UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA

Andréa Silveira Machado Pierine

Mulheres que denunciaram a violência: questões de justiça e saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª Drª Margareth Aparecida Santini de Almeida
Coorientadora: Profª Drª Dinair Ferreira Machado

Botucatu
2017

ANDRÉA SILVEIRA MACHADO PIERINE

Mulheres que denunciaram a violência: questões de justiça e saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª Drª Margareth Aparecida Santini de Almeida
Coorientadora: Profª Drª Dinair Ferreira Machado

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Pierine, Andréa Silveira Machado.
Mulheres que denunciaram a violência : questões de justiça e saúde / Andréa Silveira Machado Pierine. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Margareth Aparecida Santini de Almeida
Coorientador: Dinair Ferreira Machado
Capes: 40602001

1. Violência contra as mulheres. 2. Atenção primária à saúde. 3. Assistência social. 4. Justiça.

Palavras-chave: Assistência a saúde ; Assistência social ; Justiça ; Saúde; Violência contra a mulher.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Andréa Silveira Machado Pierine

Mulheres que denunciaram a violência: questões de justiça e saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª . Drª. Margareth Aparecida Santini de Almeida
Coorientadora: Profª. Drª. Dinair Ferreira Machado

Comissão Examinadora

_____
Profª. Drª. Margareth Aparecida Santini de Almeida
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

_____
Profª. Drª. Cristiane Murta Ramalho Nascimento
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

_____
Profª. Drª. Maria Inês Rauter Mancuso
Departamento de Sociologia
Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR

Botucatu, 23 de fevereiro de 2017.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Professora Margareth** pelo acolhimento, a compreensão e o respeito em todos os momentos, pela sabedoria nas orientações e colocações fazendo com que eu conseguisse superar meus limites, o conhecimento partilhado não tem preço e o levarei para sempre.

À minha coorientadora, **Professora Dinair**, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado sendo você a idealizadora deste projeto, por todos os momentos que me acolheu diante das dúvidas e angústias sempre acreditando no meu potencial e incentivando meu crescimento, por partilhar seu conhecimento e entusiasmo diante do trabalho e da vida.

À minha mãe **Ana Luiza (*in memoriam*),** minha mãe, você nos deixou em 2016 sendo esse o ano mais difícil de nossas vidas, pois estávamos sem a sua presença! Porém tudo que você nos ensinou permaneceu: seu amor, sua alegria e disposição em ajudar o próximo, e foi assim que consegui escrever esse trabalho, com você me apoiando e incentivando. Te amo e te admiro para sempre!

Agradeço ao meu pai **Irineu** e as minhas irmãs **Isabela e Karine** por sempre estarem ao meu lado me motivando e incentivando, sendo meu porto seguro. Juntos somos mais fortes e sem o auxílio e ao amor de vocês não teria concluído este trabalho! Família amo vocês!

Ao meu marido **Ulisses** meu amor e companheiro, pelo carinho, compreensão e por acreditar nos meus sonhos e desejos! Por partilhar ao longo desses anos todos os momentos intensos de alegria, dúvidas, inquietações entre tantos outros sentimentos continuando ao meu lado! Amo você marido!

Às Professoras **Maria Inês e Cristiane** por participarem da banca do exame de qualificação e da defesa e pelas ricas contribuições durante todo o processo.

À **Secretaria de Assistência Social de Botucatu**, por valorizar o aprimoramento profissional de seus funcionários, pelo apoio e compreensão para a realização deste trabalho.

À **Coordenadora do CREAS Vitória** e as companheiras de trabalho **Alessandra, Juliana, Heloisa, Rosemary e Silvana** pela parceria profissional, por apoiarem e incentivarem a realização do mestrado e por todas as vezes que colaboraram nos momentos que tive que me ausentar do trabalho.

À **Delegacia de Defesa da Mulher de Botucatu** pela autorização para a realização deste trabalho e pela recepção e acolhimento durante meses para coleta dos dados.

À **equipe da UPESC** pela contribuição com a digitação e organização dos dados.

À **Eloisa Elena Paschoalinotte** pela assessoria na realização da análise estatística dos resultados.

RESUMO

PIERINE, A.S.M. **Mulheres que denunciaram a violência: questões de justiça e saúde.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

A prática de violência contra a mulher é considerada um problema social, histórico e de saúde pública, passando a ser crime a partir de 2006 com a Lei Maria da Penha. Esta Lei preconiza o caráter intersetorial das ações e assistência à mulher em situação de violência, devendo ser prestada de forma articulada, conforme os princípios e as diretrizes previstos no Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Segurança Pública. O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil das mulheres que formalizaram ocorrência policial de violência por parceiro íntimo em uma Delegacia Especializada, identificar os tipos de violência registrados nos boletins de ocorrência analisando o perfil das ocorrências e construir o mapa da violência contra a mulher no município de Botucatu, de acordo com a área de abrangência das unidades de atenção primária à saúde e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Trata-se de um estudo de uma série de casos realizado na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), foram incluídos no estudo os boletins de ocorrência de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo, realizados no período de abril de 2013 a março de 2014, cujas vítimas fossem mulheres com idade igual ou superior a dezoito anos. Foram analisados 479 boletins de ocorrência, evidenciou-se com os resultados que a mulheres que realizam denuncia na DDM são mulheres jovens em idade ativa e reprodutiva variando entre 30 a 34 anos (23,18%), possuem ensino fundamental completo (40,45%), estão ativas no mercado de trabalho. Em relação ao perfil das ocorrências a violência psicológica foi a mais denunciada com 50,10%, o ambiente doméstico se confirmou como sendo o local de maior ocorrência dos episódios de violência com 81,84% dos casos, destaca-se a situação conjugal no momento da denúncia sendo que em 55,11% dos casos a mulher encontrava-se separada do companheiro, em relação ao tempo de separação os primeiros meses (30 a 150 dias) mostrou-se o mais arriscado para as mulheres com 23,48% dos casos. Em relação ao mapeamento dos equipamentos observa-se que a violência contra a mulher é um fenômeno que se distribui por todo o município, e que as diferentes áreas de atuação como saúde, assistência social, educação e terceiro setor possuem seus serviços equipes em todos os territórios. Portanto conhecer o perfil das mulheres e das ocorrências policiais propiciará aos serviços da rede de atendimento uma visibilidade da problemática e a possibilidade de reorganização de suas práticas, construção de estratégias de detecção e acompanhamento das mulheres, a articulação da rede de serviços e a elaboração de protocolos de atendimento.

Palavras Chave: Violência contra a mulher; Saúde; Justiça; Assistência à saúde; Assistência social.

ABSTRACT

PIERINE, A.S.M. **Women who reported violence: its issues of justice and the health**. Thesis (MS) - Medical School of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

The practice of violence against women is considered a social problem, historical and the public health, becoming crime 2006 with the Maria da Penha law. This law calls for the intersectional character of actions and assistance to women in situations of violence, should be provided in a coordinated manner, according to the principles and guidelines set out in the Brazilian Health System, Unified Social Assistance and Public Safety. The aim of this study was to know the profile of women formalizing police report of intimate partner violence in a Specialized Police, identify the kinds of violence recorded in police reports analyzing the profile of the events and build the map of violence against women in Botucatu city, according to the coverage area of primary care units to health and Social Assistance Reference Centers. This is a case series study conducted at the Police Women's Defense, were included in the study of gender violence police reports perpetrated by an intimate partner, conducted from April 2013 to March 2014, whose victims were women aged less than eighteen or more. Were analyzed 479 police report. It showed up with the results that women who have denounced the Women's Police Stations are young women in active and reproductive ages ranging from 30 to 34 years (23.18%), have completed elementary education (40.45%), and are active in the labor market. Regarding to the profile of the events psychological violence was the most reported with 50.10%, the domestic environment was confirmed as the place most frequent episodes of violence with 81.84% of cases, stands out the marital situation on the time of termination and in 55.11% of cases the woman found is separated from the companion compared to the first time separation months (30 to 150 days) proved to be the most risky for women with 23.48% of the episodes of violence. Regarding the mapping of equipment it is observed that violence against women is a phenomenon that is distributed throughout the municipality, and that the different areas such as health, social care, education and the third sector have their services teams in all territories. So knowing the profile of the women and police reports will provide the service network an issue visibility and the possibility of reorganization of its practices, building detection strategies and follow-up of women, the joint network services and development care protocols.

Keywords: Violence against women; Health; Justice; Health care; Social assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo o número de Boletins de Ocorrência registrados na Delegacia de Defesa da Mulher, Botucatu 2013-2014 36

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo características demográficas, Botucatu 2013-2014..... 37

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo as características sociais (escolaridade e ocupação), Botucatu 2013-2014..... 38

Tabela 4 – Distribuição das ocorrências segundo os tipos de violência recebidas, Botucatu 2013-2014 41

Tabela 5 – Distribuição das ocorrências segundo os tipos de violência denunciadas com associações a outras violências, Botucatu 2013-2014 (n=479)..... 41

Tabela 6 – Distribuição das ocorrências segundo data e local dos fatos, Botucatu 2013-2014..... 43

Tabela 7 – Distribuição das ocorrências em relação aos procedimentos realizados na Delegacia de Defesa da Mulher, Botucatu 2013-2014..... 45

Tabela 8 – Distribuição das ocorrências segundo as características da relação conjugal com o agressor, Botucatu 2013-2014..... 46

Tabela 9 – Distribuição das ocorrências segundo o envolvimento de familiares no momento da violência, Botucatu 2013-2014..... 46

Tabela 10 – Distribuição das ocorrências segundo a motivação para os episódios de violência, Botucatu 2013-2014 48

Tabela 11 – Distribuição das denúncias de violência por Unidade de saúde, população feminina e cálculo de razão, Botucatu 2013-2014 61

Tabela 12 – Características demográficas e econômicas dos territórios, Botucatu 2013-2014..... 64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das ocorrências segundos os meses de realização do Boletim de Ocorrência, Botucatu 2013-2014 43

Gráfico 2 – Distribuição das denúncias segundo o cálculo de razão de denúncia por população feminina, Botucatu 2013-2014 62

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Repercussões na saúde da mulher associada à violência, diagrama adaptado de Holtz, 1996 20

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Distribuição dos equipamentos sociais de acordo com a região de abrangência..... 65

LISTA DE SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JECRIM	Juizado Especial Criminal
LMP	Lei Maria da Penha
MP	Medida Protetiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PM	Polícia Militar
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **11**

1 INTRODUÇÃO **12**
1.1 Violência contra a mulher um breve histórico: da ocultação do problema a garantia do direito. **12**
1.2 Violência contra a mulher: construção dos conceitos e dos tipos de violência **15**
1.3 Violência contra a mulher e Saúde Pública **18**
1.4 Atuação da rede de enfrentamento a violência contra a mulher **22**

2 JUSTIFICATIVA **30**

3 OBJETIVOS **31**
3.1 Objetivo Geral **31**
3.2 Objetivos Específicos **31**

4 MÉTODO **32**
4.1 Desenho do Estudo **32**
4.2 Local de Estudo **32**
4.3 Análise dos Dados **33**

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS **35**

6 O QUE OS DADOS REVELAM **36**
6.1 Quem denuncia? **36**
Resultados **36**
Discussão **39**
6.2 O que é denunciado **40**
Resultados **40**
Discussão **48**
6.3 Rede e intersetorialidade: mapeamento da violência denunciada **58**

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **69**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **72**

APÊNDICES **81**
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados **81**
Apêndice B – Classificação das ocupações segundo os Grandes Grupos (GG) da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) **85**
Apêndice D – Quadros dos equipamentos por região de abrangência **88**

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória profissional como Assistente Social atuando na área da saúde durante oito anos em dois Hospitais: primeiro no Hospital Estadual de Bauru e depois o Hospital das Clínicas de Botucatu. Atuar na área hospitalar me trouxe uma valiosa experiência profissional e enquanto ser humano, pois trabalhar na garantia de direitos das pessoas em seu momento mais frágil e vulnerável devido aos problemas de saúde é um grande desafio. O trabalho no hospital trouxe também uma nova demanda até então desconhecida: o acolhimento da família no momento da morte de seu ente querido, e logo esse momento tão profundo e sofrido se transformou através da possibilidade de atuação na equipe de captação de órgãos e transplantes. Compreender a finitude do ser humano não é tarefa fácil, porém acompanhar a generosidade e a capacidade de superação dos familiares no ato da doação dos órgãos de seu ente querido em prol da vida de outra pessoa me trouxe além do aprendizado um novo olhar profissional e para a vida.

No ano de 2010 novos desafios vieram e eu deixei minha querida área da saúde e me lancei como Assistente Social da Prefeitura de Botucatu. Posso dizer que sai da minha zona de conforto e busquei novos conhecimentos e possibilidades profissionais. Atuo no CREAS- Centro de Referência Especializado de Assistência Social, realizando meu trabalho com famílias de idosos e mulheres que sofrem violência.

O CREAS é o serviço de referência no município para o atendimento das mulheres que sofrem violência. Entre os desafios em se trabalhar com esse fenômeno podemos discutir as questões de gênero e violência e como efetivamente garantir os direitos e trabalhar o empoderamento feminino. Apesar da existência do serviço, as mulheres que sofrem violência no município não chegam aos serviços tornando-se muitas vezes invisíveis. A parceria com a Delegacia de Defesa da Mulher realizada em 2013 nos trouxe o acesso às mulheres que formalizam a denúncia, porém acredita-se que o número de mulheres que sofre violência e que por alguma razão não realizam a denúncia seja maior.

Diante desse cenário e atuando há três anos com essa temática surgiu na pesquisadora inquietações sobre quem seriam essas mulheres, quais as formas de violência vivenciada, e como a violência se distribui nos territórios da saúde e assistência social, propondo a presente investigação.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Violência contra a mulher um breve histórico: da ocultação do problema a garantia do direito

No Brasil a violência contra a mulher já estava presente desde antes da República, quando o assassinato de mulheres em caso de adultério era atenuado criminalmente. As discussões em relação à violência ao longo da história envolviam questões como o direito a educação e ao trabalho das mulheres, o casamento e o poder que os maridos exerciam em relação às esposas. Diante deste cenário as mulheres começam a se organizar em movimentos iniciando a luta pelos direitos e igualdade de gênero (BESSE, 1999; BLAY, 2003).

A organização, reivindicação e as lutas das mulheres por mais direitos contribuiu para a criação do Movimento Feminista, movimento social este, existente no mundo todo. No Brasil tem representado "uma gama muito variada de identidades políticas, diferentes graus de institucionalização e diversos modos de expressão" (GOMES & SORJ, 2014).

Durante os anos 1990 as discussões sobre os direitos das mulheres como direitos humanos, e o reconhecimento da violência contra a mulher como violação desses direitos, tornaram-se parte de uma luta histórica registrada nas conferências da Organização das Nações Unidas (Viena, 1994; Cairo 1994; Beijin 1995), e na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída na Convenção de Belém do Pará em 1995. Esses eventos proporcionaram visibilidade e definições de violência contra a mulher (AGENDE, 2004; IZUMINO, 2004).

As primeiras conquistas do Movimento Feminista em relação ao enfrentamento a violência foram: em 1985 a implantação da primeira Delegacia Especializada de Atendimento da Mulher (DEAM) em São Paulo, em 1995 a criação dos Juizados Criminais Especiais (JECRIMs), e a promulgação, em 2006, da Lei no. 11.340 - Lei Maria da Penha (SCHRAIBER & D´OLIVEIRA, 1999; SANTOS, 2008).

As DEAMs foram criadas para realizar o atendimento das mulheres em situação de violência devendo ter, segundo a Norma Técnica de Padronização, caráter preventivo e repressivo, desenvolvendo ações de investigação, apuração e enquadramento legal. As atividades de prevenção, como campanhas educativas e oficinas que discutam as questões de gênero, também fazem parte das atividades a serem desenvolvidas (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2010; CORTEZ, 2012).

