

**VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE
MULHERES DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS/RJ**

***SOCIO-ENVIRONMENTAL VULNERABILITY AND QUALITY OF LIFE OF
WOMEN IN THE MUNICIPALITY OF DUQUE DE CAXIAS/RJ***

Ricardo Lahora Soares*
Vanessa Índio do Brasil da Costa**
Kátia Eliane Santos Avelar***

Resumo: Este ensaio versa sobre a vulnerabilidade socioambiental e qualidade de vida de mulheres em um município da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, Duque de Caxias. Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental, construída com base em artigos científicos publicados em bases de dados como Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline e Periódicos da Capes. Foram selecionados os artigos publicados entre os anos de 2005 a 2019. A partir dos dados apresentados no artigo foi possível conhecer o cenário atual de vulnerabilidades sociais das mulheres do município, pois o artigo pontua alguns determinantes para a qualidade de vida da população feminina da região, além de aspectos relacionados ao índice alto de violência doméstica. Verificou-se uma necessidade de adoção de políticas públicas que possam assegurar uma vida saudável e bem-estar para as mulheres do município, conforme é preconizado no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável nº 3, da Organização das Nações Unidas.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Vulnerabilidade Social. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Abstract: This essay deals with the socio-environmental vulnerability and quality of life of women in a municipality in the Baixada Fluminense of Rio de Janeiro, Duque de Caxias. This is a bibliographical and documentary review based on scientific articles published in databases such as Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline and Capes Periodicals. Articles published between 2005 and 2019 were selected. From the data presented in the article, it was possible to know the current scenario of social vulnerabilities of women in the municipality, as the article points out the determinants for the quality of life of the female population in the region, and aspects related to the high rate of domestic violence. It was found that there is a need to adopt public policies that can ensure a healthy life and well-being for women in the municipality, as advocated in the Objective of Sustainable Development No. 3, of the United Nations.

* Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento do Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM. E-mail: ricardolahora@gmail.com

** Doutora em Vigilância Sanitária pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, INCQS, FIOCRUZ. Coordenadora do Curso de Farmácia do Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM. E-mail: vanessa.costa@unisuam.edu.br

*** Doutora em Ciências pela UFRJ. Docente e Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Local no Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM. E-mail: katia.avelar@gmail.com

Keywords: Quality of life. Social vulnerability. Sustainable Development Objective.

Recebido em: 19/09/2020.
Aceito em: 08/10/2020.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a palavra vulnerabilidade tomou corpo e frequentemente está associada em vários estudos ligados ao desenvolvimento de riscos ambientais e mudanças climáticas. Porém, por se tratar de um termo bastante difuso, vulnerabilidade é utilizada em diferentes contextos disciplinares, quer relacionada à sustentabilidade, aos riscos naturais e ambientais, no contexto das mudanças climáticas, quer nas áreas sociais e econômicas. Uma abordagem da vulnerabilidade de grande relevância é a verificada no contexto da saúde (EISENMAN; WILHALME; TSENG, 2016). Segundo este autor, vulnerabilidade é a “qualidade de vulnerável”, ou seja, o lado fraco de um assunto ou questão ou o ponto em que uma pessoa pode ser atacada, ferida ou lesionada, física ou moralmente.

O conceito de vulnerabilidade envolve três fatores principais: exposição, suscetibilidade e capacidade de enfrentamento frente ao risco. A vulnerabilidade social é a condição em que se encontra parte da população brasileira, caracterizada por acesso precário a equipamentos e oportunidades sociais, econômicas e culturais oferecidos pelo Estado, mercado e sociedade. Para alguns autores, “a vulnerabilidade social é um conceito que tem sua origem na área dos Direitos Humanos. Refere-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seu direito à cidadania” (PADOIN; VIRGOLIN, 2010, p. 1 apud BÔLLA; MILIOLI, 2019).

Os determinantes sociais que impactam no processo de viver saudável em uma comunidade vulnerabilizada estão intrinsecamente ligados a fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que requerem a adoção de estratégias interativas e associativas para que potencializem o viver saudável (DALCIN et al., 2016). Estudos mostram que o viver de forma saudável, na visão dos usuários dos serviços de saúde, se baseia no atendimento de suas necessidades essenciais, como alimentação, educação, trabalho, renda, acesso a serviços de saúde, dentre outros. Entretanto, do ponto de vista de profissionais e lideranças, há uma percepção de que a vida saudável só é obtida por meio do estabelecimento de relacionamentos e associações que envolvem o indivíduo, a família e a comunidade. O estabelecimento de um viver de forma saudável como processo emancipatório individual ou coletivo necessita da adoção de medidas interativas e associativas para o fortalecimento da

solidariedade comunitária e potencialização do capital social. Assim, a saúde de cada indivíduo será o espelho das suas atitudes proativas, com a consideração de determinantes socioambientais capazes de o estimular a atuar como agente promotor da sua própria condição de vida (DALCIN et al., 2016).

Comunidades vulneráveis sofrem a ação de fatores socioambientais que debilitam as relações, as interações e as associações individuais, familiares e sociais (GEPESSES, 2012), tornando-se necessário o debate dos determinantes sociais de saúde (DALCIN et al., 2016). A literatura demonstra que o maior índice das violências psicológica e física está associado à situação de vulnerabilidade social (KRUG et al., 2002; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005). Essas formas de violência impactam na saúde das mulheres e em sua qualidade de vida e estão ligadas ao desenvolvimento de várias manifestações clínicas de saúde, como depressão, insônia, isolamento social, medo, estresse pós-traumático, irritabilidade, suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaleia, distúrbios gastrointestinais, dores crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e sofrimento psíquico em geral (SCHRAIBER et al., 2002; GREGORY et al., 2010). Considerando os altos índices de violência doméstica que acontecem no Brasil (IPEA, 2019), é paradoxal pensar que cada vez mais cidadãos possam ter o acesso facilitado a uma arma de fogo e, assim, possam mantê-la dentro da sua residência. Dessa forma, a violência sofrida pela mulher no local onde reside pode ser considerada com uma forma importante de vulnerabilidade socioambiental.

