerabilidade programática com base em relatos de profissionais de saúde e assistência social que estão atuando na atenção de mulheres em situação de violência em territórios socialmente vulneráveis.

A análise da vulnerabilidade programática das mulheres à violência permite compreender sua maior ou menor suscetibilidade focalizando políticas, ações, serviços e as estratégias disponibilizadas e institucionalizadas que deveriam apresentar respostas efetivas para mitigar essa violência. A análise das relações sociais que estruturam situações de vulnerabilidade e/ou violação de direitos humanos (V&DH) em uma perspectiva psicossocial assume a relação indissociável entre as dimensões programática e os planos individual e social (Ayres, Paiva, & Franca Jr, 2012). Incluem a análise das relações de gênero e raciais, além do contexto socioeconômico com impacto no cotidiano das pessoas.

No caso da violência contra a mulher, implica pensar que não resulta de interações individuais isoladas com os homens, nem que todos os homens são violentos, mas que é

estruturada por um “sistema de dominação masculina que produz e reproduz, orienta práticas, comportamentos, instituições e normas”, além de condicionar a “experiência feminina” (Barroso, 2019, pp. 142-145). O contexto que produz as interações individuais pode ser mitigado por ações programáticas e políticas públicas.

Sobre violência contra a mulher

Saffioti (2015)¹ concebe violência como ruptura de qualquer forma de integridade da pessoa, seja física, psíquica, sexual ou moral. Busin (2015) acrescenta que as violências podem ser rejeitadas ou condenadas, toleradas ou incentivadas, explícitas ou invisíveis. Existem violências que deixam marcas físicas, outras simbólicas, porém todas provocam ruptura e podem deixar marcas permanentes em quem as sofre. A autora define violência de gênero como a violência contextualizada pelas relações de gênero, que se produz e reproduz no bojo do sistema patriarcal, e fundamenta atos sociais derivados da hierarquização naturalizada de gênero e do sexo, que supervalorizam atributos considerados masculinos em detrimento de características consideradas femininas, cuja forma de expressão pode ser física, sexual e econômica (Busin, 2015). A extensa literatura mundial, inspirada pela contribuição de Scott (1995), que cunhou gênero como categoria de análise, permitiu superar o determinismo biológico relacionado ao uso do termo sexo ou diferenciação sexual.-

A violência contra a mulher (VCM) pode ser definida como qualquer ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual, psicológico, patrimonial e moral, tanto na esfera pública quanto na privada (Lei n. 11.340/2006). Nesse fenômeno global e complexo, a associação das violências física, sexual e psicológica aparece em episódios recorrentes e sobrepostos, e as violências emocional e moral coexistem a outras agressões (Guimarães & Pedroza, 2015). A violência psicológica contra as mulheres aparece como a mais frequente, naturalizada, difícil de identificar e denunciar (Curia et al., 2020; Guimarães & Pedroza, 2015; Silva & Oliveira, 2015). A violência também pode ser tipificada com base no espaço em que ocorreu (doméstica, pública, urbana, rural); por quem sofre (menina, idosa, não-branca, LGBTQIA+); por quem a comete (individual, coletiva); ou por sua forma (psíquica, física, sexual). (Busin, 2015).

A violência contra a mulher é, portanto, uma expressão da violência de gênero, perpetrada significativamente no ambiente doméstico pelo parceiro íntimo, nomeada como violência doméstica (VD) ou violência doméstica contra a mulher (VDM). As consequências dessa violência são observadas no plano individual, familiar e coletivo (OMS, 2010).

No Brasil, o tema da violência contra a mulher entrou na agenda política no período de redemocratização nos anos 1980, quando os primeiros serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e o primeiro programa público de aborto legal em São Paulo advieram (Aguilar, D’Oliveira, & Schraiber, 2020).

Em 2002, a violência contra a mulher passou a ser considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grave problema de saúde pública e violação de direitos humanos. Essa definição apoiou no debate brasileiro a promulgação da Lei Maria da Penha, a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e o aprimoramento de atendimentos multidisciplinares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como já debatia Saffioti (Curia et al., 2020).

Guimarães e Pedroza (2015) destacam a inovação jurídica, processual, política e cultural que redefiniu a violência depois da promulgação da Lei Maria da Penha, com impacto na formulação de políticas públicas na saúde, educação e assistência.

O detalhamento das modalidades de violência definidas na lei ampliou a compreensão sobre suas expressões e situações que, como as diferentes formas de humilhação, não eram definidas como violência (Guimarães & Pedroza, 2015). Nesse contexto, se ampliou tanto a escuta das mulheres vítimas de violência para as diversas expressões das violências, quanto a compreensão sobre a construção histórica e cultural das relações desiguais de poder entre homens e mulheres.

Em revisão da literatura brasileira sobre VCM, Silva e Oliveira (2015) e Curia et al., (2020) indicam que estudos quantitativos e qualitativos das disciplinas psicologia, enfermagem e medicina incluem as mulheres vítimas e a escuta de profissionais, além da análise documental. As mulheres relacionam como principais causas da violência o ciúme, o jogo de poder e histórico familiar (Fonseca, Ribeiro, & Leal, 2012; Curia et al., 2020).

A promulgação da Lei Maria da Penha estimulou o aumento dos estudos sobre o tema, embora poucos incluam os homens autores de violência. O trabalho junto aos homens, previsto na Lei, também é apontado pela OMS como relevante medida de prevenção.

A literatura indica que frequentemente intervenções junto a condenados ou denunciados buscam a responsabilização dos homens pela violência cometida. Esse processo de responsabilização ocorre por meio da adequação dos participantes a um discurso hegemônico que é pouco problematizado (Billand & Paiva, 2017).

Homens são socializados para usar a agressividade e a violência física como provas de masculinidade, enquanto são convocados a reprimir suas emoções publicamente e estimulados a “uma postura destrutiva e, muitas vezes, autodestrutiva” (Dantas & Mélo, 2008, p. 3). As consequências são maior índice de mortalidade entre os homens em todas as faixas etárias, maior taxa de internação relacionadas à saúde mental, bem como penalidades como a prisão (Dantas & Mélo, 2008).

Billand e Paiva (2017) notam que a forma coercitiva com que muitas das intervenções junto aos homens autuados pela Lei Maria da Penha ocorrem – com ameaça de punição e humilhação – produz resistência em expor fragilidades, grandes taxas de abandono e falta de adesão às propostas de intervenção. Porém, experiências de grupos reflexivos em diversas regiões do país permitem um espaço de acolhimento e escuta, troca de experiências e reflexão sobre as diversas formas de violência, o pensar e agir frente a situações conflituosas (Freitas & Cabrera, 2011, citados por Vasconcelos & Cavalcante, 2019).