A criação das DEAMs em todo o território nacional foi um importante avanço na luta contra a violência, possibilitando à mulher que deseja realizar a denúncia de agressão ter um local especializado e com equipe técnica multiprofissional para atendê-la. Atualmente as DEAMs sofrem com condições precárias de atendimento, tanto em sua estrutura física quanto em relação aos funcionários que são em número insuficiente para o acolhimento da demanda. O investimento financeiro para ações de capacitação e melhoria dos serviços é escasso e algumas vezes inexistente (SOUZA & CORTEZ, 2012).

Em plena vigência da DDM, no ano de 1995 foram criados os Juizados Especiais Criminais (JECRIMs), com forte impacto no atendimento da DDM, bem como em todo o processo de denúncia da violência. As denúncias de violência começaram a ser encaminhadas para os JECRIMs, onde o seu julgamento era realizado com base na Lei no. 9.099/95. Os juizados tinham como objetivo agilizar os processos judiciais e promover audiências de conciliação e julgamento entre os envolvidos. Os crimes encaminhados aos JECRIMs, em sua maioria, eram de menor potencial ofensivo, sendo que a pena para esses casos era de até dois anos de detenção.

A realização da "conciliação" nos casos de violência contra a mulher foi objeto de discussão de vários estudos (NOBRE & BARREIRA, 2008; SANTOS, 2008), uma vez que a ausência de investigação dos casos e da abertura de inquéritos, bem como as penas que eram com a prestação de trabalho comunitário e doação de cestas básicas, contribuíam para a sensação de impunidade perante os fatos.

Apesar das discussões envolvendo a temática da violência contra a mulher, o movimento feminista continuava a sua luta por leis específicas e realizava duras críticas a atuação dos JECRIMs. Diante deste cenário, em 2001, o Estado brasileiro foi condenado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos por violar direitos e deveres da Convenção de Belém do Pará, no caso de Maria da Penha Maia Fernandes (dupla tentativa de homicídio da mulher pelo marido). Esta condenação contribuiu e obrigou o Estado brasileiro a tomar medidas para o combate da violência, sendo a criação da Lei no. 11.340/2006, chamada Lei Maria da Penha, uma importante conquista desse processo (SOUZA e CORTEZ, 2014).

A promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) proporcionou mudanças no enfrentamento da violência contra a mulher, retirando dos JECRIMs a competência para julgar os casos de violência contra a mulher, voltando às denúncias a serem realizadas nas DDMs.

A Lei trouxe a proposta de estratégias de atendimento de acordo com os princípios e diretrizes previstos nas políticas de Assistência Social, Saúde, Segurança Pública,

entre outras políticas públicas de proteção, demonstrando a importância da atuação intersetorial e da articulação das políticas. Nesse sentido foram criados juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, núcleos de defensoria pública, centros de referência de atendimento à mulher; casas-abrigo; serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados, entre outros (BRASIL, 2007).

Segundo Gonçalves e Lima (2006) a Lei Maria da Penha, propiciou a criação de diversas estratégias: modificou a modalidade da pena, a competência para julgamento e a natureza jurídica da ação penal nos crimes de lesão corporal, caracterizados como violência doméstica. A pena de um ano passou para até três anos de prisão, sendo a criação dos juizados criminais uma medida da maior importância dentro dessa Lei. Houve alteração do Código Penal, possibilitando que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham a prisão preventiva decretada. A criação de um juizado especial de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher trouxe mais agilidade aos processos, bem como as medidas para proteger a mulher agredida, entre elas, a saída do agressor de casa, a proteção dos filhos e o direito da mulher reaver seus bens e cancelar procurações feitas em nome do agressor.

A Lei Maria da Penha, como as demais, é passível de críticas e entendimentos diversos sobre sua aplicabilidade. Alguns pesquisadores têm dado maior enfoque às questões legais e sociojurídicas que envolvem a Lei e sua aplicabilidade (NOBRE & BARREIRA, 2008; CORTIZO & GOYENECHE, 2010; PORTO & COSTA, 2010; CARNEIRO E FRAGA, 2012).

Segundo Bandeira & Almeida (2015) desde o início da vigência da Lei Maria da Penha, observa-se o esforço árduo para se estabelecer a transversalidade da problemática da violência contra as mulheres nas mais diversas esferas das políticas públicas. Sua eficácia social e jurídica tem requerido constante percepção, ação multidimensional e amplas parcerias com o Poder Judiciário, ministérios e demais instâncias, para dar-lhe legitimidade social e mostras de seu bom resultado.

O Estado ainda não consegue dar garantia de segurança às mulheres e punir o desrespeito às medidas judiciais, tendo como consequência o fato de muitas mulheres não denunciarem, principalmente pelo medo de vingança do agressor. Outras, após o registro da ocorrência, retornam às casas por falta de outra opção, ou mesmo por indicação dos operadores que as atendem. Considera-se que a mulher em situação de violência precisa sentir-se de fato protegida, não somente para denunciar como para manter esta denúncia (IZUMINO, 2004, CORREA, 2010, CARNEIRO & FRAGA, 2012).

Para as mulheres o acesso à justiça ainda não representa garantia de direitos de cidadania, mas uma ampliação do seu espaço de negociação. A mulher que busca a Delegacia de Defesa da Mulher deseja a liberdade de ir e vir, uma vida sem violência e o domínio do seu próprio corpo. Deve-se reconhecer a Delegacia e os Juizados Especiais como espaços iniciais de visibilidade da violência, concretizando-se enquanto um problema público e possibilitando o reconhecimento da mesma por outros atores como: a rede de serviços da saúde, a família e a comunidade.

Desde a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram fortalecidas. As primeiras Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres foram fomentadas e realizadas pela SPM respectivamente nos anos de 2004, 2007 e 2011, resultando no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (2007) consiste no planejamento de ações que consolidam a Política Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres por meio da implementação de políticas públicas integradas. Suas propostas apoiam-se em três pilares: a transversalidade de gênero, a intersetorialidade e capilaridade (BRASIL, 2013).

Na trajetória da construção dos direitos das mulheres e das políticas públicas em relação à violência contra a mulher destaca-se a importância do movimento feminista e da participação dos diversos setores como saúde, segurança pública, justiça, assistência social entre outros. Apesar das conquistas, observa-se ainda a necessidade de se avançar nas discussões em relação às questões de gênero, no combate ao patriarcado e ao machismo que impera na sociedade. As políticas de enfrentamento a violência precisam ser efetivadas em todo o território nacional garantindo a transversalidade de gênero e a intersetorialidade.

1.2 Violência contra a mulher: construção dos conceitos e dos tipos de violência

É recente na sociedade brasileira o reconhecimento sobre a variedade de formas de violência que são praticadas contra as mulheres e mais recente ainda o debate que procura pressionar o Estado e a opinião pública para criminalizar esses comportamentos (PASINATO, 2005).

Santos e Izumino (2005) em artigo de revisão identificam três correntes teóricas na discussão sobre a violência contra a mulher. A primeira corresponde ao conceito de violência de Marilena Chauí, onde a autora concebe violência contra as mulheres como

resultado de uma ideologia de dominação masculina que é produzida e reproduzida tanto por homens como por mulheres. Argumenta a autora que as mulheres são “cúmplices” da violência que recebem e que praticam e contribuem para a reprodução de sua “dependência” porque são “instrumentos” da dominação masculina (CHAUÍ, 1985; SANTOS e IZUMINO, 2005).

A segunda corrente é introduzida no Brasil pela socióloga Heleieth Saffioti trazendo a perspectiva feminista marxista do patriarcado, diferente da abordagem da dominação adotada por Chauí, essa perspectiva vincula a dominação masculina aos sistemas capitalista e racista, onde a violência contra as mulheres resulta da socialização machista. Ao contrário de Chauí, Saffioti rejeita a ideia de que as mulheres sejam “cúmplices” da violência. Por outro lado, embora as concebendo como “vítimas”, a autora as define como “sujeito” dentro de uma relação desigual de poder com os homens. Segundo Saffioti a relação desigual de poder não é natural mais sim posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder e pelos agentes envolvidos na trama de relações sociais (SANTOS e IZUMINO, 2005).

A terceira corrente teórica é da autora Maria Filomena Gregori, em seus estudos sobre violência contra as mulheres no início dos anos 1990. Neles a autora relativiza a perspectiva dominação-vitimização, analisando as contradições entre as práticas e os discursos feministas na área de violência conjugal e as práticas das mulheres que sofrem violência. Segundo Gregori, o discurso feminista concebe a mulher como vítima da dominação masculina que promove a violência conjugal. A libertação da mulher depende de sua conscientização enquanto sujeito autônomo e independente do homem, o que será alcançado mediante práticas de conscientização feminista (SANTOS e IZUMINO, 2005).

A discussão sobre a categoria “gênero” surge no final dos anos 1980 sob a influência de autores norteamericanos e franceses que buscavam a construção social do sexo e do gênero, sendo a principal referência nestes estudos no Brasil à historiadora e feminista americana Joan Scott. A autora define “gênero” como uma relação socialmente construída entre homens e mulheres servindo como categoria de análise para se investigar a construção social do feminino e do masculino (SCOTT, 1990).

De acordo com Saffioti (1999) o fenômeno da violência contra a mulher pode não apresentar um consenso entre seus conceitos, porém é preciso estabelecer um universo comum de discurso, a fim de tornar possível sua interlocução. Cada abordagem enfatiza determinado aspecto do gênero, havendo um campo, ainda que limitado, de acordo: o gênero é a construção social do masculino e do feminino.

Estudo realizado por Costa, Silveira & Madeira (2012) sobre as relações de gênero e poder compreende que a categoria gênero surge a fim de dar conta da discussão da subordinação da mulher, sua reprodução e as várias e diversas formas que sustentam a supremacia masculina na sociedade, através da desigualdade de gênero. Ao discutir a desigualdade as autoras apontam que a equidade de gêneros requer uma sociedade com bases socioeconômicas diferentes da contemporânea.

Ao refletir sobre a perspectiva de gênero como produto das relações sociais, depara-se com um conjunto de convicções do que se concebe socialmente como masculino e feminino. As características que geralmente são associadas ao homem são a força, coragem, virilidade, agressividade entre outros, às mulheres, atributos como o cuidado, a dedicação, delicadeza, doçura. De acordo com Costa, Silveira & Madeira (2012) as características associadas ao feminino e ao masculino não podem ser compreendidas fixamente, pois nem todos os sujeitos obedecem a essas regras, devendo-se considerar que as identidades e os códigos culturais são historicamente construídos e passíveis de transformações considerando questões socioeconômicas e políticas.

Segundo a análise de Oliveira (2012), não é possível compreender a violência contra a mulher sem antes estudar o termo gênero, destaca que a perspectiva de gênero como produto das relações sociais foi capaz de dar uma justificativa lógica para a existência de conflitos e desigualdade entre os homens e mulheres.

No Brasil as discussões sobre as desigualdades entre homens e mulheres, a violência contra a mulher e os conceitos de violência estavam presentes nos estudos feministas e também fizeram parte das discussões realizadas na Convenção de Belém do Pará (1995), na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (2007), e posteriormente na Lei Maria da Penha (POUGY, 2010).

A Lei Maria da Penha trouxe para a mulher que sofre violência à garantia de direitos e a proteção do Estado, bem como as definições de violência contra a mulher e dos tipos de violência. A Lei Maria da Penha define a violência contra a mulher como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” podendo ocorrer: no âmbito doméstico, no âmbito da família e em qualquer relação íntima de afeto (BRASIL, 2006).

A prática de violência doméstica é caracterizada pelo local em que os fatos e agressões ocorrem, ou seja, no ambiente doméstico, a violência familiar e conjugal se define pelo tipo de relacionamento entre as pessoas envolvidas, nos casos de violência contra a

mulher e a violência de gênero leva-se em consideração o tipo do ato praticado e o sexo dos envolvidos (JUBB e IZUMINO, 2002; BRASIL, 2006).

No presente estudo serão utilizadas as definições de violência a partir da Lei Maria da Penha (AGENDE, 2004; SANTOS & IZUMINO, 2005; BRASIL, 2006):

1) violência física: entendida como uma ofensa a integridade ou saúde corporal da mulher;
2) violência psicológica: é aquela que causa danos emocionais, diminuição da autoestima, o controle de ações da vítima, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, humilhação, isolamento, perseguição entre outros;
3) violência sexual: conduta que constranja ou obrigue a mulher a manter, ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força;
4) violência patrimonial, consiste na retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
5) violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

1.3 Violência contra a mulher e Saúde Pública

A problemática da violência contra mulher sempre esteve ligada as áreas de segurança pública e justiça. A partir dos anos 1990 a área da saúde, desenvolvimento social e direitos humanos passam a se envolver nessa questão. O reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) da violência como uma violação dos direitos humanos e um problema social e de saúde pública demonstrou a importância de ações articuladas entre as mais diversas áreas de conhecimento e políticas públicas (GARCIA-MORENO et al, 2006, LAMOGLIA & MINAYO, 2009; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA & COUTO, 2009; ARRUDA DA SILVA et al, 2012).

Segundo Minayo (1998: pg. 520) "a violência não é objeto restrito e específico da área da saúde, mas está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade. Sua função tradicional tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu

papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo".

Na área da saúde, o primeiro serviço de atendimento às mulheres, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984) surgiu mediante as lutas feministas em conjunto com pesquisadores e profissionais da saúde. O PAISM, no entanto não abordava a questão da violência, suas ações eram voltadas á saúde reprodutiva da mulher. A questão da violência contra a mulher é abordada na área da saúde inicialmente relacionada à prática do aborto legal. Esse direito foi estabelecido nos anos 1940 e sua prática permitida só em casos de estupro e risco de vida para a mãe. O primeiro serviço hospitalar relacionado à prática do aborto legal foi inaugurado na cidade de São Paulo no ano de 1989, a implementação desse serviço trouxe visibilidade para a violência sexual, porém segundo a análise das autoras a medida era mais direcionada para a possibilidade do aborto do que para o enfretamento da violência contra a mulher (D'OLIVEIRA et al, 2009, SCHRAIBER, 2009).

Atualmente a rede de atendimento da saúde é composta por diversos serviços entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF), Ambulatórios, Hospitais Especializados, Prontos Socorros, sendo que se diferenciam pelas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

A detecção da violência contra a mulher deveria acontecer em todos os pontos dessa rede, mas infelizmente esse é um desafio ainda a ser superado. Estudos identificam que a atenção primária ocupa uma posição privilegiada devido a sua atuação em uma área delimitada e da relação com a população, possibilitando a prevenção e a detecção dos casos de violência, bem como ações de orientação e reflexão (BORSOI; BRANDAO & CAVALCANTI, 2009).

Observa-se a explícita preocupação da norma jurídica com a articulação intersetorial para prevenção e detecção precoce dos casos de violência contra a mulher. Contudo, apesar dos avanços jurídicos, na área da saúde, especialmente na atenção primária os casos de violência contra a mulher ainda não são detectados. Infelizmente, na maioria das vezes, são invisíveis nesses serviços.

A "invisibilidade" da violência para a saúde é citada por diversos autores (DESLANDE; GOMES & SILVA, 1998; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2004; IZUMINO, 2004; JONG; SALADA & TANAKA, 2008) como decorrente do fato de alguns setores ainda se limitarem a cuidar dos sintomas das doenças e não contarem com instrumentos capazes de identificar o problema.

Schraiber & D'Oliveira (2007) adaptaram o diagrama de Holtz mostrando as repercussões na saúde associadas à violência contra a mulher (Figura 1).