Portanto, esse ensaio parte de uma reflexão teórica, de base bibliográfica, que pontua os determinantes para a qualidade de vida da população feminina de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental construída com base em artigos científicos publicados em bases de dados como Scielo, Pubmed, Google Scholar, Medline e Periódicos da Capes. Foram selecionados os artigos publicados entre os anos de 2005 a 2019. Buscou-se conhecer o cenário atual de vulnerabilidades sociais das mulheres desse município, a fim de subsidiar políticas públicas que possam assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para as mulheres conforme é preconizado no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável nº 3 da Organização das Nações Unidas.

2 VULNERABILIDADE SOCIOAMBIENTAL E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS/ RJ

O município de Duque de Caxias é um dos 11 municípios que compõem a Baixada Fluminense, região situada a oeste da cidade do Rio de Janeiro, integrada à Região Metropolitana. Com área de 442 km, é dividido em quatro distritos (1º Distrito - Centro; 2º Distrito - Campos Elíseos; 3º Distrito - Imbariê; 4º Distrito - Xerém) (PJRJ, 2019).

Segundo dados do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro (TJERJ), o município de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, teve o maior número de casos de violência doméstica em janeiro de 2019, totalizando 1.073 casos registrados (PJRJ, 2019). Diante desse cenário, a violência doméstica nesse município deve ser confrontada com um aporte maior de políticas públicas, uma vez que muitas mulheres que se encontram nestas condições necessitam de mais atendimentos nos estabelecimentos de saúde devido aos danos sofridos que vão desde agressão física até problemas psicológicos. Cabe ressaltar que, diante destas ocorrências, a mulher tende a ficar incapacitada visto que, por muitas vezes, as sequelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que os efeitos físicos (DAY et al., 2003). Além disso, sabe-se que os casos notificados não representam completamente a realidade, pois há um número elevado subnotificações dos atos de violência.

O crime de lesão corporal foi o que gerou maior número de registros em 2018, seguido de ameaça, caracterizada como violência psicológica, e injúria, definida juridicamente como violência moral. A violência doméstica engloba ainda a violência patrimonial, que envolve violação de domicílio, dano e o desaparecimento de documentos; e a sexual, como os casos de estupro. Segundo o Juizado de Violência Doméstica e Familiar de Duque de Caxias, embora o município tenha a quarta maior população do Estado e apresente vários bolsões de pobreza, não se encontra no patamar de maior registro, visto que muitas mulheres vítimas de violência não fazem os registros devido à vergonha (PJRJ, 2019).

Embora o município tenha aprovado a Lei nº 1946 de 02/03/2006, que dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher e do Fundo Municipal dos Direitos da Mulher, a violência ainda impera e afeta a qualidade de vida das mulheres munícipes de Duque de Caxias (DUQUE DE CAXIAS, 2006). Essa Lei, em seu

artigo 2º, determina que o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher desenvolva ação integrada e articulada com o conjunto de secretarias e demais órgãos públicos, com vistas à adoção de políticas públicas comprometidas com a superação dos preconceitos e desigualdades de gênero. Além disso, deve estimular o debate sobre as condições de vida das mulheres do município, de modo a combater todas as formas identificáveis de hostilização e violência contra a mulher (DUQUE DE CAXIAS, 2006).

Em 2017, mais de 221 mil mulheres realizaram registros de agressão (lesão corporal dolosa) em decorrência de violência sofrida no ambiente doméstico, número que pode estar suprimido diante dos fatos já narrados. Diante desses dados que impactam na qualidade de vida da mulher, se faz necessário um amplo debate público na sociedade, para que se possa estabelecer políticas públicas que assegurem uma vida saudável para todas as cidadãs brasileiras (IPEA, 2019).

2.1 Qualidade de vida da população feminina de Duque de Caxias

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Qualidade de Vida (QV) é definida como a forma que um indivíduo percebe sua posição na vida, suas expectativas, o contexto cultural e o sistema de valores que experimenta em relação aos seus objetivos, aos padrões e às preocupações (SIDDIQUI; KONSKI; MOVSAS, 2010).

Ao analisar a realidade de Duque de Caxias, percebe-se que a força econômica não está associada à qualidade de vida populacional, uma vez que grande parte dessa população convive com graves problemas ligados à falta de habitação, saneamento básico, serviços de saúde, educação e rede de transporte de qualidade (LIMA; SOUZA, 2014). Cabe ressaltar que a região apresenta um grande processo migratório de outros estados, principalmente das regiões Norte e Nordeste, que se desloca para o Estado do Rio de Janeiro a fim de adquirirem uma melhor qualidade de vida.

As conferências da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as mulheres amplificaram as discussões acerca dos direitos das mulheres e da construção de uma sociedade mais justa, colocando as questões das mulheres transversalmente nas dimensões econômicas e ambientais, para que se possa abarcar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Para tanto, definiu-se como foco o ODS

3, que trata do estabelecimento da garantia de uma vida saudável e promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, com metas que incluem a redução da mortalidade materna, o acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, a cobertura universal de saúde, acesso a serviços essenciais, a medicamentos e a imunização adequada (ONU, 2015).

As características socioeconômicas como grau de escolaridade, renda e saneamento básico podem influenciar na diferença de percepção sobre a QV da população (BARENTSEN et al., 2012). Em particular, observa-se que mulheres que possuem renda familiar mais elevada possuem uma melhor oportunidade de obterem acesso mais fácil a informações sobre saúde, e, como consequência, buscam mais precocemente por tratamentos com resultados melhores em seus estados de saúde (YUE LI et al., 2007). Mulheres de classes socioeconômicas mais baixas têm maior chance de adoecer, pois podem estar expostas a trabalhos que apresentam maior risco a sua saúde, acesso limitado a cuidados à saúde adequados e talvez por isto possuam uma percepção ou reconhecimento tardio do seu quadro de saúde (WOODMAN et al., 2006).