A taxa de reincidência mostra-se baixa após participação em grupos reflexivos, de acordo com levantamento feito por Vasconcelos e Cavalcante (2019), que ressaltam a dificuldade de medir essa taxa com exatidão. A mudança de discurso por parte dos homens não exclui outras formas de controle do homem sobre a mulher, sobretudo a violência psicológica. Assim, afirma-se a importância da intervenção junto a homens autores de violência ocorrer de forma dialógica (Billand & Paiva, 2017).

A transgeracionalidade dessa violência é observada na história de vida de pessoas em relacionamentos violentos (Silva & Oliveira, 2015) e há relação entre violência conjugal e experiências de violência na família de origem, tanto de homens, quanto de mulheres. A violência cometida por parceiro íntimo (VPI) impacta filhas e filhos que presenciam situações de violência e desenvolvem problemas de ordem física e emocional, como alterações

no sono, ansiedade, depressão, baixa autoestima e baixo rendimento escolar, como também indica a OMS (Krug et al., 2002).

As consequências da violência incluem agravos significativos de saúde física e mental das vítimas, com efeitos de médio e longo prazo, crônicos, resultando em lesão corporal e óbito (Curia et al., 2020; Santos et al., 2018; Silva & Oliveira, 2015). As consequências ultrapassam a dimensão individual, afetam relações familiares e sociais, produzem isolamento social e prejuízos no exercício de atividades laborais e no acesso ao cuidado (Mendonça & Lurdemir, 2017).

Para Fonseca, Ribeiro e Leal (2012), a violência psicológica compromete a autoestima, e a vergonha aparece como sentimento predominante entre as mulheres que se escondem, e a “indiferença com que são tratadas contribui para que elas permaneçam na inautenticidade” (p. 5). Categoriza-se o sofrimento mental mais frequentes entre vítimas da VCM em diagnósticos como: (a) humor depressivo-ansioso; (b) sintomas somáticos; (c) decréscimo de energia vital; (d) pensamentos depressivos, incapacidade de desempenhar atividades e pensamentos suicidas (Santos et al., 2018). A depressão seguida de estresse pós-traumático aumenta a chance de uso de substâncias, sobretudo uso abusivo de álcool (Curia et al., 2020; Santos et al., 2018). No caso específico de mulheres com histórico de violência sexual, globalmente tem se observado a maior ocorrência de sintomas psiquiátricos (Krug et al., 2002, p. 163).

No plano programático, os avanços legais dos anos 2000 implicaram na articulação dos serviços da rede intersetorial de atenção às mulheres, nos equipamentos e nas modalidades assistenciais ofertadas. A caracterização das mulheres que sofreram violência ressalta a importância de abordagens interseccionais, além de intersetoriais. Estudos brasileiros apontam que a maioria das mulheres é jovem, negra, em situação econômica desfavorável (Curia et al., 2020) e indicam poucas análises a partir de marcadores sociais e sua intersecção com a desigualdade de gênero no Sistema Único de Saúde (SUS). (D’Oliveira et al., 2020).

Os serviços regionalizados que compõe a Atenção Primária em Saúde (APS) – que integram ações preventivas, promoção de saúde e cuidados longitudinais à família e à comunidade – são a porta de entrada para o SUS e podem apresentar respostas importantes à VCM, se oferecem assistência contínua às mulheres (D’Oliveira et al., 2020; Mendonça et al., 2020). Aguiar et al., (2020) discutem que as ações de encaminhamento a serviços devem continuar facilitando o acesso à assistência (como “trama” que são) mas que uma “rede” deve construir um projeto assistencial comum que garanta a interação entre os diversos profissionais compartilhando modelos assistenciais e ações que tenham em vista a atenção integral a partir das demandas particulares de cada caso. Por outro lado, a violência doméstica contra as mulheres (VDM) nem sempre é reconhecida como um problema de saúde. Quando o fazem, afirmam as autoras que os profissionais o reconhecem na perspectiva da integralidade, do gênero e dos direitos humanos, mas há pouco conhecimento sobre as leis, dificuldade em abordar o tema junto às mulheres, desconhecimento sobre protocolos e fluxo de atendimento e medo dos profissionais frente às ameaças de agressores.

Antes da epidemia da *SARS-CoV-2/Covid-19*, já se acumulavam a diminuição de recursos humanos e materiais para os serviços, corte no repasse de verbas, a precariedade nas delegacias da mulher e a falta de interesse na capacitação/treinamento de profissionais, um sucateamento visível nos três níveis de governo (municipal, estadual e federal). Além disso, na cidade de São Paulo, onde o estudo se desenvolveu, os serviços

de assistência psicossocial nesse campo são tanto de administração municipal direta da Secretaria de Direitos Humanos, como de administração indireta pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), gerenciados via organizações sociais, o que dificulta o entrosamento entre serviços e aumenta a divergência de cunho ideológico sobre como se concebe a VCM (Aguiar et al., 2020).

No campo da assistência jurídica e policial, também há falta de recursos humanos e materiais e, apesar do aumento da quantidade de DDM's (só em São Paulo são 129)², esse é um serviço pouco valorizado na carreira e organização policial. Há, portanto, resistência à capacitação profissional e às abordagens de gênero como pretendia o movimento de mulheres na criação das DDM's (Aguiar et al., 2020). Curia et al., (2020) identificam quatro obstáculos à assistência jurídica: (a) a banalização da VCM por parte de equipes no campo da justiça; (b) pouco conhecimento sobre a interseccionalidade gênero-raça-etnia por parte de juízes/as; (c) pouco acesso das mulheres negras à justiça; (d) e pouca compreensão da diferença entre notificação e denúncia por profissionais na área da saúde, o que diminui a efetividade dos encaminhamentos.

A VCM no contexto da pandemia de Covid-19

Vieira, Garcia e Maciel (2020) ressaltam que a coexistência forçada entre casais no contexto do isolamento, o estresse econômico crescente e o medo de adoecer por *Covid-19* são gatilhos para a violência. A divisão sexual das tarefas da casa sobrecarrega as mulheres (especialmente as casadas com filhos) e aumenta o trabalho invisível e não remunerado da mulher. O estresse econômico e a perda real dos postos de trabalho, acirrados pela pandemia do *Covid-19*, pode desestabilizar os homens, potencializando comportamentos violentos no lar. O machismo estrutural, as desigualdades de gênero, raça e renda são acirrados pela pandemia (Barbosa et al., 2020).