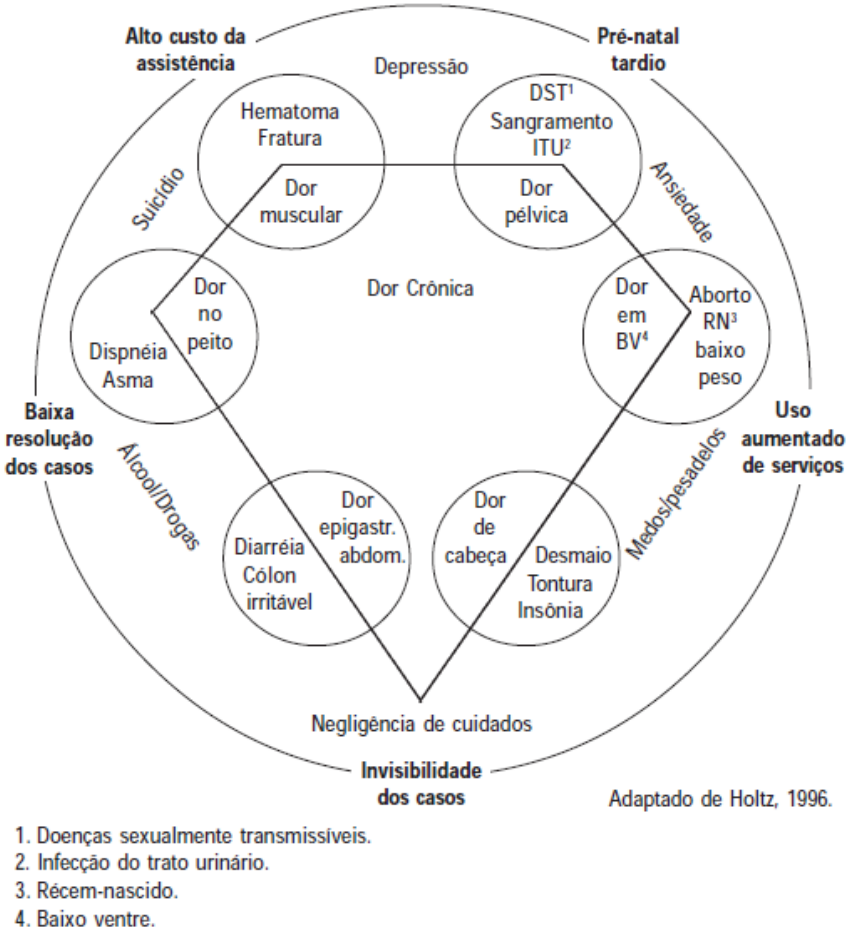

Figura 1 – Repercussões na saúde da mulher associada à violência, diagrama adaptado de Holtz, 1996

Através do diagrama as autoras demonstram as repercussões da violência para a saúde da mulher. Em relação à saúde reprodutiva, pode-se citar a possibilidade de sexo inseguro, risco de doenças sexualmente transmissíveis, dores pélvicas crônicas, pior adesão ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino, gravidez indesejada e entrada tardia no pré-natal. Evidencia-se também o uso abusivo de álcool e drogas, e a presença de queixas vagas nos serviços de saúde como distúrbios gastrointestinais, cefaleia e sofrimento psíquico em geral. Os profissionais de saúde ao não terem conhecimento deste fenômeno podem contribuir

para a baixa resolução dos casos e consequentemente o uso aumentado do serviço de saúde (SCHRAIBER et al, 2002).

Apesar de ter sido estabelecida em 2003 a Lei no. 10.778, em âmbito nacional, a notificação compulsória para casos de violência detectados nos serviços de saúde, públicos ou privados ainda é deficitária, dificultando-se a produção de estatísticas sistematizadas sobre esse agravo.

Segundo Jaramillo & Uribe (2001) e Oliveira et al (2011), os cursos da área da saúde não contemplam programas de formação e treinamento voltados para a violência, o que contribui para que os profissionais não estejam preparados para realizar atendimentos e ações que sejam efetivos para a saúde das mulheres.

Estudo realizado por Vieira et al, (2009) em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência de gênero indicou que 58,7% dos entrevistados mostrou conhecimento geral adequado (bom e alto) sobre a violência de gênero, mas apresentavam demanda de capacitação para este atendimento.

Em relação às barreiras para averiguar a violência, são indicados à falta de uma política institucional e o silêncio da mulher que não revela a violência (VIEIRA et al, 2009; BORSOI; BRANDAO & CAVALCANTI, 2009).

Estudo de Kind et al (2013) também confirma que a violência contra as mulheres é uma realidade do cotidiano dos serviços de saúde da atenção primária e que tem sido subnotificada pelos profissionais de saúde. Aponta ainda que a reestruturação da atenção primária à saúde, colocada em curso com a Estratégia Saúde da Família, aposta no vínculo com a população e entrelaça o cotidiano dos sujeitos com as práticas de saúde, abrindo aos profissionais problemas diversificados que exigem ações intersetoriais.

A Política Nacional de Humanização preconiza a sensibilização das equipes de saúde da atenção primária para o problema da violência em todas as formas de manifestação. Além disso, recomenda-se o mapeamento e a interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, ou seja, expandir a problemática para além do fisiológico e dos traumas físicos visíveis (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) propõe a prestação de uma assistência que seja capaz de alcançar os seres humanos em sua complexidade e integralidade. Portanto suas ações devem ultrapassar os muros das unidades de saúde para que se atinja o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos ou coletivos, no sentido de promover a saúde dos mesmos (FINKELMAN, 2002; SILVA & RODRIGUES, 2010).

Defender a integralidade nas intervenções em relação à violência contra a mulher é defender antes de tudo que as práticas em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos (TEIXEIRA, 2003).

Na visão de Mattos (2004):

> Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso significa incluir no seu cotidiano de trabalho rotinas ou processos de busca sistemática daquelas necessidades mais silenciosas, posto que menos vinculadas à experiência individual do sofrimento. Para os serviços, isso significa criar dispositivos e adotar processos coletivos de trabalho que permitam oferecer, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção.

Além do conceito da integralidade que se constitui como princípio do SUS, o caráter multifacetado do fenômeno da violência contra a mulher traz a necessidade de se trabalhar a intersetorialidade das ações que possibilite desenvolver respostas multissetoriais para essa problemática. Segundo Silva & Rodrigues (2010) um dos desafios para a intersetorialidade é a formação de profissionais que sejam capazes de perceber a complexidade dos problemas manifestos na sociedade.

Ao se reconhecer a violência contra a mulher como objeto de intervenção da saúde, coloca-se a necessidade de se refletir sobre as formas de identificação e intervenção neste fenômeno. A área de saúde precisa se organizar para oferecer atendimento sistematizado e de qualidade em conjunto com demais setores da rede de enfrentamento a violência, trabalhando na prevenção da violência e de suas consequências. A capacitação das equipes deve incluir conhecimentos técnicos e também a reflexão sobre suas atitudes e seus conceitos de violência. É fundamental instrumentalizar os profissionais para o enfretamento da violência bem como a organização e funcionamento da rede intersetorial de forma a garantir os direitos de cidadania das mulheres.

1.4 Atuação da rede de enfrentamento a violência contra a mulher

A constituição e o fortalecimento da rede de atendimento às mulheres em situação de violência foi pauta de discussão durante a elaboração do I e II Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) e do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra

as Mulheres, em que foram estabelecidas ações de prevenção e combate à violência além da definição de conceitos e diretrizes das ações (BRASIL, 2011).

O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres consolida a necessidade de uma rede articulada de atendimento à mulher em consonância com a LMP. (Brasil, 2011). A construção de uma rede articulada é citada no Capítulo II, Art. 9º. da Lei:

> "A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso". (Brasil, 2006)

A rede de atendimento a violência envolve um conjunto de ações e serviços de diversos setores, sendo composta por: **serviços não-especializados** de atendimento à mulher sendo a porta de entrada da mulher na rede, (hospitais gerais, UBS, ESF, delegacias comuns, polícia militar e federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, Ministério Público, Defensorias Públicas); **serviços especializados de atendimento à mulher** – atendem exclusivamente as mulheres e possuem expertise no tema da violência contra as mulheres, que incluem Centro de Referência de Atendimento a mulher, Casas de Acolhimento Provisório e Casas Abrigo, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica (BRASIL, 2011).

De acordo com D´Oliveira & Schraiber (2012), trabalhar com a violência contra a mulher exige diversos tipos de intervenção, necessitando então articular-se em rede para ser efetivo. Para constituir-se rede é necessário, entretanto, haver articulação entre as ações específicas de cada serviço e a interação de seus agentes, na produção dialogada de projeto assistencial comum para a usuária.

Antes de se analisar a importância do trabalho em rede é necessário compreender o significado da ação de denunciar a violência, quais são as motivações para a denúncia e o que espera a mulher dos serviços e profissionais que a atendem. Vieira et al (2011) relata que a mulher, ao procurar ajuda em um serviço, espera falar, ser ouvida e, principalmente, compreendida, muito mais do que ouvir conceitos e pontos de vistas pré-estabelecidos sobre a violência sofrida. Segundo Santi; Nakano & Lettiere (2010), a busca por ajuda nos equipamentos sociais depende de como as mulheres percebem o estado de gravidade do caso.

Na saúde os prontos socorros são procurados no caso de violência sexual e doméstica e os centros de saúde são utilizados no caso de traumas mais leves.

Ressalta-se a importância e a preocupação em dar voz às mulheres que sofreram a violência, buscando compreender a vivencia da violência pela mulher e seus significados. Nos estudos que trazem os relatos sobre a percepção da violência as mulheres, destacam-se os sentimentos de dor, revolta, insegurança, medo do companheiro e de realizar a denúncia. A busca pela DDM evidencia que o desejo da mulher ao realizar a denúncia é acabar com a situação de violência, ter paz e retomar aos seus planos de vida, seguido de separar-se do companheiro, e sua expectativa em relação à atuação deste serviço se refere ao direito de justiça, de proteção individual e dos filhos. Apesar do desejo de acabar com a violência e a expectativa em relação ao direito de justiça é longo o caminho a ser percorrido pelas mulheres para realizar a denúncia (SANTI; NAKANO & LETTIERE 2010, GOMES et al, 2014).

No ato da denúncia a mulher se expõe muitas vezes a uma condição humilhante perante sua família, no ambiente de trabalho e pode sofrer uma dupla violência pela invasão da privacidade e exposição do ato sofrido (JONG; SALADA & TANAKA, 2008; VIEIRA et al, 2013; GOMES et al, 2014).

A atuação efetiva e articulada de uma rede de enfrentamento a violência é de extrema importância, ressaltam Parente; Nascimento & Vieira (2009: pg.456)

> "as mulheres que acreditavam nas leis, nas instituições de apoio à mulher e nos centros de referências da mulher, permaneciam menos tempo no contexto da violência, com redução de sua suscetibilidade e severidade para o problema, possibilitando a adoção de práticas, principalmente relacionadas à mudança de comportamento e se expressam com a denúncia".

Apesar de estar estabelecida na Lei Maria da Penha e no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, existe dificuldade para atuação em rede, uma vez que, nem todas as cidades do Brasil possuem serviços especializados para o atendimento das mulheres que sofrem violência (GOMES et al, 2014; SILVA; PADOIN & VIANNA, 2015). Observa-se a ausência de recursos e equipamentos sociais, como casa abrigo para as mulheres que possibilite a ela distanciar-se do agressor até resolver o seu problema. No âmbito judiciário, os processos demoram muito para serem analisados em virtude da quantidade insuficiente de juízes para essa tramitação, além da impossibilidade de inspeção do cumprimento de medidas legais, e de um juizado específico para abordar a violência. A falta de elementos estruturais não propicia segurança à mulher em situação de violência e não permite a aplicação da Lei Maria da Penha com o devido rigor.

Estudo realizado no Nordeste do Brasil aponta que os serviços mais procurados pelas mulheres para buscar ajuda eram a polícia (57,6%), hospital ou centro de saúde (27,1%), instituição religiosa (25,4%) e o departamento de polícia especializada na assistência a mulheres (23,7%). Ressaltam a baixa frequência de mulheres que procuram ajuda e quando questionado as mulheres sobre a recomendação dos serviços a outras mulheres, a Delegacia de Polícia era o que apresentava os níveis mais baixos de recomendações (SILVA et al, 2012).

Entre os principais desafios para o funcionamento da rede de enfretamento destaca-se: o despreparo e a ausência de qualificação para os profissionais de toda a rede em relação à discussão sobre a violência, o acolhimento e compreensão deste fenômeno tão complexo que requer soluções plurais, a falta de conhecimento dos serviços que compõem a rede, o que contribui para ações desarticuladas e fragmentadas, em conjunto com as práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores que são distintas e desagregadas (SILVA; PADOIN & VIANNA, 2015).

De acordo com Santi; Nakano & Lettiere, (2010):

> [...] a rede intersetorial de serviços à mulher em situação de violência precisa ser construída e fortalecida, para que seja acessada em qualquer ponto e tenha um seguimento com a participação dos envolvidos na rede de forma articulada, dialogada e comprometida institucionalmente.

Estudos que analisaram a situação dos serviços que atendem as mulheres em situação de violência foram realizados em capitais do Brasil, o primeiro entre 1999-2000 (KISS, SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 2007), e posteriormente em três capitais do Brasil: São Paulo, Recife e Porto Alegre (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2005), que identificaram que a trama de serviços existentes termina por envolver as seguintes atuações: orientação básica, policial, jurídica, assistência psicossocial, saúde (englobando serviços médico-sanitários e de atenção psicológica) e abrigamento (SCHRAIBER et al, 2012).

Ao analisar a atuação dos serviços e as conexões entre eles observa-se que existe uma relação estabelecida entre a assistência policial e a jurídica, e entre os serviços de saúde e os de atuação psicossocial. Mas entre esses dois subconjuntos quase não se estabelece nenhuma ponte, nem eles entre si e nem com todos os demais serviços (SCHRAIBER et al, 2012).

A criação da rede de enfrentamento a violência através de leis e pactos traduzem a necessidade de um atendimento multidisciplinar e o diálogo de diversos setores da sociedade para prestar um atendimento integral e humanizado que ofereça suporte as mulheres que sofrem violência. A criação de fluxos, protocolos de atendimento, fóruns intersetoriais e guias

de referenciamento podem contribuir para o desenvolvimento e o fortalecimento de uma rede que proporcione o atendimento efetivo das mulheres, estratégias de prevenção e redução dos episódios de violência (SANTI; NAKANO & LETTIERE, 2010; SCHRAIBER et al, 2012).

No município de Botucatu a rede de enfrentamento a violência é composta pelos serviços não-especializados de atendimento à mulher: na área da saúde conta com serviços de atenção básica, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centro de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS, e o Fórum que não possui uma vara especializada de atendimento a mulher e os serviços especializados de atendimento à mulher: um serviço de saúde voltado para o atendimento aos casos de violência sexual sendo o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) e a Delegacia de Defesa da Mulher.

A rede de atendimento no município não possui um protocolo e fluxo de atendimento, as instituições realizam seus atendimentos e acompanhamentos de acordo com as políticas de atendimento preconizadas em seu âmbito de responsabilidade.

A Delegacia de Defesa da Mulher tem o horário de funcionamento de segunda à sexta-feira das 08h00 as 18h00, permanecendo fechada no período noturno, finais de semana e feriados. Sob sua responsabilidade está à realização de boletins de ocorrência e encaminhamentos de solicitação de medidas protetivas ao poder judiciário, entre outras atividades. No Fórum de Botucatu os casos de violência contra a mulher são encaminhados a 2º Varas Criminais, pois não conta com Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas ou Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.

A área da saúde é composta por 13 Unidades de Saúde da Família e seis Unidades Básicas de Saúde, um Pronto Socorro Municipal e o Hospital das Clínicas da FMB que realiza o atendimento com protocolo das vítimas de violência sexual. Observa-se que a área da saúde no município ampliou sua cobertura nos territórios através da Estratégia Saúde da Família.