Dentre os principais fatores que interferem na QV das mulheres estão os problemas associados com a autoestima e ao bem-estar pessoal, que afetam vários outros aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade racional, o senso de autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego, atividades laborais diárias e o ambiente em que vivem (WOODMAN et al., 2006).

Em 2018, o salário médio mensal no Brasil era de 2,9 salários mínimos. O percentual de pessoas ocupadas em relação à população total era de 18,0%. Na comparação com os outros municípios do Estado, Duque de Caxias ocupava a 11ª de 92 posições e, na comparação com cidades do país, ficava na posição 235ª de 5570 posições (IBGE, 2019). Segundo o Censo de 2010, considerando-se os domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, Duque de Caxias tinha 37,8% da população nessas condições (IBGE, 2010).

Com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Duque de Caxias, obtido no último censo completo do IBGE de 2010, notou-se um pequeno

incremento no IDHM, que passou a 0,711, ocupando o 49º lugar no Estado do Rio de Janeiro e a modesta 1574ª posição em nível de Brasil (Tabela 1). Estudos mostram que as condições de vida da população de Duque de Caxias, em relação aos demais municípios da região adjacente, não é boa pois Duque de Caxias apresenta o terceiro pior IDHM dentre os municípios vizinhos (CAMAZ, [2015]).

Tabela 1- Ranking do IDHM de alguns municípios do Brasil no ano de 2010

Ranking IDHM 2010	Município	IDHM 2010	IDHM Renda 2010	IDHM Longevidade 2010	IDHM Educação 2010
1º	São Caetano do Sul (SP)	0,862	0,891	0,887	0,811
2º	Água de São Pedro (SP)	0,854	0,849	0,89	0,825
3º	Florianópolis (SC)	0,847	0,87	0,873	0,789
4º	Balneário de Camboriú (SC)	0,845	0,854	0,894	0,805
5º	Vitória (ES)	0,845	0,876	0,855	0,807
6º	Santos (SP)	0,84	0,861	0,852	0,773
7º	Niterói (RJ)	0,837	0,887	0,854	0,771
8º	Joaçaba (SC)	0,827	0,823	0,891	0,768
9º	Brasília (DF)	0,824	0,863	0,873	0,742
10º	Curitiba (PR)	0,823	0,85	0,859	0,768
45º	Rio de Janeiro (RJ)	0,84	0,845	0,719	0,799
220º	Volta Redonda (RJ)	0,771	0,763	0,833	0,72
249º	Resende (RJ)	0,768	0,762	0,839	0,709
304º	Macaé (RJ)	0,764	0,792	0,828	0,681
1514º	Nova Iguaçu (RJ)	0,713	0,691	0,818	0,641
1574º	Duque de Caxias (RJ)	0,711	0,692	0,833	0,624
2105º	Itaboraí (RJ)	0,693	0,691	0,813	0,593
2439º	Queimados (RJ)	0,68	0,659	0,81	0,589

Fonte: IBGE, 2010.

Os dados apurados pelo IBGE (2010), demonstram que as condições de vida são bastante desfavoráveis em todas as áreas do município. Mesmo diante da constatação de que o município de Duque de Caxias possui um produto interno bruto

(PIB) bastante expressivo em relação a várias outras cidades do Brasil, esse fator não consegue alavancar resultados melhores quanto ao IDHM para os seus moradores.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR DA POPULAÇÃO FEMININA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um determinante intermediário poderoso na cadeia da produção social em saúde, especialmente pela premissa do acesso universal, o que permite tratar diretamente as vulnerabilidades, evitando assim que os indivíduos nessa condição entrem na extrema pobreza devido aos altos custos dos cuidados em saúde (DALCIN et al., 2016).

As principais características do acesso à saúde são resumidas em quatro dimensões: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A descrição do que seja o acesso à saúde e a quantificação desse acesso têm sido objeto de estudo de vários pesquisadores, já que esses aspectos são fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis para o setor de saúde (SANCHES, CICONELLI, 2012). Entretanto, o termo "acesso", é um conceito complexo que varia entre diversos estudiosos, inclusive na sua terminologia, entretanto, o conceito ainda carece de um aprofundamento maior sobre as dimensões desse acesso à saúde. Com o aumento da participação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTS) no cenário da saúde da maioria da população, há a necessidade de que os serviços de saúde incorporem propostas para a atenção centrada no indivíduo, em uma melhor gestão da saúde da população e em propostas mais eficazes de atenção às condições crônicas (CONASS, 2017).

Segundo um relatório do Banco Mundial e da OMS, cerca de metade da população mundial não tem acesso aos serviços essenciais de saúde. Esse relatório apontou que a cada ano muitas famílias são levadas para uma situação de pobreza por terem que arcar com os cuidados de saúde. Atualmente, 800 milhões de indivíduos utilizam pelo menos 10% de seus orçamentos domésticos para o custeio de despesas de saúde para si, para seus filhos ou para outros membros da família. Para cerca de 100 milhões de indivíduos, esses custos são elevados o suficiente para levá-los à linha da pobreza extrema (OPAS, 2017). O relatório ainda mostra que o século XXI tem presenciado um aumento no número de indivíduos capazes de obter o acesso a alguns

serviços de saúde essenciais, como imunização e planejamento familiar, tratamento antirretroviral para HIV e mosquiteiros tratados com inseticida para evitar a malária (OPAS, 2017).

O acesso à saúde no Brasil se divide hoje em pública e suplementar. A saúde pública está organizada dentro do Sistema Único de Saúde, mais conhecido como SUS, já a saúde suplementar é a saúde privada, com a incorporação dos planos de saúde. Atualmente, 75% dos brasileiros são dependentes unicamente do SUS, o percentual restante utiliza a saúde privada. Mesmo que alguns cidadãos optem por utilizar a saúde privada e adquira um plano de saúde, esse não perde o direito de utilizar o SUS (CONASS, 2006, p. 54), afinal, um dos princípios da constituição é a universalidade, que significa que todos os brasileiros têm direito aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

O SUS abrange desde ações preventivas a ações curativas assistenciais. Apesar de ser um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com 190 milhões de brasileiros potencialmente usuários e 150 milhões que dependem deste exclusivamente, esse sistema enfrenta problemas como sub financiamento, insuficiências da gestão local, baixa resolubilidade da atenção básica de serviços, deficiência na capacitação dos profissionais de saúde e na gestão dos sistemas locais e regionais de saúde entre outros (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012). Nesse panorama, é visível e comum a espera por atendimentos, hospitais sem leitos suficientes, estrutura precária e grandes filas para consultas e tratamentos (OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011).