O governo federal reconheceu que o confinamento produz aumento de casos de violência, mas as falas do presidente sobre o tema reduzem a questão à necessidade de sair do “confinamento”, situação que “estimula brigas” e “mau comportamento” dos homens nervosos, como se estes fossem os únicos fatores responsáveis pelo aumento de casos de violência (Brandalise, 2020). Expressões públicas como estas contra a quarentena e o isolamento domiciliar desconsideram as raízes estruturais da VCM. O histórico político do presidente Jair Bolsonaro é povoado de atitudes que evidenciam sua posição sexista, contra a igualdade das mulheres e demais concepções da Declaração dos Direitos Humanos. Em 2014, por exemplo, ofendeu a deputada Maria do Rosário e foi condenado à indenização. Os cortes significativos de verba para programas vinculados à Secretaria da Mulher ressaltam uma agenda não-prioritária (Lindner, 2020). O Ministério da Saúde exonerou funcionárias que assinaram nota técnica sobre métodos contraceptivos, interrupção da gravidez legal, redução de gravidez não planejada e eliminação da VCM relacionada a casos de abuso sexual no contexto da epidemia (Mariz, 2020). A orientação foi distorcida pelo presidente Bolsonaro como legalização do aborto, reiterando sua posição contrária aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ainda assim, registrava-se o aumento de denúncias de VCM em 2019 e o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (2019) lançou o aplicativo “Direitos Humanos Brasil” (abril de 2020) viabilizando denúncias, sem necessidade de a vítima fazer ligações. Contudo, não se tem notícia de ações resultantes dessas denúncias.

Há entraves para a efetividade das denúncias nestes formatos. O que devem fazer as mulheres em situação de violência que não acessam a internet ou têm sua comunicação cerceada? Como a crise da *Covid-19* interfere na mediação programática local que mitigaria as desigualdades de gênero quando creches, escolas, espaços de convívio comunitário das mulheres e religioso permanecem fechados? Como respondem localmente os serviços de proteção à mulher?

Método

No âmbito de pesquisa-intervenção em andamento onde o tema emergiu³, realizaram-se entrevistas semiestruturadas por meio remoto (*Google Meets*), em maio de 2020, com profissionais que atuam na linha de frente de serviços da Rede de Enfrentamento à Violência. Os três serviços contam com equipe multiprofissional e recebem casos encaminhados da Rede intersetorial, pela comunidade ou por busca espontânea. Dois dos serviços são vinculados à Rede de Assistência Social e localizam-se na zona sul e sudeste da cidade de São Paulo, regiões de alta vulnerabilidade, que não aderiram massivamente à proposta de quarentena com isolamento social. O terceiro serviço é vinculado ao SUS, em território de média vulnerabilidade na Zona Oeste da capital.

As três regiões são internamente heterogêneas e processos locais reproduzem as desigualdades sociais definindo o grau de “vulnerabilidade social”, segundo o Atlas Socioassistencial da Cidade de São Paulo (2015), com base nas “características do território, ciclo etário, dificuldades enfrentadas pelas famílias e falta de acesso a políticas públicas”. O bairro na Zona Sul de São Paulo tem intensa ocupação demográfica e reúne a maior proporção de população preta e parda da cidade de São Paulo (60% dos habitantes no bairro), com 25% dos domicílios em favelas (Rede Nossa São Paulo, 2019). Era o 4º bairro com maior número de mortes pela *Covid-19* (Tarja, junho de 2020).

No bairro em distrito da Zona Oeste, de média vulnerabilidade, 16% da população se declara preta e parda (Mapa da desigualdade de São Paulo, 2019) e no distrito registrou-se um dos maiores índices de óbitos por *Covid-19* (junho de 2020).

O bairro de alta vulnerabilidade da região sudeste onde 31% da população se declara preta e parda inclui a maior favela do município, com 38% dos domicílios sem saneamento, e registrou o 2º maior número de mortes pela *Covid-19* no município (Tarja, junho de 2020).

Os serviços investigados são de média complexidade, ou seja, atendem famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, e protagonizam o acolhimento à mulher vítima de violência nos territórios, atendendo mulheres sob impacto social da crise de desemprego e renda ampliada pela epidemia.

As três informantes-chave, formadas em assistência social ou psicologia, foram entrevistadas sobre a dinâmica dos serviços antes e depois das políticas de isolamento e distanciamento social, e os desafios que enfrentam e antecipam para os serviços de proteção à mulher cujo cotidiano estará afetado pela crise da *Covid-19*. A identidade das entrevistadas e o nome dos serviços em que atuam serão omitidos por compromisso ético.⁴ Para tanto, serão referenciadas com nomes fictícios: Camila (Zona Sul), Ana (Zona Sudeste) e Mariana (Zona Oeste).

A análise temática do conteúdo das entrevistas semiestruturadas (Minayo, 2008), privilegia a fala como unidade de significação. A leitura flutuante permitiu categorizar temas que possibilitaram ampliar a compreensão e hipóteses iniciais e interpretar as narrativas.

A análise temática de conteúdo focalizou a dinâmica da vulnerabilidade programática das mulheres à situação de violência vividas nos três primeiros meses da epidemia de *Covid-19*. No quadro da vulnerabilidade e direitos humanos (Ayres, Paiva, & França-Junior, 2010) considera-se as três dimensões da vulnerabilidade inextricavelmente ligadas: a “dimensão individual e pessoal”, compreendida como trajetória intersubjetiva que coproduz a pessoa em cena na relação eu-outro, implicadas em contextos que compõem a “dimensão social” das interações cotidianas e com a rede próxima, estruturadas pelas relações étnico-raciais, de gênero e classe, geracionais e pela cultura. A “dimensão programática” da vulnerabilidade, foco desse estudo, trata das ações institucionalizadas e organizadas por processos político-sociais e que podem mitigar ou aumentar a vulnerabilidade pessoal e social das mulheres à violência. No curto período de observação e pesquisa não foi possível seguir as mulheres vítimas de violência atendidas e aprofundar a compreensão da relação entre cada trajetória individual em seu contexto sociocultural e os serviços que as acolhem, observando a mediação dos processos político-programáticos nos territórios onde vivem.

Resultados

As entrevistadas concordam que a vulnerabilidade social das mulheres vítimas de violência foi intensificada desde a primeira fase da pandemia. Anteciparam o aumento da vulnerabilidade nos territórios em que as mulheres residem, a necessidade de implementação de medidas de emergência diante da ausência de acesso a direitos, e alteraram protocolos de atendimento nos serviços de proteção, fatores que poderiam intensificar o silenciamento da VCM.

A primeira resposta dos serviços foi adequar os espaços físicos para garantir protocolos de distanciamento físico, adequar critérios para atendimento presencial e testar a possibilidade de monitoramento remoto.