Nos últimos anos a preocupação com a estruturação da Atenção Básica no país trouxe a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem papel fundamental no primeiro contato, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, a equipe mínima deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e pelo menos quatro agentes comunitários de saúde, além de profissionais de saúde bucal. A ESF deve atuar em áreas geográficas definidas e com população adstrita (BRASIL, 2011; MALTA et al, 2016).

Em relação às UBS, o município possui 06 unidades que possuem em suas equipes médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico.

No município de Botucatu as áreas de abrangência das Unidades de Saúde (ESF e UBS) são definidas a partir de um processo de regionalização da população pelo projeto Botucatu em dados, iniciado ao final da década de 1990 e atualizado anualmente (CARANDINA & ALMEIDA, 2005; ALMEIDA et al, 2016).

A composição da área de Assistência Social conta com 05 CRAS e 01 CREAS, está estabelecida de acordo com o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) que foi criado para regularizar e organizar em todo território nacional as ações socioassistenciais. Ações essas, baseadas nas orientações da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Os serviços, programas e benefícios têm como objetivo atender às famílias, seus membros e indivíduos, estando as suas ações focadas no desenvolvimento das potencialidades de cada um e no fortalecimento dos vínculos familiares.

Os serviços do SUAS estão organizados em dois níveis de proteção, a Proteção Social Básica realizada pelo CRAS e a Proteção Social Especial realizada pelo CREAS. A Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir situações de risco e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Atende a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza e, ou, fragilização de vínculos afetivos. O CRAS desenvolve serviços, programas e projetos dentro do seu território visando o acolhimento, convivência e socialização das famílias e indivíduos bem como a articulação da rede socioassistencial. Entre os programas realizados no CRAS de Botucatu estão o programa Viva Leite, Renda Cidadã, Ação Jovem e Serviços de Fortalecimentos de Vínculo.

A Proteção Social Especial oferece o atendimento às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados por situação de violência, negligência e/ou abandono cujos vínculos familiares foram rompidos ou estão fragilizados. O CREAS realiza o atendimento através de serviço de orientação e apoio familiar para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais, fortalecendo a função protetiva das famílias diante de um conjunto de condições que as vulnerabilizam. Os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas (BRASIL, 2004).

Atualmente a rede está organizada da seguinte forma, a DDM e o Fórum são a referência para as denúncias das agressões e responsáveis pela realização de Boletins de

Ocorrência, concessão das medidas protetivas de urgência e andamento do processo em relação à violência contra a mulher. O atendimento de saúde nos casos de urgência são encaminhados ao Pronto Socorro Municipal e em caso de estupro e violência sexual o Hospital das Clinicas da FMB conta com protocolo específico para atendimento das vítimas.

O CREAS é a referência para o atendimento e o acompanhamento das mulheres que sofreram violência, o encaminhamento é realizado por toda a rede de serviço e políticas públicas do município (saúde, educação, DDM, Fórum, Conselho Tutelar, Conselho de Políticas Públicas para as Mulheres, entre outros). Apesar de ampla divulgação do serviço, a procura espontânea e encaminhamentos sempre foram pouco efetivos, diante dessa realidade e compreendendo a dificuldade das mulheres em quebrar o silêncio e buscar ajuda, a partir de 2013 o CREAS estabeleceu a parceria com a DDM que encaminha os Boletins de Ocorrência de violência contra a mulher mensalmente ao CREAS.

O CREAS realiza atendimentos, individuais e em grupo com as mulheres que sofreram violência, no caso dos BOs é realizado contato telefônico para divulgar e oferecer o atendimento da equipe multidisciplinar composta por 02 assistentes sociais e 01 psicóloga, esse primeiro acolhimento é oferecido também aos filhos dessas mulheres. Em relação aos encaminhamentos da rede é realizado o mesmo procedimento e é importante ressaltar que o atendimento e o acompanhamento é realizado e oferecido independente da realização do BO, pois compreende-se que em muitas situações a mulher precisa se fortalecer para realizar a denúncia. Os casos de emergência e de risco iminente para mulher e filhos são encaminhados a DDM, fórum e saúde o CREAS é o responsável pelas intervenções em caso de abrigamento fora do município, pois não conta com um abrigo para as mulheres no município de Botucatu.

A atuação do CREAS em relação à violência contra mulher consiste em:

- Efetivar a Política de Enfretamento a Violência contra a Mulher no município e fortalecer o trabalho em rede;
- Lutar contra o preconceito e a invisibilidade da questão da violência contra a mulher;
- Fortalecer a autoestima das mulheres e possibilitar que elas se tornem protagonistas de seus próprios direitos, inserindo a mesma em cursos de capacitação e no mercado de trabalho;
- Ampliar o nível de entendimento sobre as relações de gênero.

Nesse sentido, pretende-se com este trabalho, aprofundar o conhecimento a respeito das mulheres que sofrem violência e realizam denúncia no município de Botucatu, a construção do mapa da violência e a identificação das peculiaridades de cada território possibilitará que os serviços da rede trabalharem as várias questões que envolvem o problema considerando as vulnerabilidades do território.

Dar visibilidade aos casos de violência contra a mulher pode subsidiar o planejamento de ações intersetoriais, possibilitando uma reorganização das práticas e a construção de estratégias de detecção e acompanhamento dessas mulheres, visando à articulação da rede de serviços com as políticas públicas municipais, além da possibilidade da elaboração de protocolos e fluxos de atendimento, garantindo o acesso dessas mulheres aos serviços da rede, bem como a elaboração de políticas públicas que promovam a saúde e qualidade de vida.

2 JUSTIFICATIVA

A violência contra a mulher passou a ter visibilidade a partir do movimento feminista, tendo como um dos avanços a criação das Delegacias de Defesa da Mulher e posteriormente a promulgação da Lei Maria da Penha. Diante dessas transformações as mulheres em situação de violência passaram a ter um espaço específico para realização da denúncia com a garantia em lei da punição do agressor.

No município de Botucatu, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) formalizou parceria com a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) com objetivo de realizar a busca ativa nos casos de mulheres em situação de violência. Mensalmente são encaminhadas cópias dos Boletins de ocorrência dessa natureza para os profissionais de referência no CREAS.

A proposta[1] desse trabalho se justifica, pois a Delegacia de Defesa da Mulher pode ser considerada uma porta de entrada para os relatos de violência contra a mulher, sendo que as informações contidas nos boletins de ocorrência geradas após denúncias são dados oficiais desta realidade e fornecem questões valiosas sobre um fenômeno que ainda é silenciado. A violência ganha visibilidade no ato das denúncias realizadas na Delegacia. Uma vez que as mulheres que encontram na Delegacia a possibilidade de serem ouvidas são as mesmas que utilizam os serviços da rede de atendimento de saúde e da assistência social no município, levando a questão da capacidade da rede em identificar a violência contra a mulher. Conhecer o perfil das mulheres que denunciam a violência, identificar os tipos de violência, bem como o mapeamento da violência dentro do município possibilita ampla visão do problema e o planejamento de ações que envolvam toda a rede de serviços e políticas públicas.

[1] A presente proposta está vinculada ao projeto de pesquisa "Violência contra a mulher: desvendando os determinantes sociofamiliares e culturais que interferem no processo saúde doença e na abordagem da rede de serviços de saúde" de Pós-doutorado de Dinair Ferreira de Machado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FMB-UNESP.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer os casos de violência contra a mulher por parceiro íntimo que são denunciados no município de Botucatu/SP.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as mulheres que formalizaram ocorrência de violência em uma Delegacia Especializada;
- Identificar os tipos de violência registrados nos boletins de ocorrência analisando o perfil das ocorrências;
- Mapear as denúncias de violência contra a mulher no município de Botucatu, tendo como referência as regiões[2] do município e suas respectivas áreas de abrangência das Unidades de Saúde (USF/UBS) e dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

[2] São regiões de organização do orçamento participativo do município de Botucatu.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva, com uma série de casos de dados secundários extraídos dos Boletins de Ocorrência lavrados na Delegacia de Defesa da Mulher da cidade de Botucatu/SP no período de abril de 2013 a março de 2014. Foram analisados os boletins de ocorrência de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo, lavrados por mulheres com idade igual e/ou acima de 18 anos.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento (Apêndice A) desenvolvido pelas pesquisadoras com base nos dados contidos nos boletins de ocorrência, sendo realizado o pré-teste do instrumento de pesquisa antes do início da coleta de dados, passando o instrumento por quatro etapas de reformulação.

No total foram levantados 479 boletins de ocorrência, realizados no período de abril de 2013 a março de 2014. Os dados foram codificados e armazenados em planilhas do tipo Excel, sendo realizada a análise por elementos de estatística descritiva, sendo utilizado o *software* estatístico SPSS Versão 21.0. As ocupações foram agrupadas segundo os Grandes Grupos da Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (Apêndice B).

O estudo é um recorte da pesquisa de Pós-Doutorado que triangula métodos e técnicas de cunho quantitativa e qualitativa com objetivo de apreender a temática da violência contra a mulher desde as denúncias realizadas, das experiências de vida e dos apoios. O projeto de pesquisa está sendo realizado em 03 etapas, sendo a primeira etapa a que se trata essa pesquisa. As mulheres que afirmarem terem sofrido violência a mais de 05 anos passarão para as fases posteriores: entrevista individual gravada (segunda etapa) e mapeamento dos itinerários percorrido por estas mulheres visando identificar quais foram os encaminhamentos e intervenções realizados pelos profissionais (terceira etapa).

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na Delegacia de Defesa da Mulher no município de Botucatu. O município de Botucatu está localizado na região Centro-Sul do estado de São Paulo é considerado de médio porte com população estimada em 141.032 habitantes para o ano de 2016, sendo a população residente de homens 61.761 e de mulheres 65.567.

O município possui uma Delegacia de Defesa da Mulher para o atendimento especializado dos casos de violência, sendo que os processos são encaminhados ao fórum que é responsável pelo seguimento do caso. Em relação à área da Saúde são 27 estabelecimentos de saúde do SUS entre eles UBS, USF, Pronto Socorro Infantil, Pronto Socorro Municipal. A área de Assistência Social está organizada de acordo com o SUAS sendo composta por 05 CRAS e 01 CREAS.

4.3 Análise dos Dados

a) Para a análise do primeiro objetivo foram consideradas as variáveis:

- Idade
- Cor
- Escolaridade
- Estado Civil
- Ocupação/trabalho
- Naturalidade
- Possuir filhos

b) Para a análise do segundo objetivo foram consideradas as variáveis:

- Tipos[3] de violência sofrida (psicológica, física, sexual e danos patrimoniais)
- Local da ocorrência (casa/trabalho/ambiente público)
- Data da ocorrência (durante a semana, final de semana e feriado)
- Como a vítima foi encaminhada a Delegacia de Defesa da Mulher
- Estado físico da vítima no momento da ocorrência
- Solicitação de Medida Protetiva
- Encaminhamentos ao IML
- Flagrante
- Estado Conjugal no momento do BO
- Se separada, tempo de separação em relação ao agressor
- Motivação para o episódio de violência
- Envolvimento de Familiares nas ocorrências

[3] A partir das formas de violências registradas no boletim as mesmas foram classificadas pela pesquisadora, segundo as definições da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2007).

O mapeamento foi realizado de acordo com o endereço das mulheres contido no instrumento de pesquisa, dessa forma, foram distribuídos de acordo com a área de abrangência das UBS/USF[4] e CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), todos os equipamentos sociais desses locais foram mapeados.

[4] As áreas de abrangência foram identificadas com apoio da Equipe da UPESC (CARANDINA, ALMEIDA, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa que detalhou todas as etapas do campo, que inclui o presente estudo, passou pelo Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e foi aprovado no dia 21/03/2014 com parecer de nº 563.930. A presente proposta foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu e foi aprovada no dia 04/08/2015 com parecer nº 1.170.061.

6 O QUE OS DADOS REVELAM

6.1 Quem denuncia?

Resultados

O número total de boletins ocorrência que fizeram parte do estudo foi 479, sendo que 32 mulheres contavam como denunciantes em mais de um BO.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo o número de Boletins de Ocorrência registrados na Delegacia de Defesa da Mulher, Botucatu 2013-2014

Número de Denúncias	Mulheres	Total de Boletins Ocorrência
01	408	408
02	27	54
03	3	9
04	2	8
Total	**440**	**479**

Para a caracterização das mulheres que formalizaram ocorrência policial foram excluídas as mulheres com denúncias repetidas totalizando assim 440 mulheres.

A distribuição das mulheres segundo as características demográficas é demonstrada na Tabela 2 onde se observa a predominância das mulheres na faixa etária de 30 a 34 anos com (23,18%), seguido de (21,59%) com idade de 25 a 29 anos. Sobre o estado civil mais da metade das mulheres, ou seja, 58,64% eram solteiras e 22,50% casadas.

Quanto à cor 78,41% eram brancas. A maioria das mulheres que registrou BO (60,00%) era natural de Botucatu.

Em relação às características reprodutivas em 44,09% dos BOs foi relatada a presença de filhos, em 9,32% dos relatos a mulher não possuía filhos, sendo que o número de boletins de ocorrência sem essa informação foi de 46,59%.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres segundo características demográficas, Botucatu 2013-2014

Características Demográficas	n	%
Faixa etária		
< 20	19	4,32
20 a 24	69	15,68
25 a 29	95	21,59
30 a 34	102	23,18
35 a 39	71	16,14
40 a 44	45	10,23
45 a 49	25	5,68
50 e mais	14	3,18
Estado Civil		
Solteira	258	58,64
Casada	99	22,50
Divorciada	53	12,04
Viúva	1	0,23
Sem Informação	29	6,59
Cor		
Branca	345	78,41
Parda	65	14,77
Negra	14	3,18
Sem Informação	16	3,64
Naturalidade		
Botucatu/SP	264	60,00
Interior de São Paulo	93	21,14
São Paulo/Capital	30	6,82
Litoral/SP	3	0,68
Outros Estados	32	7,27
Outro País	1	0,23
Sem Informação	17	3,86
Possui Filhos		
Sim	194	44,09
Não	41	9,32
Sem Informação	205	46,59
Total	**440**	**100,00**

Pode-se observar mediante a Tabela 3 que 40,45% das mulheres possuem o Ensino Fundamental Completo e 35,00% o Ensino Médio Completo. Ao analisar a ocupação das mulheres observa-se que o grupo de trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em Lojas e Mercados se destaca com 27,95%, seguido de atividades consideradas fora da força de trabalho como Desempregada, Estudante e Do Lar com 17,72%.

As ocupações que exigem o Ensino Superior são descritas na categoria Profissionais das Ciências e das Artes com 4,31% e entre as profissões estão Engenheira Agrônoma, Dentista, Veterinária, Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista, Professora (Formação Ensino Superior), Pedagoga e Advogada.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres segundo as características sociais (escolaridade e ocupação), Botucatu 2013-2014

Escolaridade	**n**	**%**
Ensino Fundamental Incompleto	3	0,68
Ensino Fundamental Completo	178	40,45
Ensino Médio Incompleto	8	1,82
Ensino Médio Completo	154	35,00
Ensino Superior Incompleto	2	0,45
Ensino Superior Completo	29	6,60
Sem Escolaridade	2	0,45
Sem Informação	64	14,55
Ocupação		
Trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em Lojas e Mercados	123	27,95
Atividades consideradas fora da força de trabalho	78	17,73
Trabalhadores de Serviços Administrativos	24	5,45
Profissionais das Ciências e das Artes	19	4,32
Técnicos de Nível Médio	14	3,18
Trabalhadores Agropecuários, Florestais, da Caça e pesca/ Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	6	1,36
Ocupação não definida	30	6,82
Sem informação	146	33,18
Total	**440**	**100**

Discussão

As mulheres que realizaram denúncia na DDM são mulheres jovens em idade ativa e reprodutiva, concentradas na faixa dos 20 aos 39 anos. Esses achados vêm ao encontro com estudos realizados em Delegacias de Defesa da Mulher em Minas Gerais onde as mulheres que realizaram denúncia apresentaram idade média de 33,28 anos e mediana de 31 anos (SOUZA; NOGUEIRA & GRADIM, 2013) e estudo realizado no Rio Grande do Sul onde se observou que a faixa etária prevalente situou-se entre 20 e 29 anos (39,0%) seguida da correspondente a 30 e 39 anos (26,0%) (ACOSTA, GOMES & BARLEM, 2013).