Um estudo importante sobre a percepção de especialistas em saúde no Brasil, realizado em 2018 por Moreira e colaboradores (2018), avaliou o potencial do país em cumprir os ODS até 2030. A conclusão deste estudo pontuou como sendo insatisfatórias as medidas estabelecidas para que se atinja as metas estipuladas pela ONU. Os especialistas concluíram que o avanço nas metas dos ODS 4 e 1, que tratam da educação de qualidade e erradicação da pobreza, são fundamentais para o alcance do ODS 3, que trata de "saúde e bem-estar".

O Código Eleitoral de 1932 assegurou o direito das mulheres quanto ao voto, bem como a sua participação ativa no processo eleitoral, podendo concorrer aos cargos no executivo e legislativo, porém somente para as mulheres casadas, com autorização

dos maridos, e para as viúvas e solteiras que tivessem renda própria. Em 1934, as restrições ao voto feminino foram eliminadas do Código Eleitoral (CABRAL, 2004).

A constituição brasileira de 1934 estabeleceu formalmente a igualdade entre os gêneros e desencadeou várias mudanças sociais. Essas mudanças propiciaram a atuação mais efetiva da mulher na sociedade, culminando com outros direitos para as mulheres. Cabe lembrar que apesar da Constituição de 1934 instituir o direito ao voto feminino, estabelecido pela Lei Eleitoral de 1932, os legisladores decidiram pelo voto de caráter obrigatório apenas para as mulheres que exerciam funções em cargos públicos. Essa conduta errônea no processo eleitoral só foi alterada com a Carta Constitucional de 1946, que estabeleceu a obrigatoriedade plena (AIRES, 2018).

Em 1962 foi aprovado o Estatuto da Mulher Casada que revogou o princípio da capacidade relativa da mulher, após tramitar por mais de 10 anos no Congresso. Esse Estatuto foi o primeiro grande avanço legislativo para acabar com a hegemonia masculina (AIRES, 2018).

A Lei nº 6.515/77, a Lei do Divórcio, que mesmo com restrições passou a regular os casos de dissolução da sociedade conjugal e do casamento e a Lei nº 11.441/2007, possibilitou que o divórcio e a separação consensuais pudessem ser requeridos em cartório, sem a necessidade de recorrer à justiça (SILVA, 2007).

Uma outra importante vitória para as mulheres foi no campo da segurança familiar. A Lei nº 8.213/1991, que dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e garante o salário-maternidade. O salário-maternidade é um benefício que garante auxílio financeiro às mães no período da licença-maternidade. Ele é pago pela Previdência Social e seu objetivo é ajudar na manutenção dos rendimentos de mulheres que precisam se afastar de seus empregos devido ao nascimento ou da adoção de uma criança (SEGALIN, 2013).

No campo político, a Lei nº 12.034 garantiu a participação das mulheres, tornando obrigatório o preenchimento das cotas de gênero nas candidaturas de cada partido. Também foi criada uma reserva de no mínimo 10% do tempo da divulgação partidária para fortalecer a participação feminina na política e a destinação de 5% do Fundo Partidário para a criação e manutenção de programas de promoção e difusão da participação política das mulheres (BRASIL, 2004).

Quanto à regulamentação do mercado de trabalho para as mulheres, um avanço importante foi estabelecido com a Lei nº 9.799/1999 que inseriu na Consolidação das Leis do Trabalho a isonomia de direitos e deveres e regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho (NASCIMENTO; BÔAS, 2015).

A Lei nº 10.836/2004 criou o Programa Bolsa Família. O programa prioriza as mulheres para a titularidade do benefício por considerá-las as principais responsáveis pelo cuidado e bem-estar dos membros das famílias (IBASE, 2008). Dados do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) revelam que 93% dos titulares do benefício são mulheres (BRASIL, 2004).

Um dos grandes mecanismos de proteção à Mulher criado a fim de coibir a violência contra as mulheres foi a Lei nº 11.340/2006, conhecida como a Lei Maria da Penha. Esta lei passou a coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, previu como agressão contra a mulher a violência física, sexual, moral, psicológica e patrimonial (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

A Lei nº 12.015/2009 ampliou o entendimento sobre os crimes contra a dignidade e a liberdade sexual. Essa lei trouxe modificações profundas no Código Penal, com uma preocupação maior com a dignidade da pessoa humana e com o combate às diversas espécies de violência sexual (CASTANHEIRA, 2012). Nos casos de violência contra a mulher, o Decreto nº. 7.958/2013 estabeleceu diretrizes para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual por profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (BONNET; CINTRA, 2014).

O Decreto nº. 7.958/2013 estabeleceu normas visando o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do SUS (BONNET; CINTRA, 2014).

Uma outra Emenda Constitucional importante no campo das relações trabalhistas foi a de nº. 72/2013, mais conhecida como PEC das Domésticas (TOLOMEI JR., 2018), e a Lei Complementar nº 150/2015 que regulamentou e estabeleceu a igualdade dos direitos trabalhistas entre os trabalhadores domésticos e os demais trabalhadores urbanos e rurais (FREITAS; LIMA, 2016).

Em 2015 um outro mecanismo de proteção à mulher foi a Lei nº 13.104/2015, conhecida como Lei do Feminicídio, com a tipificação como crime hediondo, do assassinato de mulheres por razão da condição de sexo feminino, em caso de violência

doméstica e familiar, menosprezo ou discriminação à condição de mulher (SILVA; CONTRIGIANI, 2020).

Essas e outras ações públicas do governo brasileiro são vitais para que se possa atingir as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), que foram estabelecidos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) na agenda global (Agenda 2030) a serem atingidas pelos países participantes, como o Brasil, até 2030. Entre os 17 ODS está inserido o ODS 3, que tem como objetivo principal assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (ONU, 2015).