Vulnerabilidade social nos territórios investigados

A psicóloga Camila (Sul) associa o cenário no bairro como sendo muito parecido com a década de 1980. Conta que na abertura democrática, época de hiperinflação, empresas situadas na periferia Sul da cidade de São Paulo faliram ou mudaram de território, o que gerou um brusco desemprego na região. Algumas famílias migraram, mas muitas permaneceram em condição de desemprego, o que intensificou o consumo de álcool por parte dos homens e aumentou a violência nos lares.

O bairro não está e nunca ficou em estado de isolamento social para a *Covid-19*. O auxílio do governo que deveria sustentar a população mais pobre e desempregada demorou a chegar ou não chegou (Roubicek, 2020), além de encontrar como barreira o acesso à *internet* e o uso de aplicativo em celular para liberação do auxílio. Assim, a distribuição do auxílio foi um obstáculo à adesão ao isolamento.

Aqui os bares estão abertos com muita bebida em cima da mesa, estamos vendo e é fato! (...) tem muita gente que não recebeu auxílio. Então, a falta alimento, a dificuldade de pagar as contas é gatilho para violência doméstica, a própria questão das crianças não estarem na escola, porque aqui normalmente é um cômodo para 10 pessoas, e dessas pessoas tem 5 ou 6 crianças, então a violência começa a estender para as crianças, porque o próprio adulto está sem jeito de prover o lar, sem recurso e sem paciência para prover o lar e acaba batendo, espancando... . (Camila, Sul)

A instituição, preocupada com a segurança alimentar, passou a distribuir cestas básicas, e centralizou cerca de 150 inscrições por dia (quase todas por mulheres) solicitando comida depois de perder o emprego como domésticas.

Como parte da rede de enfrentamento à violência na cidade de São Paulo, o serviço atende 110 mulheres da região e permaneceu ativo por meio de monitoramento remoto destas. Dentre elas, apenas nove precisaram de subsídios, como comida, gás, água ou luz, o que pode indicar resultado positivo do ativo trabalho de apoio à emancipação financeira e do direito ao trabalho promovido pela instituição, que possibilitou maior segurança a estas mulheres, mesmo neste contexto. Já o abuso de álcool pelos homens, fator associado à violência doméstica em diversos estudos (Curia et al., 2020; Silva & Oliveira, 2015) associou-se ao uso abusivo de álcool por parte das mulheres vítimas de violência, crescente antes da epidemia.

Ana (Sudeste) conta que na região também não se garantiu o distanciamento. No serviço, assustaram-se quando a Secretaria de Assistência Social notificou o encerramento completo de todas as atividades coletivas, gerando “medo” de contrair o novo vírus, tanto nas usuárias como nas profissionais (em março de 2020). A equipe, composta apenas por mulheres, se viu na delicada posição entre criar critérios para dar conta das demandas urgentes e não se expor à *Covid-19*.

Alteração de protocolos de atendimento

Os protocolos de atendimento em todos os serviços foram gradualmente modificados, adotando medidas semelhantes. Três modificações foram destacadas pelas entrevistadas: (a) os acolhimentos presenciais se mantiveram apenas para casos novos, situações de violência física que aconteceram recentemente (no dia, ou em dias anteriores), para garantir orientação e apoio para realizar Boletim de Ocorrência ou solicitar medida protetiva, para atender mulheres que sofreram a violência e não têm pra onde ir, e mulheres que estão com o agressor em casa; (b) o monitoramento à distância de casos que já eram acompanhados pelo serviço passou a ser feito por telefone ou *Whatsapp*; (c) medidas de distanciamento físico foram tomadas no espaço do serviço, como afastamento de mobiliário, número de pessoas permitidas no espaço, uso de máscaras e higienização recorrente das mãos.

Acessar as mulheres e desenvolver atividades de forma remota apareceu como desafio e as profissionais entrevistadas entendem que esta forma de trabalho virá para ficar. Para Camila (Sul) e Ana (Sudeste) é significativo o desafio da inclusão digital, meio que viabilizaria a comunicação e acesso a direitos mantendo a proteção do estado.

Mulheres que têm [nosso] celular e WhatsApp só conseguem entrar quando vão em algum lugar com wi-fi, não têm na casa, não têm computador (...) Ela tem um chip com número, parou de colocar crédito e perdeu o número. Só o WhatsApp ela vai conseguir usar, quando tiver wi-fi e ela não vai ter (...) como a gente faz com essa parcela de mulheres que não tem o mesmo acesso que a gente, de estar usando a internet e falando no computador em casa? Como se inclui essas mulheres? O desafio principal é esse. (Ana, Sudeste)

Já para Mariana (Oeste), a situação de atendimento remoto introduz temor de quebra de sigilo, pois as equipes do serviço estão monitorando as usuárias com telefones pessoais, ou se viram obrigadas a comprar novos chips ou pegar aparelhos emprestados. Seria preciso ter um plano de segurança *online*, a mulher atendida precisaria saber que sua fala não será gravada, que seu sobrenome não será exposto, que o registro de mensagens será apagado, pois a confiança é primordial para que a vítima se sinta à vontade. Importante destacar que o cárcere privado e cerceamento de comunicação podem ser realidades no contexto da VCM, acrescentando um desafio ao atendimento. As condições de trabalho das equipes de saúde e assistência aumentam a vulnerabilidade programática: “o meu medo é que o serviço não está conseguindo responder a isso rapidamente (...) por exemplo, assassinatos de profissionais, coisa que não é tão incomum de acontecer em casos, enfim, muito graves” (Mariana, Oeste).

Para esta mesma profissional, a conjuntura oferece a oportunidade de construir cartilhas e documentos de orientação profissional qualificados, que considerem: o registro de pseudônimos; a criptografia; o trabalho profissional em casa com infraestrutura fornecida pelo serviço. Essas demandas dependem de investimento programático de recursos em políticas nesse campo e, no caso do SUS, incluir a atenção à VCM como uma questão prioritária na saúde.

Ainda sobre acessibilidade, princípio fundamental da perspectiva dos direitos humanos, os territórios de alta vulnerabilidade queixam-se que o aplicativo 180 – Boletim de Ocorrência (BO) *on-line* não funciona. O serviço Sudeste chegou a acompanhar mulheres para fazer o BO diretamente na DDM da região no contexto da epidemia, e a delegacia disponibilizou computador e a orientação do escrivão. Por mais que em todos os serviços pesquisados se critique a maneira inadequada como a polícia trata mulheres vítimas de violência, sobretudo em relação as mulheres negras, o suporte permanente desta instituição é necessário e deve ser qualificado.

Para a entrevistada Mariana (Oeste), as delegacias são relevantes para a violência institucional na rota de garantia de direitos das mulheres, então evitá-las é positivo. Quem faz o BO *online* disponível em tempos de epidemia é instruído a permitir autorizações por *e-mail* ou *WhatsApp*, plataforma que as mulheres preferem e passaram a acessar.