A predominância da denúncia da violência entre mulheres jovens pode estar relacionado à plena vigência e divulgação da Lei Maria da Penha completando 10 anos em 2016. A denúncia como visibilidade da violência é considerada uma das repercussões da LMP, segundo Alves, Oliveira & Maffacciolli (2012). A lei contribuiu para o empoderamento das mulheres e o aumento no número de denúncias.

A violência atinge também as mulheres ainda mais jovens, entre 18 e 20 anos. Como o recorte da presente pesquisa foram às mulheres com 18 anos ou mais, ressalta-se a importância de trabalhar a prevenção da violência contra a mulher em adolescentes e jovens visando à discussão do tema e das questões de gênero.

No BO consta o estado civil da denunciante, sendo predominante o estado de solteira, mas na realidade é o seu estado conjugal, a situação de fato no momento em que sofreu a violência (relacionamento amoroso com o agressor), que a expõe à violência pelo parceiro íntimo. Em estudo realizado por Moura; Netto & Souza (2012), em DEAMs do Rio de Janeiro de todas as 38.009 mulheres em situação de violência, também predominavam as solteiras.

A categoria cor no B.O é preenchida pelos funcionários da DDM sendo que essa informação não é perguntada e sim observada, portanto ela passa pela percepção do observador. A predominância da cor branca é encontrada em outros estudos realizados em DDM no Rio de Janeiro, Minas Gerais e na região Sul do Brasil (MOURA, NETTO & SOUZA, 2012; ACOSTA, GOMES & BARLEM, 2013; SOUZA; NOGUEIRA & GRADIM, 2013).

É importante salientar que a informação sobre os filhos não faz parte dos dados que são questionados e que compõem o cabeçalho do BO. Os dados apresentados foram levantados através da parte do BO que corresponde ao histórico da ocorrência. A importância dessa informação se justifica, pois estudos relatam que a presença de filhos na relação

conjugal pode influenciar na desistência da denúncia, em dar andamento ao processo judicial, podendo provocar na mulher um sentimento de culpa por privar o convívio dos filhos com o agressor no momento da denúncia e ou prisão deste. (JONG, SALADA & TANAKA, 2008; PRESSER, MENEGHEL & HENNINGTON, 2008). Em contraposição, há estudos que apontam associação entre o ato de denunciar à proteção e a preocupação do cuidado com os filhos, proporcionando um ambiente livre de violência. Na realidade existiria a preocupação de influenciar os filhos para que a violência não se reproduza nos seus futuros relacionamentos (VIEIRA et al, 2013).

Em relação à escolaridade e profissão, pode-se observar a predominância das mulheres entre Ensino Fundamental Completo e Ensino Médio Completo. No caso da ocupação observa-se que o grupo de trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em Lojas e Mercados se destaca seguido de atividades consideradas fora da força de trabalho como Desempregada, Estudante e Do Lar.

Os dados demonstram que a violência atinge todos os níveis de escolaridade. Esse perfil também foi observado em estudo realizado no Distrito Federal (SILVA e OLIVEIRA, 2016). A escolaridade exerce sua influência na ocupação das mulheres e consequentemente na sua condição financeira. A dependência econômica é relatada em vários estudos como um das causas que levam a mulher a não realizar a denúncia, e a permanecer em um relacionamento violento (GARBIN et al, 2006; JONG, SALADA & TANAKA, 2008). Em 33,18% dos casos (146/440) não havia informação a respeito da ocupação das mulheres. Ressalta-se a falta de informação em uma categoria importante para a análise das características dessas mulheres.

A ausência de dados das mulheres e dos agressores observada no BO leva a reflexão sobre a não padronização da coleta de dados no Brasil, apesar das recomendações da Lei Maria da Penha/11.340/06 e das Normas de Padronização das DEAMs. A coleta e sistematização dos dados podem contribuir para o planejamento de ações de prevenção, promoção e intervenção das diferentes políticas públicas (CORTEZ, 2012).

6.2 O que é denunciado

Resultados

Para a análise do perfil das ocorrências foi utilizada a totalidade dos boletins, ou seja, foram considerados os 479 boletins realizados no período, incluído os casos de mais de uma denúncia das mulheres. Na Tabela 4 são apresentados os tipos de violências recebidas

pelas mulheres que realizaram denúncia na DDM. A violência psicológica está presente em 90,81% (435/479) das denúncias realizadas, a física 42,37% (203/479), os danos patrimoniais em 14,82 (71/479) e a sexual em 0,41% (2/479).

Tabela 4 – Distribuição das ocorrências segundo os tipos de violência recebidas, Botucatu 2013-2014

Tipos de Violência (n=479)	n	%
Violência Psicológica	435	90,81
Violência Física	203	42,37
Violência Danos Patrimoniais	71	14,82
Violência Sexual	2	0,41

Tendo em vista que no instrumento utilizado para a coleta (Apêndice A), os campos que correspondiam ao tipo de violência podiam ser marcados mais de uma vez, foi possível verificar a simultaneidade, ou seja, os vários tipos de violência que a mulher pode sofrer durante esses episódios presentes na Tabela 5.

Entre os tipos de violência 50,10% dos casos foram exclusivos de violência psicológica, tais como: casos de ameaça, violência verbal, perseguição entre outros. A violência física aparece como única forma de violência em 17,33% dos casos, porém segue associada a quase todos os outros tipos de violência.

Tabela 5 – Distribuição das ocorrências segundo os tipos de violência denunciadas com associações a outras violências, Botucatu 2013-2014 (n=479).

Tipos de Violência	n	%
Violência psicológica	240	50,10
Violência física	83	17,33
Violência física e psicológica	83	17,33
Violência psicológica e danos patrimoniais	32	6,68
Violência psicológica, física e danos Patrimoniais	28	5,84
Violência física e danos patrimoniais	8	1,67
Danos patrimoniais	3	0,63
Violência psicológica e sexual	1	0,21
Violência física/ psicológica e sexual	1	0,21
Total	**479**	**100,00**

Na Tabela 6 apresenta-se a distribuição das ocorrências de acordo com a data e local em que os episódios de violência aconteceram. Salientamos que na presente pesquisa foi

considerado como BO realizado durante a semana a seguinte situação: segunda-feira a partir das 08h00 até sexta-feira as 18h00, e o restante foi incluído como final de semana e feriado.

A Delegacia de Defesa da Mulher em Botucatu funciona de segunda a sexta-feira das 08h00 as 18h00, portanto os boletins de ocorrência no período noturno e aos finais de semana e feriados são registrados em outras Delegacias de Polícia. Apesar de essas ocorrências serem registradas em outras Delegacias as mesmas são encaminhadas a DDM, portanto foi possível realizar a classificação acima, pois durante a coleta de dados tivemos acesso a todos os boletins de ocorrências de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo realizados no município.

Em relação aos dias da semana em que os episódios de violência ocorrem observa-se uma leve predominância dos BOs realizados durante a semana (53,20%). Já nos finais de semana foi de 46,80%, sendo que entre esses 41,52 % realizados no domingo, 28,12%, na sexta-feira, 22,77%, aos sábados e nos feriados as denúncias foram de 7,59%. No gráfico 1 é possível observar a distribuição dos BOs segundo os meses do ano, entre esses dados destaca-se o mês de julho com o menor índice de registro de ocorrência e entre os outros meses observa-se pouca variação no número de registro.

Em relação ao local da ocorrência o ambiente doméstico se destaca com 81,84 % dos casos. Já no ambiente público (13,78%) dos casos, foram observados episódios de violência em via pública, praças, bares, e nas redes sociais. Os episódios de violência no trabalho ocorreram em 3,55% dos casos.

Tabela 6 – Distribuição das ocorrências segundo data e local dos fatos, Botucatu 2013-2014

Data de realização do BO (n=479)	**n**	**%**
Durante a semana	255	53,20
Final de Semana	224	46,80
Finais de semana (n=224)		
Sexta-feira	63	28,12
Sábado	51	22,77
Domingo	93	41,52
Feriado	17	7,59
Local dos Fatos (n=479)		
Casa	392	81,84
Ambiente Público	66	13,78
Trabalho	17	3,55
Sem Informação	4	0,84

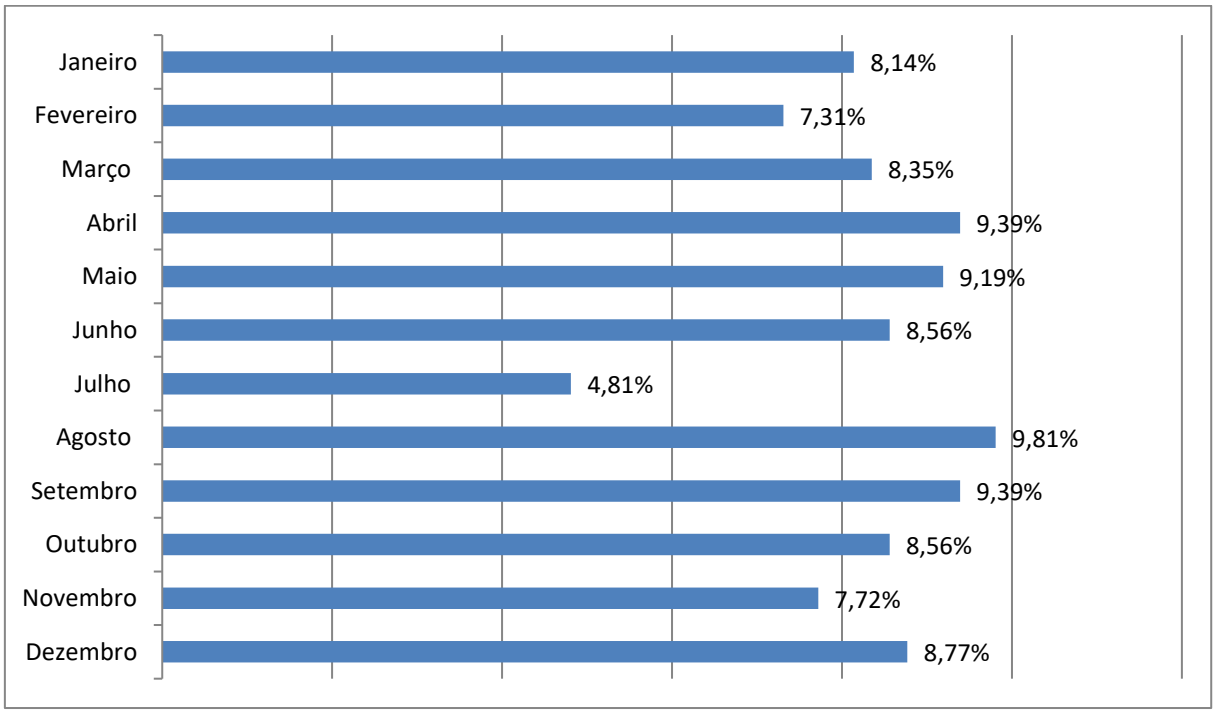

Gráfico 1 – Distribuição das ocorrências segundos os meses de realização do Boletim de Ocorrência, Botucatu 2013-2014

Durante a realização da denúncia são várias as informações relatadas no BO, possibilitando a caracterizar a condição da mulher e as ações por ocasião desse procedimento como pode ser observado na Tabela 7. A primeira observação se refere à situação da mulher por ocasião da procura da DDD, sendo que a maioria dos casos (59,50%), a mulher compareceu sozinha para realizar o BO.

Em relação ao estado físico da vítima 22,55% apresentavam lesões aparentes, 1,04% apresentavam cortes, e em 1,67% dos casos houve a necessidade de hospitalização. A descrição de ferimento por arma de fogo foi registrado em 0,42% dos casos e em 12,32% das ocorrências as vítimas não apresentavam marcas de lesão.

O encaminhamento para o Instituto Médico Legal aconteceu em 26,30%, sendo que 69,94% dos casos não houve a necessidade.

A medida protetiva foi solicitada em 17,54% (84/479) dos casos, sendo que em 1,25% o autor foi preso em flagrante não havendo a necessidade da medida protetiva. O flagrante ocorreu em apenas 3,34% dos casos, sendo que houve a prisão do agressor.

Tabela 7 – Distribuição das ocorrências em relação aos procedimentos realizados na Delegacia de Defesa da Mulher, Botucatu 2013-2014

Conduzida a DDM (n= 479)	**n**	**%**
Sozinha	285	59,50
Acompanhada de Familiar	26	5,43
Conduzida pela Guarda Municipal	24	5,01
Conduzida pela Policia Militar	13	2,71
Sem informação	131	27,35
Estado da vítima (n= 479)		
Hematomas Aparentes	108	22,55
Sem marcas de lesão	59	12,32
Necessidade de hospitalização	8	1,67
Ferimento por arma de fogo	2	0,42
Sem informação	302	63,04
Encaminhamento ao IML (n= 479)		
Sim	126	26,30
Não	335	69,94
Sem informação	18	3,76
Solicitação de Medida Protetiva (n= 479)		
Sim	84	17,54
Não	333	69,52
Sem informação	56	11,69
Agressor preso em flagrante	6	1,25
Flagrante (n= 479)		
Sim	16	3,34
Não	456	95,20
Sem informação	7	1,46

Em relação ao estado conjugal da mulher no momento da realização do BO, 55,11% estavam separadas do agressor, seja ele marido, namorado ou companheiro, 36,33% estavam em união com seus agressores, em 5,01% a relação era de namoro, 2,30% eram divorciadas. No caso das mulheres que estavam separadas dos autores no momento da denúncia, observa-se que 6,44% estavam a 30 dias, 23,48% de 30 a 150 dias que corresponde aos cinco primeiros meses de separação (Tabela 8).

Em relação ao envolvimento dos familiares nos episódios de violência observa-se na Tabela 9 que os filhos foram os que mais se destacaram 21,09% dos casos.

Tabela 8 – Distribuição das ocorrências segundo as características da relação conjugal com o agressor, Botucatu 2013-2014

Situação Conjugal (n= 479)	**n**	**%**
Separada	264	55,11
Em União	174	36,33
Namoro	24	5,01
Divorciada	11	2,30
Sem Informação	6	1,25
Tempo de Separação (n=264)		
Menos de 30 dias	17	6,44
30 a 150	62	23,48
151 a 300	18	6,82
301 a 1.095	25	9,47
1.096 a 2.190	11	4,17
2.191 a 4.015	05	1,89
Sem informação	126	47,73

Tabela 9 – Distribuição das ocorrências segundo o envolvimento de familiares no momento da violência, Botucatu 2013-2014.

Envolvimento de Familiares	**n**	**%**
Filhos	101	21,09
Mãe	10	2,09
Irmãos	6	1,25
Pai	4	0,83
Vizinhos	1	0,21
Sem Informação	357	74,53
Total	**479**	**100**

Os episódios de violência seguem diferentes motivações e foram relatados no histórico dos BOs (Tabela 10). A classificação da motivação para os episódios de violência

foram realizadas de acordo com Bonfim; Costa & Lopes (2013), que em estudo sobre a violência contra mulheres em movimentos sociais rurais, realiza uma análise teórica tendo como referência o conceito de vulnerabilidade sob a perspectiva de vários autores Ayres (2003), Heise (1998) e Bruyn (2003), e estabelece quatro níveis: 1- Nível Individual que considera o comportamento individual para um agravo e em relação à possibilidade de enfrentamento; 2- Nível familiar onde são diversos os fatores a serem considerados: medo, gravidez indesejada, controle masculino, dificuldades financeiras, entre outros; 3- No nível comunitário e institucional está inclusa a falta de assistência pelos órgãos oficiais e suas consequências; 4- No nível social, as "normas" culturais relacionadas ao domínio do homem sobre a mulher contribuem para a violência contra a mulher.