Perseverando na busca do cumprimento desses objetivos, nos últimos anos é perceptível que um dos fatores que mais interfere na QV das mulheres é o fator violência. O Atlas da Violência do ano de 2019 (IPEA, 2019), traz evidências sobre o incremento da violência letal contra públicos específicos, incluindo as mulheres, nos casos de feminicídio.

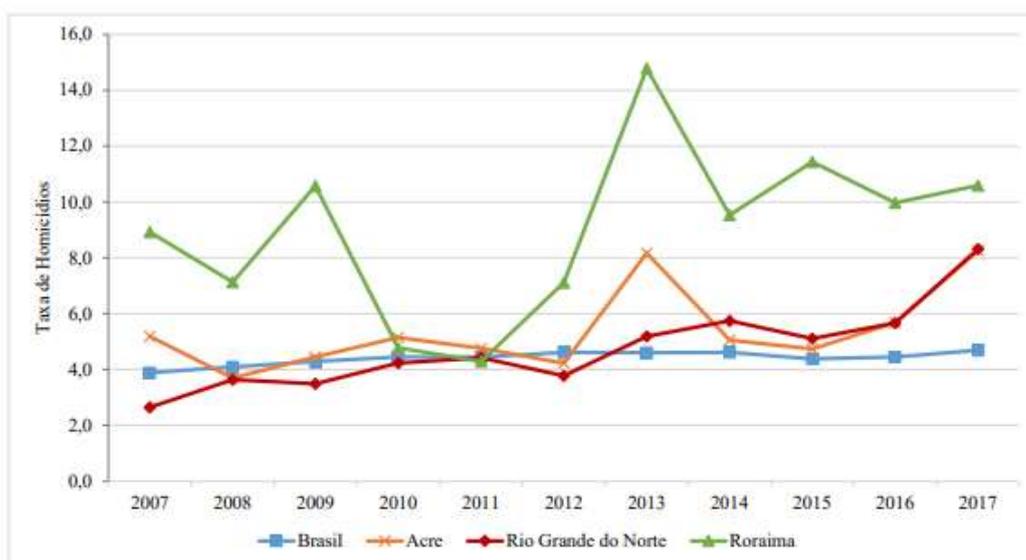
O feminicídio – homicídio contra mulheres – é caracterizado como crime hediondo pois envolve menosprezo ou discriminação à condição de mulher e violência doméstica e familiar. Até então, no Brasil, a morte de mulheres em que o companheiro era o agressor era caracterizada como homicídio conjugal. Com a promulgação da Lei nº 13.104/2015, crimes da mesma natureza passaram a ser considerados como crime de homicídio e, portanto, enquadrados na Lei do feminicídio (SOARES; CHARLES; CERQUEIRA, 2019).

Dados da OMS apontam que a taxa de feminicídios no Brasil é de 4,8 para 100 mil mulheres – a quinta maior no mundo (CPERS, 2018). A edição do ano de 2019 do Atlas da Violência indica que houve um incremento do feminicídio no Brasil em 2017, com cerca de 13 registros por dia. No total, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007. O Relatório mostra um aumento expressivo de 30,7% no número de homicídios de mulheres no país durante a década em análise (2007-2017), assim como no último ano da série, que registrou aumento de 6,3% em relação ao anterior (IPEA, 2019).

Considerando o período decenal, o estado do Rio Grande do Norte apresentou o maior crescimento da violência, com variação de 214,4% entre 2007 e 2017, seguido por Ceará (176,9%) e Sergipe (107,0%). Já no ano de 2017, o estado de Roraima

respondeu pela maior taxa, com 10,6 mulheres vítimas de homicídio por grupo de 100 mil mulheres, índice mais de duas vezes superior à média nacional (4,7) (Gráfico 1). A lista das unidades federativas onde houve mais violência letal contra as mulheres é seguida por Acre, com taxa de 8,3 para cada 100 mil mulheres, Rio Grande do Norte, também com taxa de 8,3, Ceará, com taxa de 8,1, Goiás, com taxa de 7,6, Pará e Espírito Santo com taxas de 7,5 (IPEA, 2019).

Gráfico 1 - Evolução da taxa de homicídios nos Estados com maiores taxas por 100 mil mulheres no Brasil de 2007 a 2017



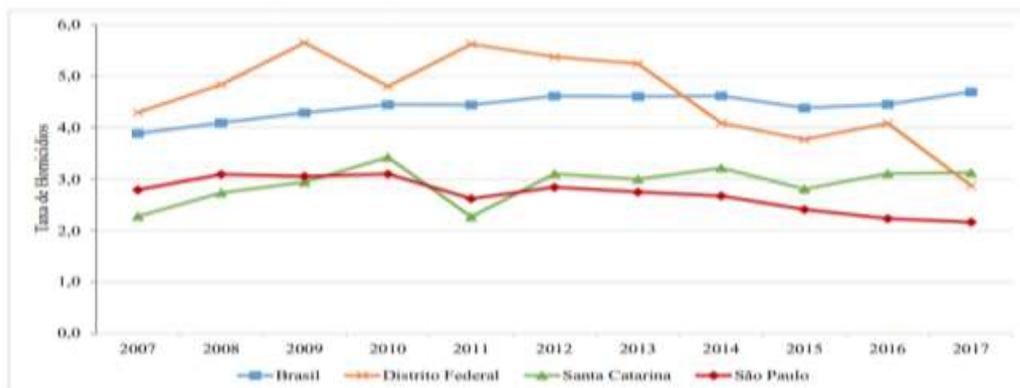
Fonte: IPEA, 2019.

Apresentando-se de forma contrária, o Distrito Federal, Espírito Santo e São Paulo apresentaram as menores taxas, com reduções expressivas na faixa entre 33,1% e 22,5%. O Estado do Espírito Santo, que embora tenha apresentado crescimento entre 2016 e 2017, apresentou-se com uma redução consistente da violência letal contra as mulheres. Esse fato talvez possa ser explicado pelas inúmeras políticas públicas normatizadas pelo governo no período com priorização para o enfrentamento da violência baseada no gênero (IPEA, 2019).