Políticas públicas e Medidas implementadas na primeira fase da pandemia

Na ausência do BO, dois dos serviços estão orientando a vítima a fazer a solicitação de medida protetiva diretamente. O processo é mais lento, exige mais provas, mas garante a rápida retirada do homem violento do lar, o que no contexto pode ser mais urgente ainda, e aparece como alternativa ao BO.

Há iniciativas parlamentares⁵ para que durante a pandemia se altere a Lei Maria da Penha, determinando que União, Estados e Municípios assegurem medidas protetivas para atender mulheres/filhos, recursos emergenciais para casas-abrigo e Centros de

Atendimento Integral e Multidisciplinares específicos. Nenhuma informante acompanhava o assunto, embora mencionasse a necessidade de ampliar o número de vagas em abrigos.

A Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania de São Paulo lançou um pacote de medidas para mulheres em situação de violência (em junho de 2020): auxílio-hospedagem de R\$ 400 reais para quem possui medida protetiva ou que viva situação de extrema vulnerabilidade; disponibilização de vagas em quartos de hotéis para vítimas de violência doméstica; qualificação e otimização do atendimento via canal 156 e conexão mais ágil à DDM ou serviços de proteção, processo esse antes mais extenso; ampliação de ações de visita de Agentes de Saúde com foco na violência doméstica (Secretaria Especial de Comunicação, 2020).

O aborto legal foi citado pelas entrevistadas como fonte de preocupação. Permitido para mulheres nas situações de gravidez por estupro, mulheres com risco de vida, fundamentadas no Artigo 128 do Código Penal, e na presença de anencefalia fetal resultante do julgamento da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF-54), foi ratificada pelo Supremo Tribunal Federal em 2012. No contexto da *Covid-19*, Mariana (Oeste) constatou que um hospital de referência da região teve seu serviço de aborto legal suspenso, o que retrata a retirada de direitos sexuais e reprodutivos essenciais.

Silenciamento e invisibilização da VCM nos primeiros meses da epidemia

Foi unânime entre as entrevistadas que a procura das mulheres pelos serviços de acolhimento diminuiu significativamente desde o início da pandemia em contraste com os dados que apontam para um aumento no número de denúncias e de casos de feminicídio. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os casos de feminicídio aumentaram 41,4% durante o período de quarentena em todo o estado de São Paulo, mas a procura por serviços de atendimento diminuiu 20% durante o período de isolamento social (SEC, 2020). Esse dado é percebido com preocupação pelas profissionais entrevistadas:

A gente compreende que no cenário do [bairro] vamos ter um boom depois que passar, vai chegar um número bem expressivo (de casos) (...)fica uma incógnita: não estão procurando o serviço, mas também não estão fazendo o isolamento. (Camila, Sul)

Confirmando a bibliografia além da dificuldade para identificar a violência (sobretudo a violência psicológica), vergonha e medo de expor a situação para outras pessoas, pouco conhecimento sobre os subsídios legais que impõe limites ou promovem proteção a situações de violência e se desenvolve no interior da desigualdade de gênero (Silva & Oliveira, 2015), observa-se a transgeracionalidade.

Outra questão que eu venho reparando, as mulheres passam por essa questão de violência desde o útero materno.

Tenho um número que não é expressivo de meninas, 16, 17, 14 anos, mas já aparece... de meninas que já estão em relacionamento abusivo.

Tem mulheres com sessenta anos que dizem que não foram elas que escolheram este parceiro, parceiros que a família delas escolheram: “Minha família escolheu o que era melhor para mim, mas meu pai batia na minha mãe, meu sogro batia na minha sogra”. É toda uma história transgeracional. (Camila, zona sul)

Essa transgeracionalidade da violência aponta para uma violência que se reproduz no âmbito privado e doméstico por muito tempo, cenário legitimado para acobertar violências, espaço de relações de poder e domínio da lógica patriarcal, tal como Curia et al. (2020) encontram em sua revisão da literatura. Como ressalta a entrevistada, muitas mulheres naturalizam a relação afetiva violenta como se esse comportamento fosse intrínseco a esse tipo de relação (aceitável também em relações de outra natureza). A transgeracionalidade marca também a experiência dos homens que na família de origem foram expostos a situações de violência e as reproduzem.

A situação de violência se agrava na epidemia, de acordo com as entrevistas, estimuladas por questões sobre cuidados com a família e manutenção da casa, pela necessidade de criar estratégias para prover sustento, menor acesso a espaços de convívio e serviços de acolhimento.

Ana (Sudeste) destaca que o distanciamento dos espaços de convívio acarreta prejuízo, na medida em que são nesses espaços, no caso nos serviços de proteção, que o diálogo com as mulheres permite dar voz e identificar que elas estão sofrendo algum tipo de violência, sobretudo a violência psicológica. No caso dos serviços da Zona Sul e Zona Sudeste, oficinas de diversas naturezas estão suspensas, perdendo acesso a espaços de cuidado e fortalecimento para as mulheres.

Então, por mais que os serviços tenham criado protocolos de atendimento e busquem assistir as mulheres de diversas formas, é notória a dificuldade de acompanhamento e monitoramento à distância em curso, que resulta no silenciamento percebido pelas entrevistadas e é destacado nos dados oficiais. A dificuldade em abordar a violência por meio de aplicativos, quando a mulher muitas vezes está na presença do agressor, é ampliada pela dificuldade concreta de fazer conexão pela internet para denunciar e buscar apoio em contexto onde uma sinergia de fatores aumenta a desigualdade de gênero, reforçada e naturalizada.

Nessa sinergia, mesmo depois do demorado processo de inserção das mulheres na agenda política nos anos 1990 e 2000, o crescente corte de programas arduamente implementados e a ausência de escuta qualificada de profissionais da Rede intersectorial afetam especialmente a assistência a estas mulheres.

No serviço de Mariana (Oeste), há treinamento para os profissionais de referência na unidade para acolhimento dos casos, mudam os critérios programáticos dos acolhimentos à VCM e qualifica a política de assistência às mulheres, como indica a entrevistada:

Tem muitos profissionais que são mais jovens, mais sensíveis, mais militantes, né (...) falam sobre abortamento legal com as usuárias, entendem que essa não é uma questão de julgamento moral, que o papel profissional é oferecer acolhimento e apoio, para que seja preservada a saúde da mulher.

Parece que os profissionais já entendem que a violência doméstica contra a mulher é uma questão de saúde, mas conseguir identificar aquilo como uma questão que pode ser cuidada pelo serviço é um pouco mais difícil.