Em relação à vulnerabilidade para a violência destaca-se, no nível social, o fato do autor não aceitar o fim do relacionamento; no nível familiar o conflito em relação aos filhos (guarda, pensão, educação). No nível individual foram classificados quatro casos sendo as motivações relacionadas ao fato da mulher negar-se a retirar a queixa na DDM, a vítima se recusar a manter relação sexual, boatos de traição da vítima e a realização do BO para solicitar a MP, respectivamente correspondendo a 0,21% dos casos.

Tabela 10 – Distribuição das ocorrências segundo a motivação para os episódios de violência, Botucatu 2013-2014

Motivação para a Violência e Vulnerabilidade	n	%
Nível Social	**210**	**43,84**
Autor não aceita o fim do relacionamento	166	34,65
Conflito por Ciúmes/Possessão	27	5,64
O autor não aceita o novo relacionamento da vítima	7	1,46
Descumprimento de medida protetiva	7	1,46
A vítima não aceita a separação e se agridem	1	0,21
Denegrindo a vítima nas redes sociais social/comunitário	1	0,21
A vítima descobriu traição do autor e foi agredida	1	0,21
Nível Familiar	**71**	**14,82**
Conflito devido à guarda/pensão/educação dos filhos	44	9,18
Conflito por problemas financeiros/processo de separação	10	2,09
Autor estava alcoolizado e agressivo	5	1,04
O autor não aceita sair da residência	4	0,84
Conflito no trabalho (negócios em família)	3	0,63
Conflito no processo de reconhecimento de paternidade	2	0,41
Conflito com a família do companheiro	1	0,21
O autor não aceita a gravidez da vítima	1	0,21
Violência sexual com os filhos da vítima	1	0,21
Nível Individual	**4**	**0,84**
A mulher negou-se a retirar a queixa na DDM	1	0,21
A vítima se recusou a manter relação sexual	1	0,21
Boatos de traição da vítima	1	0,21
Realizou o BO para solicitar a MP	1	0,21
Sem informação	**194**	**40,50**
Total	**479**	**100**

Discussão

Inicia-se a análise do que é denunciado na DDM pelos tipos de violência que são perpetradas a mulher pelo parceiro íntimo. Entre os tipos de violência 50,10% dos casos foram exclusivamente de violência psicológica, tais como: casos de ameaça, violência verbal, perseguição entre outros. Os casos de ameaça geralmente se referem a ameaçar a vítima e ou seus familiares de morte e de agressão física. A violência verbal refere-se a palavras de baixo calão que ofendem a mulher, a denigrem e humilham. A situação de perseguição é citada em diferentes formas: ligações telefônicas e mensagens o tempo todo, vigilância em casa de

familiares, no trabalho, em locais de lazer da vítima como bares, festas entre outros. Solicitação de senhas pessoais das redes sociais da vítima que terminam com ameaças e insultos nas redes sociais. A fiscalização de bolsas, pertences, conta bancária, celulares também é citada. Abaixo são apresentados fragmentos de históricos do BO com o relato das mulheres:

> "Persegue-me até dentro da igreja, toca o interfone de casa sem parar a qualquer horário". (perseguição)
> "Me ameaçou de morte e jogou álcool no meu corpo dizendo que iria acender o isqueiro". (ameaça)
> "Vasculha minhas roupas intimas, minha bolsa e celular, vai ao meu trabalho e faz escândalos". (controle/possessão)

Pode-se observar na maioria dos casos a associação da violência psicológica a outros tipos de violência. Segundo Saffiotti (1999) qualquer que seja a forma assumida, a violência emocional sempre se encontra presente. A violência psicológica apesar de não deixar marcas físicas traz um profundo sofrimento para as mulheres e intensifica o medo em relação a sua integridade e da sua família.

A violência física aparece como única forma de violência em 17,33% dos casos, porém segue associada a quase todos os outros tipos de violência. Estudos sobre a violência de gênero apontam a prevalência da violência psicológica indicando a ocorrência de ameaças, intimidação e humilhação, seguidas da prevalência de violência física (KRONBAUER & MENEGHEL, 2005; SCHRAIBER et al, 2007; SOUZA; NOGUEIRA & GRADIM, 2013). Em estudo de Acosta & Barlem (2013), houve predomínio da violência física seguida da psicológica. A agressão física seguida da ameaça/violência psicológica também foi percebida em estudo de Souza; Nogueira & Gradim (2013), realizado em Minas Gerais com análise de 392 BOs realizados na Delegacia de Defesa da Mulher local.

A violência sexual aparece em apenas 02 casos sendo a agressão com menor frequência. De acordo com Bedone & Faúndes (2007) a violência sexual ainda é um crime subnotificado, estima-se que menos de 20% destes crimes chegam ao conhecimento das autoridades.

Dados do Dossiê Mulher 2015, elaborado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, demonstram que 31,3% dos casos de estupro de mulheres registrados no Estado em 2014 configuraram situações de violência doméstica/familiar.

A violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo pode não ser revelada nos boletins de ocorrência, porém ela é relatada durante os atendimentos que são realizados no

CREAS, sendo que as mesmas mulheres que realizaram o B.O por outros tipos de violência durante o acolhimento revelam terem sido obrigadas em vários momentos a manter relação sexual com o companheiro. Essas mulheres informam vários motivos para a não comunicação desse crime como o medo de se expor, sentimento de vergonha, entre outros.

Diante da violência sexual outras questões para a não denúncia e reconhecimento dessa violência podem ser discutidas. Saffioti (1999) questiona sobre a privacidade da mulher e seu direito perante a sua sexualidade, uma vez que a sociedade inteira considera dever da mulher cumprir o que no Código Civil é chamado de débito conjugal, ou seja, ceder a uma relação sexual contra sua vontade, a fim de satisfazer o desejo do companheiro.

O casamento em uma sociedade patriarcal coloca a mulher como propriedade de seu marido, esse fato combinado à defesa da existência da figura do débito conjugal, abre uma grande porta para o acontecimento da violência contra a mulher.

Destaca-se que a violência sexual traz para as mulheres consequência graves como gravidez indesejada, aumenta o risco de doenças sexualmente transmissíveis, danos para a sua saúde mental. O ato de não denunciar a violência sofrida priva a mulher do atendimento da rede de serviços e a coloca em uma situação de risco e invisibilidade (AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO, 2016).

Apesar da ampla divulgação da Lei Maria da Penha as mulheres ainda desconhecem todos os tipos de violência que podem ser denunciados. A violência psicológica torna-se evidente quando existe a ameaça de morte e de risco a integridade física da mulher e seus familiares, porém deve-se considerar que a violência psicológica envolve todo o ciclo de violência estando presente e associada a todos os tipos de violência. A violência física demonstra que as agressões que resultam em lesão corporal são as mais facilmente detectadas.

A análise dos tipos de violências encontrados no BO demanda uma compreensão de como acontece o ciclo da violência contra a mulher. Segundo Brasil (2005), o ciclo é composto por três fases:

1º Fase- A construção da tensão no relacionamento: nesta fase podem ocorrer agressões verbais, ameaças, crises de ciúme caracterizando a violência psicológica, e o isolamento da vítima fazendo com que a mulher pare de trabalhar e não tenha contato com amigos e familiares. Neste momento a vítima acredita que pode fazer algo para impedir os episódios de raiva e tensão e muitas vezes sente-se responsável pelos incidentes, e acaba procurando justificativas para o comportamento agressivo do companheiro.

2º Fase - Explosão da violência: na segunda fase a tensão aumenta e acontecem as agressões mais graves, o descontrole e a destruição tomam conta da relação, todos os tipos

de violência podem estar presentes nesta fase. A cada novo ciclo as agressões podem ser tornar mais violentas.

3º Fase – A lua de mel: Após os episódios de agressões físicas o autor demonstra arrependimento e remorso diante do seu comportamento, realiza promessas de mudança, implora por perdão, e relata o medo de perder a companheira. É nesta fase que as mulheres decidem dar uma nova chance a relação acreditando na mudança do autor e que as agressões não irão mais acontecer.

Mediante a distribuição das formas de violência recebidas pelas mulheres em que a metade são psicológicas (Tabela 5), pode-se supor que mesmo essas mulheres estando na fase 1 do ciclo a violência sofrida já foi suficiente para que a mulher procurasse a DDM para registrar a denúncia. Quase a outra metade procurou a DDM já na fase 2 do ciclo, com a intensificação da tensão mediante episódios de violência física, sendo que as ameaças e agressões anteriormente recebidas passam a ser concretizadas. A terceira fase do ciclo considerada como "lua de mel" demonstra o quão difícil e complexo é o fenômeno, pois apesar de vivenciar situações de violência consideradas graves a mulher acredita ou deseja acreditar na mudança do companheiro.

A realização de oficinas e palestras com a população pela rede de enfretamento a violência torna-se fundamental com o objetivo de orientar e divulgar o ciclo e os tipos de violência, pois o conhecimento pode auxiliar as mulheres na identificação da violência e no momento da denúncia, bem como na solicitação das medidas protetivas e na luta pela garantia de seus direitos.

Além dos tipos de violência pode-se identificar através da análise dos BOs quais foram os dias e locais em que os episódios de violência ocorreram, observando-se uma leve predominância dos BOs realizados durante a semana (53,20%). Já nos finais de semana foi de 46,80%, sendo que entre esses 41,52% foram realizados no domingo. Tais dados vão ao encontro com outros estudos como Dossi et al (2008) e Souza; Nogueira & Gradim (2013), onde o domingo foi o dia com mais ocorrências de casos de violência contra a mulher. O final de semana pode ser considerado como o período em que os membros da família se encontram em casa para descanso e lazer, porém tem se destacado nos casos de violência com diversas ocorrências. Diante dessa realidade ressalta-se a importância da luta da rede de enfrentamento para que as DDMs tenham seu funcionamento ampliado para os finais de semana e ou 24 horas, com equipe multiprofissional treinada para o atendimento dessas mulheres.

Em relação ao local da ocorrência 81,84 % dos episódios de violência aconteceu na residência, ou seja, o ambiente doméstico que deveria ser local de proteção e segurança

para os membros da família, acaba sendo o palco da violência e colocando em risco todos os envolvidos. O ambiente doméstico como local da ocorrência também foi observado em estudos prévios (GALVÃO & ANDRADE, 2004; LEONCIO et al, 2008). Ressalta-se que o ambiente doméstico como principal local de ocorrência dificulta a visibilidade e detecção da violência, uma vez que o conhecimento das agressões que acontecem na residência pode permanecer somente entre os envolvidos.

Já no ambiente público foram observados episódios de violência em via pública, praças, bares, e nas redes sociais. Os episódios de violência no trabalho ocorreram em 3,55% dos casos, com relatos em que o agressor compareceu ao local de trabalho da vítima realizando ameaças a ela, aos funcionários do local, invasão do local de trabalho seguida de agressão física e prisão em flagrante do agressor. São casos em que o agressor denigre a imagem da vítima para a equipe de trabalho com objetivo que ela perca o emprego, bem como situações onde o casal trabalha no mesmo local e as discussões e ameaças são constantes. A exposição da mulher em seu ambiente de trabalho e a perda do emprego são consequências da sua situação de violência como citado por Garbin et al, (2006) e Jong, Salada & Tanaka (2008) à dependência financeira contribui para que a mulher não consiga romper com o ciclo de violência.

Durante a denúncia são várias as informações relatadas pelas mulheres, esses dados auxiliam nos procedimentos que são necessários para o andamento do processo e para a solicitação de exames de corpo de delito, medidas protetivas, prisão em flagrante do agressor, entre outros. Diante disso considera-se importante levantar e analisar esses dados para a compreensão de todo o processo que envolve a denúncia.

A primeira observação analisada se refere à situação da mulher por ocasião da procura da DDD, sendo que a maioria dos casos (59,50%), a mulher compareceu sozinha para realizar o BO. O momento da denúncia possibilita a mulher romper com o ciclo de violência, esse dado é muito significativo, pois pode demonstrar a dificuldade da mulher em revelar para os familiares e amigos a situação de violência, a falta de apoio destes para o acompanhamento a DDM, bem como o receio/medo da família e amigos de se envolverem em situações de violência entre o casal.

Observou-se que nos casos em que houve a intervenção da guarda municipal e da polícia militar os boletins de ocorrência eram registrados com riqueza de detalhes e sempre contava com testemunha dos fatos que no caso eram os próprios guardas/policiais. A guarda municipal e a polícia militar podem ser acionadas tanto pela vítima quanto por familiares, vizinhos e pessoas que estão presenciando a violência a qualquer momento. A atuação da

segurança pública nos casos de violência contra a mulher é fundamental tanto para a proteção quanto para a garantia de direitos como a prisão em casos de flagrante de violência e descumprimento de medidas protetivas.

A agilidade da segurança pública é questionada em relação aos casos de flagrante. Em Botucatu há todo um movimento do Conselho Municipal de Políticas para as Mulheres de criação da Patrulha Maria da Penha. Em alguns estados como São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul existe o serviço de patrulhamento em bairros com mulheres que possuem medida protetiva, bem como a atuação em casos emergenciais de violência. Estudo de Spaniol & Grossi (2014) realizado em Porto Alegre/RS sobre a implementação da Patrulha Maria da Penha destaca aspectos positivos em relação ao serviço como o interesse de organizações da Policia Militar, Brigada Militar e gestores municipais em ter as patrulhas fiscalizando as medidas protetivas e atuando na prevenção da violência de gênero, e aponta bons resultados em relação a prisões de agressores que descumprem as medidas protetivas.

Nos casos de flagrante destaca-se que a ameaça seguida de agressão física foram os tipos de violência mais encontrados, em cinco casos os autores da agressão estavam sob efeito de álcool e outras drogas, em dois casos teve o envolvimento de familiares nos episódios (irmão e filha). Nos casos de flagrante de violência contra a mulher é arbitrado fiança ao agressor. Em 03 casos da presente pesquisa os autores não possuíam condições de pagar a fiança que variou de R$ 1.000,00 a R$ 2.100,00 reais e foram presos.

Em relação ao estado físico da vítima 21,50% apresentavam lesões aparentes, 1,04% apresentavam cortes, e em 1,67% dos casos houve a necessidade de hospitalização, em relação à hospitalização das vítimas observa-se que em 07 casos a condução da mesma ao hospital e realização do BO foi feita pela Guarda e ou Polícia Militar. Na descrição dos casos além de lesões graves que levaram ao atendimento da saúde destaca-se um caso de gestante que sofreu agressões inclusive na barriga, um caso onde os policiais tiveram que arrombar a porta da residência, pois a vítima estava desmaiada, um caso onde os filhos da vítima a encontraram desacordada e a levaram para o hospital e posteriormente a DDM. A descrição de ferimento por arma de fogo foi registrado em 0,42% dos casos e em 12,32% das ocorrências as vítimas não apresentavam marcas de lesão.

A medida protetiva foi solicitada em 17,54% (84/479) dos casos. A solicitação de medida protetiva segundo a Lei Maria da Penha pode ser realizada na DDM no momento do registro do BO, o pedido é enviado ao poder judiciário para que seja concedida pelo juiz em até 48 horas.

A conquista das medidas protetivas através da Lei Maria da Penha proporcionou a mulher e seus filhos a garantia de serem amparados legalmente em situação de violência. Apesar de garantida em lei a solicitação da medida protetiva de urgência ainda é pouco utilizada pelas mulheres. Segundo Meneghel et al. (2013), existe ainda falta de informação sobre os direitos contidos na LMP, como também uma descrença por parte das mulheres, uma vez que o agressor não respeita as medidas e elas não se sentem devidamente protegidas pela segurança pública. Ressalta-se ainda a demora do poder judiciário na aplicação das medidas e das mesmas que não são deferidas.