Já o estado de São Paulo, no ano de 2017, respondeu pela menor taxa de homicídios femininos, 2,2 por 100 mil mulheres, seguido pelo Distrito Federal (2,9), Santa Catarina (3,1) e Piauí (3,2), e ainda Maranhão (3,6) e Minas Gerais (3,7). Em termos de variação, reduções superiores a 10% ocorreram em seis Unidades da

Federação, a saber: Distrito Federal, com redução de 29,7% na taxa; Mato Grosso do Sul, com redução de 24,6%; Maranhão com 20,7%; Paraíba com 18,3%, Tocantins com 16,6% e Mato Grosso com 12,6% (IPEA, 2019).

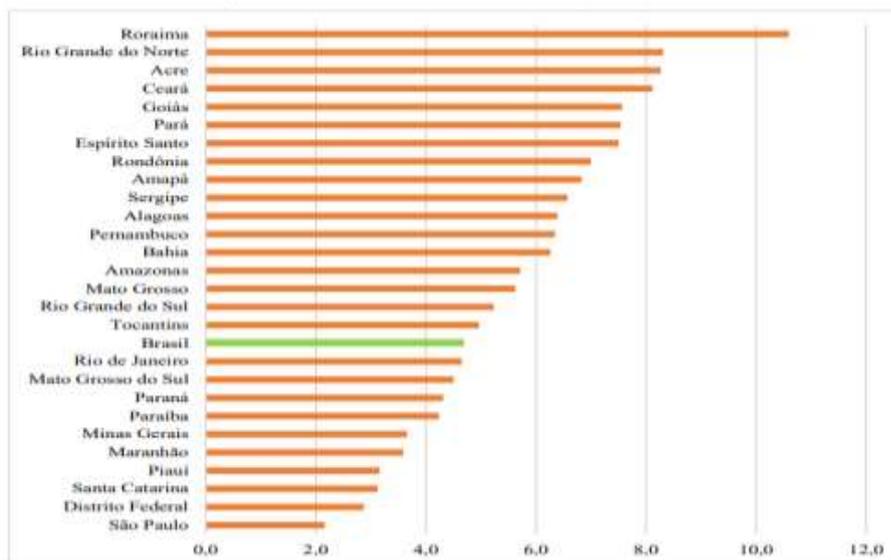
Gráfico 2 - Evolução da taxa de homicídios nos estados com menores taxas por 100 mil mulheres no Brasil de 2007 a 2017



Fonte: IPEA, 2019.

O gráfico 3 ilustra a situação de todas as Unidades da Federação em relação à taxa de homicídios de mulheres no ano de 2017.

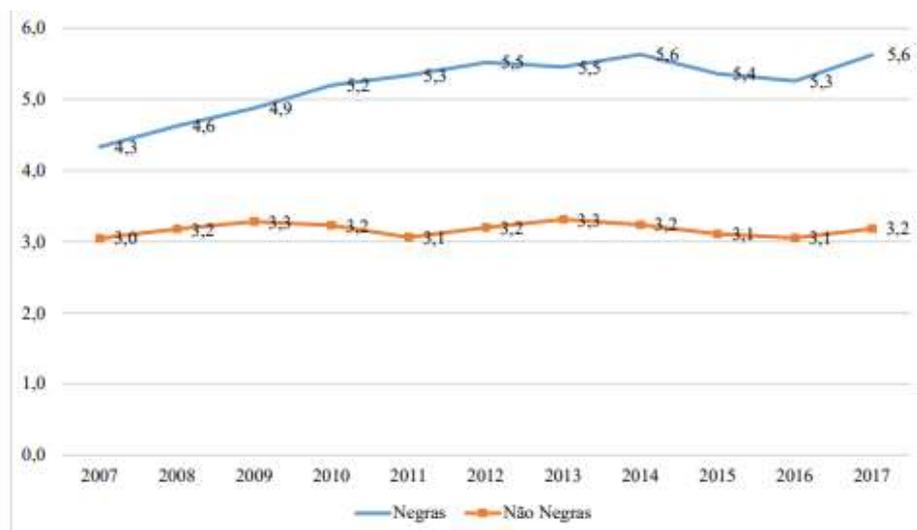
Gráfico 3 - Taxa de homicídios de mulheres em todos os estados brasileiros por 100 mil mulheres em 2017



Fonte: IPEA, 2019.

O gráfico 4, ilustra a desigualdade racial a partir da comparação entre mulheres negras e não negras vítimas de homicídio. Enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 4,5% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras cresceu 29,9%. Em números absolutos a diferença é ainda mais brutal, já que entre não negras o crescimento é de 1,7% e entre mulheres negras de 60,5%. Considerando apenas o último ano disponível, a taxa de homicídios de mulheres não negras foi de 3,2 a cada 100 mil mulheres não negras, ao passo que entre as mulheres negras a taxa foi de 5,6 para cada 100 mil mulheres neste grupo (IPEA, 2019).

Gráfico 4 - Evolução da taxa de homicídios de mulheres no Brasil, por raça/cor de 2007 a 2017



Fonte: IPEA, 2019.

A desigualdade racial pode ser vista também quando verificamos a proporção de mulheres negras entre as vítimas da violência letal: 66% de todas as mulheres assassinadas no país em 2017 (IPEA, 2019). O crescimento muito superior da violência letal entre mulheres negras em comparação com as não negras evidencia a enorme dificuldade que o Estado brasileiro tem de garantir a universalidade de suas políticas públicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do cenário atual da QV das mulheres em situação de vulnerabilidade socioambiental em Duque de Caxias evidenciou que é baixa a expectativa do município de conseguir atingir as metas estabelecidas no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3, pactuado pela Agenda 2030 da ONU, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar e a saúde para todos e todas.