Muitas vezes, é possível quando o serviço está mais sensibilizado com treinamento e formação continuada. (Mariana, Oeste)

Mariana (Oeste) ainda ressalta que não é fácil que o desejo da mulher, suas experiências, o que cada uma quer e pode sejam de fato incorporadas nas ações de profissionais cuja formação biomédica e farmacológica não inclui princípios baseados em direitos humanos; estes princípios informam ao sistema a sustentação da dignidade humana das mulheres vítimas de violência.

Considerações finais

As entrevistas destacam como a crise da *Covid-19* ampliam as desigualdades que produzem a violência doméstica no cotidiano, intensificando a sinergia de violências produzidas pela vulnerabilidade social, que poderia ser mitigada por programas que, por sua vez, estão precarizados ou se reduzem a discursos ineficazes e que desconsideram a desigualdade de gênero. Nessa conjuntura tão difícil e inédita, falas de governantes carregadas de sexismo e machismo contribuem para naturalizar o cenário onde as cenas de violência ocorrem, coproduzindo a violação de direitos; embora os programas de atenção à mulher vítima de violência doméstica tenham sido adaptados, muitas mulheres não conseguem manter o acesso a esses programas.

Em outras palavras, no contexto da pandemia em curso, fatores que aumentam a vulnerabilidade social à VCM, como falta de renda, a fome, o desemprego, se somam à precarização de programas que a mitigariam – incluindo as creches e escolas que garantem a alimentação, o cuidado e educação dos filhos ou espaço de convivência de idosos fechados – entre outras ações programáticas que resultam dos movimentos sociais que, por décadas, buscaram diminuir a violência ancorada na desigualdade de gênero. Ao acúmulo de tarefas de cuidado, da casa, filhos e dos enfermos acrescentou-se a insegurança e medo de adoecimento pela *Covid-19*.

O medo e o risco real de infecção e adoecimento pela *SARS-CoV-2/Covid-19* é, por sua vez, desqualificado ou minimizado pelo governo federal e seus aliados locais que, sem garantir condições para que as mulheres fiquem em casa, impõem escolher entre o desemprego e a fome ou a exposição ao vírus, além de desqualificar as evidências sobre a dimensão estrutural da violência contra a mulher. Mulheres negras são as mais afetadas em periferias onde é impossível trabalhar remotamente devido as condições materiais e a natureza dos trabalhos. Na periferia explode o número de infectados e mortos por *Covid-19*.

A necessidade de trabalhar, em condições informais e de risco, se soma ao número de pessoas por cômodos nas moradias que produz, ao mesmo tempo, a circulação do vírus e o aumento da tensão doméstica que acirra a violência de homens agressores, e deveria estar sendo mitigada pelo acesso à outros direitos – além do direito ao trabalho e moradia decentes, acesso à saúde e prevenção integral e serviços de proteção contra a violência, que deveria incluir o trabalho com os homens. Há experiências de grupos reflexivos com homens em diversas regiões do país, com espaço de acolhimento e escuta, troca de experiências e reflexão sobre as diversas formas de violência, que trabalha o pensar e agir frente a situações conflituosas.

Assim, será preciso analisar o impacto de iniciativas alternativas no contexto da epidemia, como a cartilha de “Recomendações para homens com antecedentes de violência contra mulheres durante o isolamento”, traduzido e adaptado pelo projeto de extensão universitária “Projeto Ágora”: grupo reflexivo para atendimento de homens autores de violência

contra a mulher, do departamento de Psicologia/UFSC em parceria com o Instituto Noos-SP. O documento explica as sensações físicas, os pensamentos possíveis e os sinais que os homens violentos podem ter e identificar durante o isolamento social, orienta como procurar ajuda ou administrar a situação sem comprometer o bem-estar e a saúde de si, do casal ou de outras pessoas com quem convive (Beiras, Zucco, & Instituto Noos-SP, 2020).

Consideramos que essas medidas, como as iniciativas da prefeitura de São Paulo mencionadas acima, devem ser acompanhadas e avaliadas em sua efetividade pela pesquisa no campo da VCM.

Nos serviços de acolhimento e proteção, aumenta o desafio da qualificação profissional com abordagem interseccional que considere pelo menos gênero-raça e classe: são as mulheres mais pobres as mais afetadas pela epidemia e suas consequências sociais e humanitárias, inclusive o aumento da VCM. A educação continuada de profissionais pode contribuir, mas não resolve automaticamente o problema das equipes diante de novos obstáculos referentes à organização cotidiana do trabalho, a gestão dos serviços e financiamento de políticas que respondam efetivamente à violência bem como a implementação efetiva da rede intersetorial (D'Oliveira et al., 2020). O desenvolvimento de projeto terapêutico singular, o treinamento e capacitação para esse trabalho em equipe, com destaque para a presença de profissionais da psicologia em visitas domiciliares, entre outras atividades, permitem o reconhecimento de casos de violência como propõem vários autores no campo (D'Oliveira et al., 2020; Mendonça et al., 2020).

Entre os desafios programáticos pré-existentes, também intensificados pela pandemia, estão o acolhimento de agravos de saúde mental, a redução de danos e do sofrimento psicossociais que compõem a dinâmica da experiência da mulher agredida pelo homem, com frequência diagnosticados de maneira isolada do fenômeno da violência, levando a exames e intervenções de saúde mental e psiquiátricas desnecessárias (Santos et al., 2018).

O precário diálogo entre os serviços de assistência social e de saúde, e desses com o segmento da segurança pública e o judiciário, é outro obstáculo histórico ao qual se somam no contexto da *SARS-CoV-2/Covid-19* as condições concretas de acesso e funcionalidade de um aplicativo para o BO que depende de acesso à internet.

Finalmente, conceituar e praticar o acolhimento no quadro da VCM nesse contexto é outro desafio para a dinâmica dos serviços, pois implica em (a) reconhecer o lugar social da violência, capacitar a rede de emergência, a rede de encaminhamento e todos os técnicos envolvidos; (b) qualificar os protocolos de atendimento, tendo clareza na diferenciação do que são outros tipos de violência que se interseccionam com a VCM; (c) não ser moralista na escuta e no acolhimento; (d) conhecer a rede de enfrentamento a violência que cada mulher viverá; (e) não vitimizar a mulher acolhida e conceber cada uma como uma agente autônoma capaz de fazer suas escolhas; (f) oferecer apoio e não tutelar, pois cada serviço com cada mulher fará um plano de assistência individual, concebido em conjunto entre serviço e mulher.