Em relação ao estado conjugal da mulher no momento da realização do BO a maioria estava separada do agressor, seja ele marido, namorado ou companheiro. No caso das mulheres que estavam separadas dos autores no momento da denúncia, observa-se que 6,44% estavam a 30 dias, 23,48% de 30 a 150 dias que corresponde aos cinco primeiros meses de separação. Por esses dados pode-se supor que o ato de solicitar a separação não implica necessariamente no fim da violência, mas sim esse é o período de maior risco. Segundo estudo de Almeida (1998) o processo de separação pode tornar-se potencialmente letal para as mulheres, sendo que muitas mulheres são mortas durante esse processo, em que existe uma intensificação da tensão e das agressões, pois o companheiro não aceita o fim do relacionamento. O processo de separação muitas vezes envolve a divisão de bens e para os casais que possuem filhos envolve ainda a discussão sobre a guarda dos mesmos, a regulamentação de visitas e pensão alimentícia. Neste momento é fundamental para a mulher o apoio da família e dos serviços da rede de enfrentamento a violência.

Ainda sobre a relação conjugal observa-se que 5,01% denunciou a violência durante o namoro, ou seja, em alguns casos a mulher consegue identificar já no início da relação comportamentos violentos por parte do namorado.

Em estudo realizado com 302 adolescentes namorados de escolas públicas de Recife-PE a prevalência de violência física foi de 19,9%, de 82,8% para violência psicológica e de 18,9% para a ocorrência de violência física e psicológica, não havendo diferença significativa na prevalência entre os sexos (BARREIRA; LIMA; AVANCI, 2013). Já Beserra et al (2016), em estudo transversal com estudantes de escolas secundárias de quatro distritos da Região Central de Portugal verificou que 5,9% do total dos adolescentes referiram envolvimento em situação de violência no namoro. Ambos os sexos relataram uso de violência física e os meninos apareciam como maior perpetrador da violência psicológica.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de discussões sobre a cultura da violência já na fase do namoro, possibilitando a garantia de direitos para o fortalecimento das mulheres

e para a prevenção da violência, uma vez que ela está presente em diversos contextos de socialização do adolescente (OLIVEIRA et al, 2014).

Durante o ato da denúncia também é possível observar se houve o envolvimento de familiares nos episódios de violência, esta informação consta na parte do relato do B.O, portanto ela pode ser revelada ou não pelas vítimas no momento deste registro, destaca-se o envolvimento dos filhos nos episódios de violência em 21,09% dos casos. Estudos apontam que os filhos sejam eles crianças ou adolescentes, que vivem em lares violentos, costumam presenciar os episódios de violência, sendo que a exposição destes pode acontecer de forma direta ao assistir a violência e de forma indireta, por meio dos agravos que a violência traz a saúde física e mental de sua mãe (KITZMANN, 2011; DURAND et al, 2011).

Estudo de Durand et al (2011), sobre a repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos, mostrou forte associação da violência aos problemas de comportamento dos filhos, sendo que a associação foi crescente conforme a gravidade da violência. Entre as repercussões na saúde das crianças, apresenta a associação com sintomas de trauma, ansiedade, comportamentos agressivos, baixo desempenho escolar entre outros.

Após a análise dos dados referentes aos procedimentos realizados na DDM outro dado importante presente no histórico dos BOs chama a atenção, os relatos das motivações para os episódios de violência. Segundo informações dos funcionários da DDM não existe uma normativa para a coleta desses dados, as mulheres durante a formalização da denúncia relatam o que consideram importante diante da violência sofrida e os operadores informam no histórico as questões que consideram mais relevantes para o registro da ocorrência, pode-se então compreender o alto número de BOs sem esta informação.

Observa-se que os episódios de violência segundo os dados coletados seguem diferentes motivações e foram classificados de acordo com a discussão do conceito de vulnerabilidade proposta por Heise (1998); Ayres (2003); Bruyn (2003) e Bonfim; Costa & Lopes (2013), que estabelece quatro níveis de vulnerabilidade para a violência contra a mulher: nível individual, nível familiar, nível comunitário e institucional e nível social.

A vulnerabilidade no nível social considera que as “normas” culturais relacionadas ao domínio do homem sobre a mulher contribuem para a violência contra a mulher. A motivação que destaca-se nessa categoria é que 34,65% dos casos a violência foi em consequência do autor não aceitar o fim do relacionamento. Conforme apontado anteriormente, o momento da separação pode potencializar a violência, sendo que em vários relatos foi verificado que o autor, até o momento da denúncia exercia seu poder perante a

vítima sendo que depois passa para a condição de réu. Muitas vezes, inconformado com a situação, tenta de todas as formas retomar o relacionamento, intensificando a procura pela vítima e fazendo promessas de mudança no comportamento. Para Saffioti (1987), quando o homem desfruta de uma posição de poder em relação à mulher, cabe-lhe segundo a ideologia dominante, a função de perseguir o objeto de seu desejo, não importando que a mulher objeto de seu desejo não seja sujeito desejante. Em muitos casos os autores não tem nada a perder e as ameaças de morte e agressão se tornam reais, inclusive com um caso de assassinato da vítima entre os BOs investigados.

Ainda dentro da categoria de vulnerabilidade social, em 5,64% dos casos o ciúme foi apontado como a motivação da violência, esse dado está em consonância com estudo de Guerra (2004), onde ao trabalhar o tema da violência intrafamiliar e conjugal, apontou o ciúme como a principal causa aparente da violência. Na cultura patriarcal de acordo com Centeville (2008), "o ciúme patológico masculino se expressa através da preocupação do homem com sua honra, da necessidade de vigilância e controle da mulher". No presente estudo foi identificado nos relatos de ciúmes, 10 casos da violência psicológica; em 07 casos a ocorrência de violência psicológica associada à violência física; em 05 casos a associação de violência psicológica/física e danos patrimoniais; em 04 casos a presença da violência física e em 02 o relato de violência psicológica e danos patrimoniais.

Outro dado que merece destaque dentro da vulnerabilidade social refere-se à violência de gênero na internet. Apesar de registrado em apenas um caso, atualmente os números da violência no ambiente virtual têm aumentado e preocupado diante da velocidade e alcance que este tipo de violência pode atingir. Segundo dados do Instituto Patrícia Galvão (2015), os espaços virtuais reproduzem discriminações construídas socialmente e podem reforçar as violências contra as mulheres.

Destaca-se a fala de Beatriz Accioly, pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Marcadores Sociais da Diferença do Departamento de Antropologia da USP para o Dossiê Violência contra as Mulheres (2015):

> "A internet se tornou outro mecanismo por meio do qual se perpetuam as violências contra as mulheres. Atualmente, temos nomeada a pornografia de vingança, ou o revenge porn, quando um ex-namorado ou alguém que teve acesso a uma foto íntima erótica de uma pessoa a divulga sem consentimento. Há o hackeamento de informações pessoais, por exemplo, no caso do aplicativo de táxi, e há ainda o assédio pela internet, com a difamação *online*. A cada dia aparece um novo tipo de violência, há uma explosão de categorias."

A violência no mundo virtual é uma questão nova nos tribunais brasileiros, as leis sancionadas para esse tipo de crime foram a "Lei Carolina Dieckmann" (Lei nº 12.737/2012), que incluiu no Código Penal uma série de infrações praticadas no meio digital e prevê a reclusão de 8 meses a 3 anos e 4 meses para quem divulgar conteúdo roubado de dispositivo informático. Contudo, ela não prevê especificamente a conduta "pornô de vingança" quando não houver o roubo das imagens, mas sim a veiculação sem consentimento. Em 2014 o novo texto do Marco Civil da Internet trouxe destaque para a vingança pornô através da Lei nº 12.965/2014, que preconiza que os provedores de Internet que não retirarem do ar o material após notificação extrajudicial poderão responder pelos danos causados à vítima – o que pode tornar a retirada bem mais célere.

A segunda categoria de vulnerabilidade refere-se ao nível familiar onde são diversos os fatores a serem considerados para tal vulnerabilidade como o medo, a gravidez indesejada, o controle masculino, as dificuldades financeiras, entre outros. O envolvimento dos filhos na situação de violência destaca-se entre as vulnerabilidades familiares com participação em 9,18% dos casos. Durante o processo de separação, os casais que possuem filhos, necessitam resolver uma série de questões como a guarda, pensão alimentícia e regulamentação de visitas, sendo importante que essas situações sejam acompanhadas por serviços e profissionais da rede de atendimento para a garantia dos direitos e segurança da família, pois o momento da visita pode tornar-se oportuno para discussões entre as partes envolvidas gerando novos episódios de violência como observado através dos dados.

No nível individual, destaca-se a vítima ter se recusado a manter relação sexual com o autor, boatos de traição da vítima (0,21%) e a negativa em retirar o B.O, novamente os dados apontam que a frustração do homem em relação a não conseguir exercer o seu controle e poder perante a vítima resultam em atos de violência seja ela física ou psicológica.

Diante das vulnerabilidades para a violência contra a mulher observa-se a complexidade deste fenômeno que envolve toda a família, portanto é fundamental incluir a família em todo o processo de reflexão da violência. Diante da situação de violência a família necessita do apoio comunitário e institucional, pois ao realizar a denúncia em muitos casos à mulher busca romper o ciclo de violência mais não necessariamente o fim do relacionamento, ela deseja apoio e orientações para uma vida familiar sem violência. Em relação aos homens que perpetram a violência a ausência de serviços para o seu acolhimento e atendimento, bem como a não procura destes por ajuda pode contribuir para que a violência seja difundida em novas relações conjugais (MADUREIRA et al, 2014).

6.3 Rede e intersetorialidade: mapeamento da violência denunciada

A Lei Maria da Penha preconiza o caráter intersetorial das ações e assistência à mulher em situação de violência, devendo ser prestada de forma articulada, conforme os princípios e as diretrizes previstos no Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Segurança Pública.

A presente pesquisa não objetivou estudar a intersetorialidade em relação à violência contra à mulher, mas realizou o mapeamento dos casos de denúncia com base no endereço das mulheres que registraram o B.O, possibilitando a distribuição dos casos por regiões do município sendo elas região Norte, Sul, Leste, Central e Oeste, bem como o mapeamento dos equipamentos que compõem a rede de atendimento em seus respectivos territórios.

No mapeamento dos equipamentos considerou-se as áreas de saúde, assistência social, educação e terceiro setor. As áreas de saúde, assistência social e educação são áreas de responsabilidade da Prefeitura Municipal, o terceiro setor é composto por Organizações Não Governamentais (ONG) que prestam serviços para a população e são conveniadas e recebem recursos das áreas acima citadas.

A disposição dos equipamentos da área de saúde entre UBS e USF segue a demanda organizada segundo o Sistema Único de Saúde efetivado na década de 1990. A distribuição e criação dos equipamentos da Assistência Social como CRAS e CREAS são uma conquista recente e resultado da criação do SUAS - Sistema Único de Assistência Social (BRASIL,2005).

Em relação à área da saúde o processo de construção do Sistema Único de Saúde teve origem mediante lutas da população, movimentos sociais e profissionais de saúde, sua estruturação aconteceu a partir das Leis 8.080/90 e 8.142/90, que regulamentam sobre a organização, funcionamento dos serviços, princípios e diretrizes da política de saúde bem como sobre a participação da população no SUS.

Ao se analisar a interface entre as políticas de assistência social e saúde destaca-se que ambas se concretizam como dever do Estado; o seu sistema de organização é descentralizado e participativo, buscam o atendimento integral do usuário, e entre os seus princípios e diretrizes trazem a preocupação com a questão da intersetorialidade e a valorização do território como espaço privilegiado de trabalho.

A intersetorialidade é umas das diretrizes do SUS, prevendo ações articuladas entre os diferentes setores, buscando assim produzir melhores resultados na saúde

(MONNERAT & SOUZA, 2011). Na área de Assistência Social o SUAS prevê a articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o SUS, através de rede de serviços complementares para o desenvolvimento de ações relacionadas às questões de vulnerabilidade, violências, drogadição, saúde mental, entre outros (BRASIL, 2004).

O caráter intersetorial das ações na assistência à mulher em situação de violência é fundamental, uma vez que possibilita parcerias efetivas entre diferentes segmentos, como assistência social, educação, saúde, entre outros, sendo que a efetividade dessa parceria necessita da atuação e do comprometimento dos profissionais destes segmentos de maneira interdisciplinar (SANTOS et al, 2011).

Segundo Junqueira (2004), as parcerias firmadas configuram uma rede, ou seja, uma integração, por meio de políticas sociais, entre organizações e indivíduos que se relacionam e firmam compromissos com a finalidade de contribuir com o bem-estar da sociedade.

Além do trabalho em rede e a importância da intersetorialidade as políticas de saúde e assistência social trazem a valorização do território como um espaço privilegiado de trabalho. Para a Política de Assistência Social realizar suas atividades com base no território significa superar a fragmentação das ações, rompendo com velhos paradigmas das práticas pautadas na segmentação durante suas intervenções (BRASIL, 2005). De acordo com Nascimento & Mellazzo (2013) fortalecer o território é essencial para a efetivação do acesso da população aos serviços oferecidos pelos CRAS bem como de toda rede socioassistencial.

Na área da saúde segundo Gondim et al (2008) e Mendes (1993) nos últimos anos foram realizadas várias discussões em torno do tema território e sua apropriação pelo sistema de saúde. A partir da década de 1990 com o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e posteriormente em 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF) surge à política de territorialização na atenção primária.

A territorialização tem o objetivo de organizar e planejar a atuação das UBS e USF, em áreas geográficas onde as famílias estivessem mais expostas a riscos de adoecer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem mais precárias. Para além desses objetivos um novo olhar surge dentro da política de saúde ao trabalhar a população em seu território de pertencimento, faz-se necessária a compreensão da dinâmica desta população considerando as relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde e da doença como resultante dessas interações (GONDIM et al, 2008).

Para Nascimento & Mellazzo (2013 p. 85):

> "A configuração de uma política pública, territorialmente, articulada não se restringe à imposição ou transposição de uma lógica política administrativa para os territórios, mas deve ser baseada no reconhecimento das capacidades coletivas dos territórios enquanto espaços de vida e vivência com características políticas, econômicas e culturais."

Os dados referentes à distribuição das denúncias segundo o território das Unidades de Saúde encontram-se na Tabela 11. A região que se destaca em relação ao número absoluto de denúncias registradas na DDM é a Norte com 122 casos, seguida da região Sul com 121 casos e da região Central com 82 casos, contudo quando se calcula a razão de denúncia por população feminina, observa-se a maior razão na região Oeste com 12,91% de denúncias para cada 100 mulheres e na região sul 12,52%. Já nas áreas de abrangência das Unidades de saúde, representada na tabela 11 e no gráfico 2, observa-se a predominância dos casos na USF do Parque Marajoara com 19,61%, seguida da Unidade de Saúde CSI 18,81% e as Unidades de Saúde da Família do Jardim Aeroporto e Santa Maria com 18,17%.

É importante salientar que a projeção populacional por área de abrangência para 2014 foi realizada a partir da contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007 e do Censo Populacional do IBGE de 2010, realizado pelo projeto 'Botucatu em dados". Considerando essa projeção as unidades Real Park, Santa Maria e Cohab IV permaneceram agregadas as Unidades de Saúde as quais pertenciam ainda em 2007.