Quando se pensa na superação das dificuldades e nos rumos que o Brasil e, particularmente, o município de Duque de Caxias deve trilhar para atingir o cumprimento do ODS 3, verifica-se que o acesso à saúde ainda enfrenta ações desencontradas frente aos seus componentes macro determinantes da QV. Embora o município tenha alta renda per capita e IDHM, esses fatores não se traduzem a uma sustentabilidade na saúde, o que afeta a todos os seus moradores.

Esse estudo contextualizou que, para que o município possa lograr êxito nesse quesito, deve corrigir as falhas profundas quanto à alocação de recursos em seus determinantes socioambientais visto que, embora Duque de Caxias apresente o 6º maior PIB do Estado, o município detém a 1574ª colocação no IDHM, que pontua sobre os fatores de renda, longevidade e educação. A análise deste índice mostrou que as condições de vida da população de Duque de Caxias, em relação aos demais municípios adjacentes não é boa, pois Duque de Caxias possui o terceiro pior IDHM dentre os municípios vizinhos. Os indicadores sugeriram que as condições de vida são bastante desfavoráveis em todas as áreas do município. Esses determinantes socioambientais necessitam de estratégias interativas e associativas para a potencialização de maior qualidade de vida para a sua população.

Quanto à questão legislativa, percebe-se que mesmo o município possua leis que visam garantir o acesso à saúde e à segurança pública, em se tratando de violência contra mulher, essas ainda carecem da implantação de outras políticas públicas e de educação de seus cidadãos do sexo masculino que são os principais agressores, a fim de erradicar a violência contra as mulheres e melhorar os dados alarmantes desse tipo de violência no município. Dessa forma, percebe-se que há a necessidade do cumprimento das legislações que asseguram os direitos das mulheres contra as práticas de violência de qualquer natureza.

REFERÊNCIAS

AIRES, K. H. S. **A mulher e o ordenamento jurídico**: Uma análise do tratamento de gênero pela legislação civil brasileira. 14 fev. 2018. Trabalho orientado pela Profa. Karine Alves Gonçalves Mota: Professora do Curso de Direito da Faculdade Católica do Tocantins; mestre em Direito pela Universidade de Marília e doutoranda em Tecnologia Nuclear IPEN/USP. Disponível em: <https://sosmulherfamilia.blogspot.com/2018/02/a-mulher-e-o-ordenamento-juridico-uma.html>. Acesso em: 25 set. 2020.

BARENTSEN, J. A. *et al.* Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: A population-based study as part of a randomized controlled trial in primary care. **Health and Quality of Life Outcomes BMC**, v. 10, n. 153, p. 2-8, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3541086/pdf/1477-7525-10-153.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BÔLLA, K. D. S.; MILIOLI, G. A Questão Ambiental no CRAS: Promoção de Qualidade de Vida e Sustentabilidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e188719.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

BONNET, F. R.; CINTRA, R. B. Protocolos e iniciativas de atendimento médico-legal em casos de violência sexual em mulheres: comparação entre os achados no Brasil e no mundo. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 19, n. 1, p. 45-51, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sej/article/view/97140/96204>. Acesso em: 07 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004**. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Presidência da República. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm. Acesso em: 08 jul. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 08 jul. 2020.

CABRAL, J. C. R. **Código Eleitoral da República dos Estados Unidos do Brasil**. Brasília, DF: Tribunal Superior Eleitoral, 2004. Disponível em: <http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/handle/bdtse/771>. Acesso em: 08 jul. 2020.

CAMAZ, F. R. **Duque de Caxias (RJ) Situação Paradoxal**: crescimento econômico x desenvolvimento social baixo. [2015]. Disponível em: <https://aepet.org.br/w3/index.php/conteudo-geral/item/2364-duque-de-caxias-rj-situacao-paradoxal-crescimento-economico-x-desenvolvimento-social-baixo?tmpl=component&print=1>. Acesso em: 27 set. 2020.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social & Sociedade**, n. 110, p. 369-397, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n110/a08n110.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

CASTANHEIRA, W. O. **Vulnerabilidade em Razão da Idade nos Crimes Sexuais**: Análise à Luz dos Princípios Constitucionais Penais e Processuais. 2012. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro Universitário Eurípides de Marília, Fundação de Ensino Eurípides Soares da Rocha, Marília, 2012. Disponível em: https://aberto.univem.edu.br/bitstream/handle/11077/855/Dissertacao_Walkiria_2012_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 07 ago. 2020.

CONASS. **Para entender o Pacto pela Saúde**: Portaria GM/MS 399/2006: Portaria GM/MS 699/2006. Brasília, 2006. Nota técnica, v. 1. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555717/mod_resource/content/0/ParaentenderoPactopelaSa_de.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

CONASS. **Organização dos Macroprocessos da Atenção Primária à Saúde.**

2017. O Acesso na APS. Disponível em:

http://www.saude.pi.gov.br/uploads/document/file/565/2_-_Anexo_2.2_-_PPT_O_Acesso_na_APS_.pptx&ust=1601339160000000&usg=AOvVaw34TOMYHZdSrEbu08Wgi1kS&hl=pt-BR&source=gmail. Acesso em: 25 set. 2020.

CPERS. Departamento de Gênero e Diversidade. **Violência de gênero:** milhares de mulheres são mortas todos os anos no Brasil. 6 ago. 2018. Disponível em:

<https://cpers.com.br/violencia-de-genero-milhares-de-mulheres-sao-mortas-todos-os-anos-no-brasil/>. Acesso em: 25 jul. 2020.

DALCIN, C. B. *et al.* Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 10, n. 6, p. 1963-70, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11207/12778>. Acesso em: 24 set. 2020.

DAY, V. P. *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, supl. 1, 2003. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

DUQUE DE CAXIAS. **Lei nº 1946, de 02/03/2006.** Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher e do Fundo Municipal dos Direitos da Mulher, e dá outras providências. Duque de Caxias: Câmara Municipal, 2006.

Disponível em: <https://www.cmdc.rj.gov.br/?p=1652>. Acesso em: 30 jul. 2020.