Desta maneira, poderemos enfrentar a sinergia de desafios sociais, humanitários e de saúde intensificados durante esses primeiros meses de pandemia de *SARS-CoV-2/Covid-19* que afetam o acolhimento das mulheres em situação de violência doméstica, em síntese: (a) redução brusca da renda familiar e falta de insumos básicos como comida, gás, água e energia e elétrica; (b) aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas por parte dos homens perpetradores; (c) recusa de aborto legal, entre outros direitos de saúde sexual e reprodutiva suspensos; (d) usuárias do serviço frequentemente privadas de

direito à comunicação remota, e profissionais usando celular e rede pessoal para atendê-las, oferecendo risco para os dois lados; (e) a diminuição da procura de mulheres aos serviços de acolhimento, tenha-se registrado que queixas e denúncias aumentaram.

Antecipa-se como áreas de ação programática em futuro próximo: (f) a criação de novas casas de abrigos ou ampliação de vagas nas já existentes; (g) a ampliação do acolhimento de agravos na saúde mental e uso abusivo de álcool e outras drogas; (h) ampliar apoio para cestas básicas e outros insumos básicos para a sobrevivência (i) criar protocolos éticos de sigilo no atendimento remoto pelo profissionais. Por fim, (j) é urgente a mudança do discurso de governantes na contramão da implementação de medidas para o bom enfrentamento da VCM.

A VCM observada no primeiro semestre de 2020 não é consequência direta da epidemia de *SARS-CoV-2/Covid-19* em curso, embora seja evidente a intensificação de uma violência historicamente estruturada, expressão de um sistema de poder patriarcal que ganha novas facetas neste contexto. Romper o silêncio de mulheres vulnerabilizadas pela violência doméstica que não é produto apenas da necessidade de quarentena e distanciamento físico demanda escuta delicada capaz de reconhecer a violência nas suas mais variadas e, certamente, inéditas formas de expressão.

Notas

Agradecemos a CAPES pela bolsa de doutorado de Brisa Bejarano Campos e Bruna Borba de Araújo Tchalekian, agradecemos a ao CNPQ pela bolsa PQ da professora Vera Paiva, por fim, agradecemos a FAPESP pois o artigo está associado ao Projeto Temático FAPESP (2017/25950-2) “Vulnerabilidades de jovens às IST/HIV e à violência entre parceiros: avaliação de intervenções psicossociais baseadas nos direitos humanos”.

1 Heleieth Saffioti foi professora, socióloga marxista e feminista brasileira, cuja contribuição científica versa sobre o papel da mulher na sociedade de classes, capitalista, compreendendo a perspectiva histórica da questão de gênero e da opressão do patriarcado como forma de dominação própria da sociedade de classes.

2 Em 2012 o Brasil contava com mais de 300 delegacias especializadas, com diferentes denominações: Delegacia da Mulher (DDM), Delegacia de Defesa para a Mulher (DM), Delegacia Especializada no Atendimento a Mulher (DEAM). (Fonseca, Ribeiro e Leal, 2012).

3 Associado ao Projeto Temático FAPESP (2017/25950-2). “Vulnerabilidades de jovens às IST/HIV e à violência entre parceiros: avaliação de intervenções psicossociais baseadas nos direitos humanos”, à CAPES pelas bolsas de doutorado de Brisa Campos e Bruna Tchalekian e ao CNPQ pela bolsa PQ de Vera Paiva.

4 As entrevistadas assinaram termo de consentimento informado.

5 Projeto de Lei n.º 1.444/2020 (Portugal, 2020) que aguarda constituição de comissão temporária na Câmara dos Deputados (23/06/2020) propõe essa alteração.

Referências

- Aguiar, J. M., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2020). Mudanças históricas na rede intersetorial de serviços voltados à violência contra a mulher – São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190486. Epub March 23, 2020. [<https://doi.org/10.1590/interface.190486>]
- Atlas Socioassistencial da Cidade de São Paulo. (2015). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Coordenadoria do Observatório de Políticas Sociais. Recuperado de https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/arquivos/atlas_socioassistencial_sp_2015.pdf
- Ayres, J. R., Paiva, V., & França-Junior, I. (2010). From Natural History of Disease to Vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In *Routledge Handbook of Global Public Health* (pp. 98-107). London: Routledge,
- Ayres, J. R., Paiva, V., França-Jr, I. (2012). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In J. R. Ayres, V. Paiva, C. M., & C. M. Buchalla (Orgs.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos - prevenção e promoção da saúde* (pp. 71-94). Curitiba: Juruá.
- Barbosa, J. P. M., Lima, R. C. D., Martins, G. B., Lanna, S. D., Andrade, M. A. C. (2020). Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. *SciELO em Perspectiva*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.328>
- Barroso, M. F. (2019). Violência estrutural contra mulheres em Belo Monte: o que os dados oficiais (não) revelam. *Em Pauta*, 17(43), 140-154.
- Beiras, A., Zucco, L., & Instituto Noos-SP. (2020). *Recomendação para homens com antecedentes de violência contra a mulher em isolamento*. Instituto Noos-SP. Recuperado de <https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/06/recomendac387c395es-para-hav-durante-o- isolamento-covid-19.pdf>
- Billand, J. & Paiva, V. S. F. (2017). Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres? *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2979-2988. [<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13742016>]
- Brandalise, C. (2020, 30 de março). Por que Bolsonaro erra ao usar violência doméstica para criticar isolamento. *Universia, Uol*. Recuperado de <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/03/30/por-que-bolsonaro-erra-ao-usar-violencia-domestica-para-criticar-isolamento.htm>
- Busin, V. M. (2015). *Morra para se libertar: estigmatização e violência contra travestis*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade São Paulo, SP.
- Curia, B. G., Gonçalves, V. D., Zamora, J. C., Ruoso, A. L., Isadora, S., & Habigzang, L. (2020). Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, e189184. Epub May 18, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003189184>
- Dantas, B. M. & Mélo, R. P. (2008). Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicologia & Sociedade*, 20(nspe.), 78-86. <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea11.pdf>

D'Oliveira, A. F. P., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M., Sousa, P. C., & Bonin, R. G. (2020). Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190164. <https://doi.org/10.1590/interface.190164>

Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307-314. [<https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>]

Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2020). *Nota técnica. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19* – ed. 2. Recuperado de <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/06/violencia-domestica-covid-19-ed02-v5.pdf>

Guimarães, M. C. & Pedroza, R. L. (2015). Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*, 27(2), 256-266. Epub 00 de maio de 2015. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p256>

Hall, K. S., Samari, G., Garbers, S., Casey, S., Diallo, D. D., Orcutt, M., Moresky, R. et al. (2020) Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *The Lancet*. 395(10231), 1175-1177. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30801-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30801-1)

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (Eds.). (2002). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>

Lei n. 11340, de 07 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e outras atribuições. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11340.htm