EISENMAN, D.P.; WILHALME, H.; TSENG, C.H. *et al.* Heat Death Associations with the built environment, social vulnerability and their interactions with rising temperature. **Health Place**, v. 41, p. 89-99, 2016. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27583525/>. Acesso em: 26 jul. 2020.

FREITAS, K. L. R.; LIMA, K. R. Alterações Advindas com a Lei Complementar nº 150/14 na Relação dos Trabalhadores Domésticos. **TCC Direito: UNIVAG**, Várzea Grande, 2016. Disponível em:

<http://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/rep/article/view/165/197>. Acesso em: 07 ago. 2020.

GREGORY, A. *et al.* Primary care identification and referral to improve safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. **BMC Public Health**, v. 10, n. 54, p. 1-7, 2010.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825222/>. Acesso em: 03 ago. 2020.

GPESES. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. **Validação de conceito de viver saudável à luz da complexidade.** Santa Maria, RS: GPESES; 2012.

IBASE. **Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas.** Rio de Janeiro, 2008. Relatório Técnico do Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE).

IBGE. **Cidades e Estados:** Duque de Caxias. 2019.
<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj/duque-de-caxias.html>. Acesso em: 07 ago. 2020.

IBGE. **Censo Demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 30 jun. 2020.

IPEA. **Atlas da violência:** 2019. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

KRUG, E. G. *et al.* **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.

KRONBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26287.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2020.

LIMA, A. A. M.; SOUZA, A. P. Reflexões e Contribuições aos Estudos de Risco e Justiça Ambiental na Baixada Fluminense, Duque de Caxias-RJ. **Revista Eletrônica História, Natureza e Espaço**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/niesbf/article/view/20271>. Acesso em: 07 ago. 2020.

MOREIRA, M. R. *et al.* Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2785-2796, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n9/1413-8123-csc-23-09-2785.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

NASCIMENTO, G. A. F.; BÔAS, R. V. V. Proteção da Mulher: Direito Individual e Social à Igualdade de Condições no Mercado de Trabalho e ao Direito à Maternidade. **Conpedi Law Review**, v. 1, n. 6, p. 156-172, 2015. Disponível em:
<https://www.indexlaw.org/index.php/conpedireview/article/view/3459>. Acesso em: 07 ago. 2020.

ONU. **Transformando Nosso Mundo:** a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OPAS. **Banco Mundial e OMS**: metade do mundo não tem acesso aos serviços essenciais de saúde e 100 milhões ainda estão em extrema pobreza devido às despesas de saúde. 2017. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5562:banco-mundial-e-oms-metade-do-mundo-nao-tem-acesso-aos-servicos-essenciais-de-saude-e-100-milhoes-ainda-estao-em-extrema-pobreza-devido-as-despesas-de-saude&Itemid=843. Acesso em: 07 ago. 2020.

OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a11v16n9.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

PJERJ. Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro. **Caxias Lidera o Ranking de Violência Doméstica no Início do Ano**. 2019, RJ. Disponível em:
<http://www.tjrj.jus.br/noticias/noticia/-/visualizar-conteudo/5111210/6237468>. Acesso em: 07 ago. 2020.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**: SUS e pactos pela saúde: módulo político gestor: especialização em saúde da família. [S. l.: s.n.], 2012. Disponível em:
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4. Acesso em: 01 ago. 2020.

SANCHES, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012. Disponível em:
<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/260-268/pt>. Acesso em: 25 set. 2020.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 470-7, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400013&lng=en. Acesso em: 27 set. 2020.

SEGALIN, A. Serviço Social e viabilização de direitos: a licença/salário-maternidade nos casos de adoção. **Serviço Social & Sociedade**, n. 115, p. 581-594, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ssoc/n115/10.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SIDDIQUI, F.; KONSKI, A. A.; MOVSAS, B. Quality-of-life concerns in lung cancer patients. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 10, n. 6, p. 667-676, 2010. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/erp.10.81?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 03 ago. 2020.

SILVA, M. I.; CONTRIGIANI, F. A. A Lei do Feminicídio 13.104/2015 e seus Impactos no Estado do Paraná: Protagonismo para uma Mudança Cultural. **Revista Americana de Empreendedorismo e Inovação**, v. 2, n. 2, p. 30-42, 2020. Disponível em:

<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/raei/article/view/2935/2146>. Acesso em: 08 ago. 2020.

SILVA, R. O. **Separação e divórcio à luz da Lei 11.441/2007**. 2007. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Curso de Direito, Centro de Educação de Tijuca, Universidade do Vale do Itajaí. Tijuca, 2007. Disponível em: <http://siaibib01.univali.br/pdf/Rafaela%20Ohlson%20da%20Silva.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

SOARES, D. Z.; CHARLES, C. J. N.; CERQUEIRA, C. C. A. X. Femicídio no Brasil: gênero de quem mata e de quem morre. *In: Encontro Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia*, 13., 2019, São Paulo. **Anais eletrônicos** [...]. Disponível em: https://www.enanpege2019.anpege.ggf.br/resources/anais/8/1562631571_ARQUIVO_ENANPEGE-FEMINICIDIONOBRASIL-GENERODEQUEMATAEQUEMMORRE.pdf. Acesso em: 07 ago. 2020.

TOLOMEI JR., H. M. **Trabalhadoras Domésticas no Brasil: Uma Análise Sobre a Evolução Legislativa e os Avanços Promovidos Pela Emenda Constitucional Nº 72/2013**. 2018. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Universidade Católica Salvador, Salvador, 2018. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/495/1/DISSERTACAOHOSANNAHTOLOMEIJUNIOR.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2020.

WOODMAN, P. J. *et al.* Prevalence of Severe Pelvic Organ Prolapse in Relation to Job Description and Socioeconomic Status: A Multicenter Cross-Sectional Study. **Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct**, v. 17, n. 4, p. 340-345, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16261426/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

YUE, L. *et al.* Gender Differences in Healthcare-Seeking Behavior for Urinary Incontinence and the Impact of Socioeconomic Status: A Study of the Medicare Managed Care Population. **Medical Care**, v. 45, n. 11 p. 1116-1122, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18049354/>. Acesso em: 05 ago. 2020.