Lindner, J. (2020). Governo zera repasses a programa de combate à violência contra a mulher. Política. *Estadão* (Conteúdo). Recuperado de <https://www.uol.com.br/universa/noticias/agencia-estado/2020/02/04/governo-zera-repasses-a-programa-de-combate-a-violencia-contr-a-mulher.htm>

Mariz, R. (2020, 05 de junho). Ministro da Saúde exonera autores de nota sobre acesso a aborto legal durante pandemia. *O Globo*. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/sociedade/ministro-da-saude-exonera-autores-de-nota-sobre-acesso-aborto-legal-durante-pandemia-1-24464481>

Measure Evaluation. (2017) *The Importance of Gender in Emerging Infectious Diseases*. Gender in Series. University of North Carolina at Chapel Hill. <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205d>

Mendonça, M. F. S. & Ludermir, A. B. (2017). Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Revista de Saúde Pública*, 51(32). <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006912>

Mendonça, M. F. S., Machado, D. F., Almeida, M. A. S., & Castanheira, E. L. R.. (2020). Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência&SaúdeColetiva*, 25(6), 2247-2257. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>

Minayo, M. C. S. (2008). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec.

Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. (2019). *Balanço anual: Ligue 180 recebe mais de 92 mil denúncias de violações contra mulheres*. Brasília, DF. [<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/agosto/balanco-anual-ligue-180-recebe-mais-de-92-mil-denuncias-de-violacoes-contramulheres>]

OMS. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf?ua=1

ONU Mulheres. (2020) *Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*. Nações Unidas. Brasília, DF. http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf

Portugal, A. (2020). Projeto de Lei n. 1444/2020. Câmara dos Deputados. *Estabelece medidas emergenciais de proteção à mulher vítima de violência doméstica durante a emergência de saúde pública decorrente da pandemia do coronavírus*. Altera a Lei nº 11.340, de 2006. Recuperado de www.camara.leg.br

Prefeitura de São Paulo. (2020, 17 de junho). *Coronavírus: documentos técnicos*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agrivos/coronavirus/index.php?p=291766

Rede Nossa São Paulo. (2019). *Mapa da desigualdade*. Recuperado de https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_Desigualdade_2019_tabelas.pdf

Roubicek, M. (2020, 16 de maio). Auxílio emergencial do governo: entre vetos, atrasos e erros. *Nexo*. Recuperado de <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/05/16/Aux%C3%ADlio-emergencial-do-governo-entre-vetos-atrasos-e-erros>

Saffioti, H. (2015) *Gênero patriarcado violência* (2ª ed.). São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo.

Santos, A. G., Monteiro, C. F. S., Feitosa, C. A. D., Veloso, C., Nogueira, L. T., & Andrade, E. M. L. G. (2018). Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas violentadas por parceiro íntimo: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03328. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017030203328>

Schraiber, L. B., d'Oliveira, A. F., França-Junior, I., & Pinho, A. A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 470-477. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 71-99. <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>

Secretaria Especial de Comunicação, Prefeitura de São Paulo. (2020, 16 de junho). *Prefeitura lança pacote de medidas de combate à violência doméstica na pandemia*. Recuperado de <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/prefeitura-lanca-pacote-de-medidas-de-combate-a-violencia-domestica-na-pandemia>

Silva, L. E. L. & Oliveira, M. L. C. (2015). Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), 3523-3532. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.11302014>

Tarja, A. (2020, 24 de junho). *Bairros de SP com mais pretos e pardos têm mais mortes por covid-19*. UOL, São Paulo. Recuperado de <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/24/bairros-com-mais-negros-concentram-maior-numero-de-mortes-pela-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>

Vasconcelos, C. S. S. & Cavalcante, L. I. C. (2019). Caracterização, reincidência e percepção de homens autores de violência contra a mulher sobre grupos reflexivos. *Psicologia & Sociedade*, 31, e179960. Epub November 04, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31i179960>

Vieira, P. R., Garcia, L. P., & Maciel, E. L. N. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200033. Epub April 22, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200033>

BRISA CAMPOS

<https://orcid.org/0000-0002-2607-7247>

Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de Psicologia na Universidade de São Paulo (2019/2022). Mestre pelo Programa de Estudos pós-graduados Educação: Psicologia da Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2016). Psicóloga pela PUCSP (2008).

Endereço: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia.

Avenida Professor Mello de Moraes, 1721 - Butantã, São Paulo/SP, 05508-030.

E-mail: brisabejarano@gmail.com

BRUNA TCHALEKIAN

<https://orcid.org/0000-0001-9272-6279>

Doutoranda pelo programa de Pós-graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano na Universidade de São Paulo. Mestre pelo Programa de Estudos pós-graduados Educação: Psicologia da Educação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2016); Psicóloga pela PUCSP (2013).

E-mail: bruborba@usp.br

VERA PAIVA

<https://orcid.org/0000-0002-8852-3265>

Professora Titular de Psicologia Social no Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo. Orientadora nos programas de Psicologia Social/ Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo e Medicina Preventiva/ Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo.

E-mail: veroeca@usp.br

| | |
|---|---|
| Histórico | <p>Submissão: 02/07/2020</p> <p>Revisão: 29/07/2020</p> <p>Aceite: 29/07/2020</p> |
| Contribuição dos autores | <p>Concepção: B.B.C.; B.B.A.T.; V.P.;</p> <p>Coleta de dados: B.B.C.; B.B.A.T.;</p> <p>Análise de dados: B.B.C.; B.B.A.T.; V.P.;</p> <p>Elaboração do manuscrito: B.B.C.; B.B.A.T.; V.P.;</p> <p>Revisões críticas de conteúdo intelectual importante: B.B.C.; B.B.A.T.; V.P.;</p> <p>Aprovação final do manuscrito: B.B.C.; B.B.A.T.; V.P.;</p> |
| Consentimento de uso de imagem | <p>Não se aplica.</p> |
| Aprovação, ética e consentimento | <p>A pesquisa cumpriu os princípios éticos contidos nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS, 196/96).</p> <p>A participação na pesquisa foi voluntária e realizada apenas quando o participante concordou e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</p> <p>O estudo está vinculado pesquisa temática que tem parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Universidade São Paulo, CEEA: 00530918.9.0000.5561, nº do parecer: 2.979.702</p> |
| Financiamento | <p>Brisa Bejarano Campos e Bruna Borba de Araujo Tchalekian tem bolsa de doutorado da CAPES.</p> <p>Vera Paiva tem Bolsa Pq/CNPq.</p> <p>Associado ao Projeto Temático FAPESP (2017/25950-2). “Vulnerabilidades de jovens às IST/HIV e à violência entre parceiros: avaliação de intervenções psicossociais baseadas nos direitos humanos”.</p> |