Tabela 11 – Distribuição das denúncias de violência por Unidade de saúde, população feminina e cálculo de razão, Botucatu 2013-2014

	Região\Unidades	Número de Denúncias por UBS e USF	População Feminina (18 a 65 anos) UBS e USF	Razão de denúncia/população ‰
Norte	UBS Vila dos Lavradores	35	6898	5,07
	UBS Ferroviária/Real Park	56	3789	14,78
	USF Jardim Yolanda	21	2894	7,26
	USF Vitoriana	10	1164	8,59
	Total	**122**	**14745**	8,27
Sul	USF Jd Aeroporto/Santa Maria	48	2641	18,17
	UBS Cohab I	41	4399	9,32
	UBS Cidade Jardim	31	2393	12,95
	USF Cesar Neto	1	233	4,29
	Total	**121**	**9666**	12,52
Central	UBS CSI	46	2445	18,81
	UBS São Lúcio	19	2750	6,91
	UBS Cecap	17	4162	4,08
	Total	**82**	**9357**	8,76
Oeste	USF Parque Marajoara	22	1122	19,61
	USF Rubião Junior	22	2437	9,03
	USF Santa Elisa	11	701	15,69
	Total	**55**	**4260**	12,91
Leste	USF Jardim Peabiru/ Cohab IV	40	6269	6,38
	UBS Jardim Cristina	14	4048	4,46
	Total	**54**	**10317**	5,23
Botucatu		**434**	**48345**	8,97

* Em 06 casos não constavam informações do endereço nos boletins de ocorrência, inviabilização a localização por região.

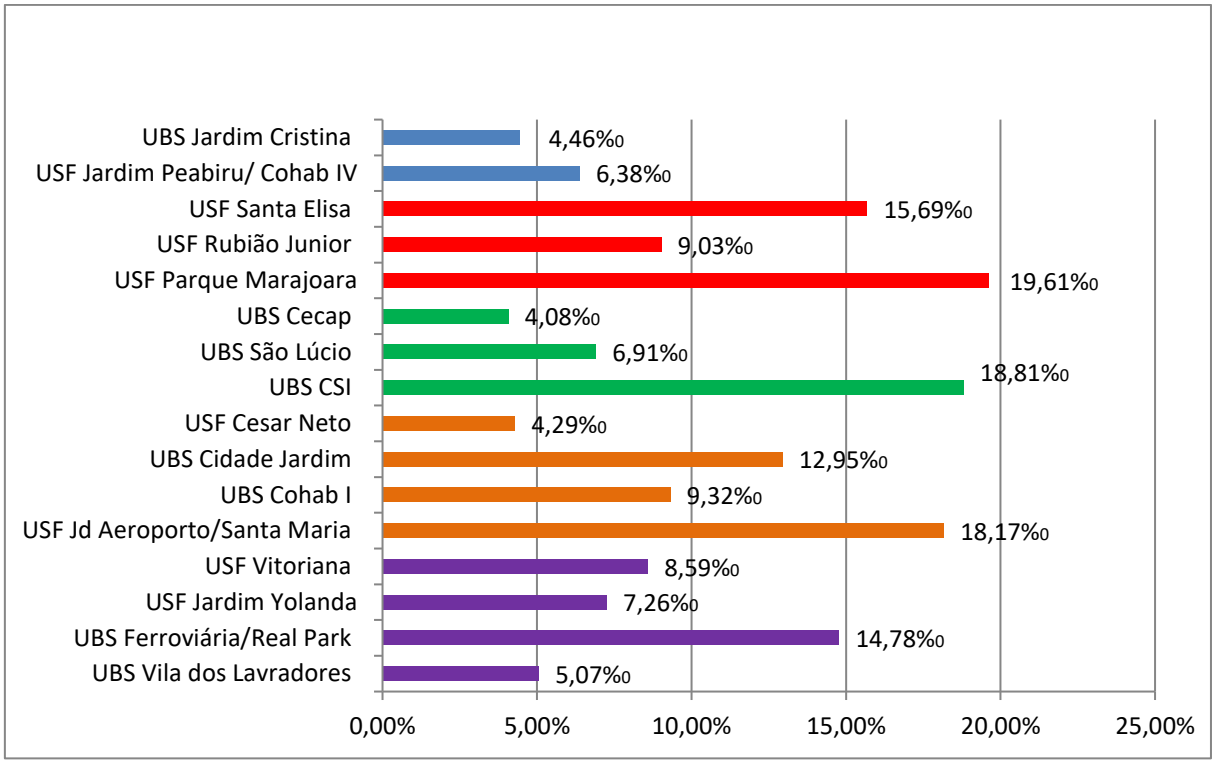

Gráfico 2 – Distribuição das denúncias segundo o cálculo de razão de denúncia por população feminina de 18 a 65 anos, Botucatu 2013-2014

A região Norte do município abrange 51 bairros na zona urbana, e na zona rural abrange o Distrito de Vitoriana, Rio Bonito, Porto Said, Mina e Alvorada da Barra, na região norte localiza-se também o Distrito Industrial 1 e 3. Na zona urbana a região norte conta com o atendimento de 02 USF o Centro de Saúde Escola para atenção primária, que se divide em duas unidades (Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária) e 01 CRAS. Na zona rural existe uma USF em Vitoriana como referência para todos os bairros e uma equipe do CRAS da zona urbana que presta serviços também no distrito de Vitoriana. Na região Norte segundo o último censo de 2010, 8.071 famílias são chefiadas por homens e 4.674 por mulheres.

A região Sul, abrange 35 bairros, possui 03 USF e 02 UBS para o atendimento da população e 01 CRAS. Na região sul segundo o último censo de 2010, 5.914 famílias são chefiadas por homens e 3.428 por mulheres.

A região Central é a única região do município que não possui a Estratégia Saúde da Família, em seu território existem 03 UBS de referência e 01 CRAS. Na região central estão localizados vários serviços do terceiro setor e saúde, porém esses equipamentos (CAPS AD, APAE, CRAMI, CREAS, entre outros) atendem a população de todo o município e não somente do território onde estão localizados. Os dados do Censo demonstram que nesta região 5.918 famílias são chefiadas por homens e 4.303 por mulheres.

A região Oeste abrange 38 bairros na zona urbana, e na zona rural abrange os bairros Monte Alegre, Capão Bonito, Faxinal e bairros vizinhos. Em relação às Unidades de Saúde a região possui 03 USF sendo que a USF de Rubião Júnior possui duas equipes, uma de referência para a zona urbana e outra para a zona rural, por se tratar de uma área com grande extensão territorial existe um CRAS no bairro de Rubião Junior e uma Unidade de Atendimento da Assistência Social inaugurada em 2016 no bairro Parque Imperial para atendimento da população dos bairros adjacentes. Os dados do Censo demonstram que nesta região 2.492 famílias são chefiadas por homens e 1.030 por mulheres.

A região Leste abrange 38 bairros, possui 03 USF e 01 CRAS. Os dados do Censo apontam que nesta região 3.265 famílias são chefiadas por homens e 2.026 por mulheres.

A análise da Tabela 12 demonstra que a região mais populosa é a região Norte, seguida da região Sul e Central. Em relação às chefias por domicilio observa-se ainda a prevalência da chefia masculina em todas as regiões, embora o número de famílias chefiadas por mulheres esteja em ascensão. De acordo com Silveira & Silva (2013), a família brasileira hoje apresenta mudanças significativas em sua composição e nos papéis sociais que normatizam as relações entre homens e mulheres, apontando que a chefia familiar não é mais uma exclusividade do homem.

A figura feminina como chefe de família nos leva a alguns questionamentos, pois a mulher além de colaborar na renda familiar em muitos casos acumula a responsabilidade pela esfera doméstica e cuidado dos filhos sem uma rede de proteção. Segundo Carloto (2005) e Silveira e Silva (2013) em relação ao mercado de trabalho pode-se destacar que as mulheres são as que mais sofrem com o desemprego, a precarização do trabalho e com salários inferiores aos dos homens, esta condição potencializa a vulnerabilidade deixando a mesma dependente de benefícios ofertados pelas políticas de assistência, que por sua vez, além de quantitativamente baixos, são seletivos, focalizados e temporários.

Sobre a renda do responsável pelo domicílio destaca-se que a maioria dos domicílios possui responsáveis com renda de 01 a 03 salários mínimos, outro dado que nos chama a atenção é o número de responsáveis sem renda na região Sul. Esse fato pode ter relação com a constituição do bairro considerando que o Bairro Santa Maria I localizado nesta região foi construído através do Programa Minha Casa Minha Vida, sendo que 50 famílias foram selecionadas atendendo o critério de estarem morando em áreas de risco, áreas verdes e ocupações ilegais.

Tabela 12 – Características demográficas e econômicas dos territórios, Botucatu 2013-2014.

Região	População Total (2014)*			Chefia de Domicilio (2010)**			Renda do Responsável (2010)**						
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	0 a 01	1 a 3	3 a 5	5 a 10	10 e mais	Sem renda	Total
Norte	17.669	19.037	36.706	8.071	4.674	12.745	1.588	5.423	2.356	1.644	623	1.111	12.745
Sul	16.099	16.897	32.996	5914	3428	9342	1.574	4.798	1.380	649	197	744	9.342
Central	13.696	15.496	29.192	5.918	4.303	10.221	1.168	3.590	1.815	1.659	1.068	921	10.221
Oeste	7.201	6.788	13.989	2.492	1.030	3.522	873	1.752	251	112	59	475	3.522
Leste	6.971	7.250	14.221	3.265	2.026	5.291	1.088	2.792	600	205	27	579	5.291
Botucatu	**61.636**	**65.468**	**127.104**	**25.660**	**15.461**	**41.121**	**6.291**	**18.355**	**6.402**	**4.269**	**1.974**	**3.830**	**41.121**

*A projeção populacional por área de abrangência para 2014 foi realizada a partir da contagem populacional do IBGE de 2007 e do Censo Populacional do IBGE de 2010, realizado pelo projeto 'Botucatu em dados".
**A população de chefia de domicilio e renda do responsável foi calculada com base nos dados do Censo Populacional do IBGE de 2010, realizado pelo projeto "Botucatu em dados".

Quadro 1 – Distribuição dos equipamentos sociais de acordo com a região de abrangência, Botucatu 2013-2014

Região	Unidades de Saúde	Assistência Social	Educação	Terceiro Setor
Norte	02 UBS e 03 USF, CAPS III, Pronto Socorro Infantil	01 CRAS 01 Unidade de Atendimento	Educação Infantil: 07, Ensino Fundamental: 05, Escolas Particulares: 01	Alcoólicos Anônimos (AA), Associação Fraternal Pelicano (AFRAPE), Cáritas Arquidiocesana de Botucatu- Projeto Sal da Terra Mirim, Centro de Lazer Nova Aurora, Instituto Flora Vida – Projeto Crescer Seguro e Adolescer, Núcleo Assistencial Paulo Estevão, Associação dos Deficientes Físicos de Botucatu (ADEFIB)
Sul	02 UBS 03USF	01 CRAS 01 Unidade de Atendimento	Educação Infantil: CEI (n=9), Ensino Fundamental (n=6)	Associação Assistencial e Pedagógica Aitiara, Associação Comunitária João de Barro, Projeto Fênix e Projeto Bem te Vi, Associação Sagrada Família (ASFA), Creche do Idoso, Espaço Micael
Central	03 UBS CAPS I CAPS AD NASF	01 CRAS 01 CREAS	Educação Infantil – 04, Ensino Fundamental: 06, Ensino Médio e Técnico: 05, Escola Municipal Educação Especial (n=01), Escolas Particulares (n=3)	Associação Arte e Convívio, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação de Pais e Amigos das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais (APAPE), Botuccam – Botucatu no Combate ao Câncer de Mama, Cáritas Arquidiocesana de Botucatu, Centro de Apoio Ação Geração Reação (CEAGER), Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), Desafio Jovem, Fundação Casa das Meninas “Amando de Barros”, Instituto Giramundo, Narcóticos Anônimos (NA), Vila dos Meninos Sagrada Família
Oeste	03 USF	01 CRAS 01 Unidade de Atendimento	Educação infantil (n=5), Ensino fundamental I (n=3), Ensino fundamental I e II e ensino médio (n=2)	Ação da Cidadania – Projeto Jovem Cidadão, Projeto Preservando o Futuro, Instituto Ruach – Casa do Adolescente Manain, Obra Social Madre Marina Videmari, Instituto Flora Vida, Núcleo de Transformação Social (NUTRAS), Lar Bom Samaritano, Casa Transitória.
Leste	02 USF 01 UBS	01 CRAS	Educação Infantil (n=7) Ensino fundamental (n=5)	Centro Comunitário do Conjunto Habitacional Antônio Delevedove, Casa Pia São Vicente de Paulo/Lar Padre Euclides, Centro de Educação e Promoção La Salle (CEPLASB), Creche e Berçário Criança Feliz e Projeto Crescer, Núcleo Assistencial “Joanna de Angelis”

Em relação à rede de atendimento, observa-se que o município possui diversos equipamentos em todas as áreas, a saúde, assistência social, educação e terceiro setor se fazem presentes em todos os territórios (Quadro 1), porém em relação à violência contra mulher o município não possui os serviços especializados como Centro de Referência da Mulher, Juizados Especiais de Violência Doméstica, abrigos, serviço de atendimento para os agressores, entre outros. Apenas dois serviços especializados no atendimento a violência contra a mulher compõem a rede de atendimento a Delegacia de Defesa da Mulher e o Hospital das Clínicas da FMB que realiza o protocolo de atendimento das vítimas de violência sexual.

Portanto a rede de enfrentamento a violência em Botucatu é composta em sua maioria por serviços que apesar estarem preconizados na rede de enfretamento a violência não são especialistas para o seu atendimento. O CREAS é um serviço especializado que compõem o SUAS e na ausência de um Centro de Referência da Mulher no município tornou-se a referência para o atendimento das mulheres em situação de violência, realizando além do atendimento e acompanhamento as intervenções em casos de emergência em parceria com a DDM, Fórum e Saúde.

A constituição e implementação de uma rede de enfrentamento a violência contra as mulheres sempre esteve presente entre as reivindicações da Secretaria de Política para as Mulheres (SPM). O conceito de rede de enfrentamento bem como as diretrizes gerais para implementação desta rede foram definidos em documento próprio no ano de 2011. O conceito de rede que a SPM define:

> "diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência" (BRASIL , 2011, p.07)

A implementação da rede trouxe consigo preocupações para além da constituição de serviços. A capacitação dos profissionais em serviços já existente bem como nos que estão sendo criados é fundamental para uma assistência qualificada. Essa questão também é pertinente no município, e questiona-se: será que todos os equipamentos aqui mapeados conhecem os serviços que atendem a mulher que sofre violência? Os profissionais desses serviços estão preparados para o acolhimento, intervenção e encaminhamento dessa demanda? A discussão em relação a essas questões torna-se fundamental à medida que a violência contra

a mulher necessita da intervenção de vários serviços, e esse primeiro acolhimento pode interferir de forma positiva ou negativa no trajeto das mulheres na busca pela resolução do seu problema.

O caminho que as mulheres que sofrem violência percorrem entre os diversos serviços buscando por auxílio foi estudado e definido por autores como "rota crítica", tais estudos estabeleceram inclusive roteiros para identificar o trajeto realizado por elas e os aspectos que facilitam ou dificultam esse processo. Entre os aspectos criticados tanto na DDM quanto na área de saúde se refere à escuta focada na queixa, ou seja, os profissionais da saúde se concentram, nas queixas clínicas e no caso da DDM, na queixa crime, e não se interessam ou se aprofundam nos detalhes e história de vida contidos na narrativa das mulheres (SAGOT, 2000, MENEGUEL et al, 2011).

Em estudo realizado por Machado et al (2016), com estudantes de medicina com o tema de mulheres que sofrem violência, os estudantes identificaram como problema em relação aos serviços de atenção primária: a invisibilidade da violência; a falta de capacitação dos profissionais para detectarem um problema de cunho social; o modelo de atendimento baseado no biológico; e a ausência de discussão do tema na graduação médica. Em relação ao trabalho intersetorial os estudantes destacaram a postura profissional de acolhimento como uma estratégia de aproximação e interação médico-paciente para concretizar o protagonismo das mulheres na superação da violência.

A escuta é fundamental para o acolhimento das mulheres bem como para a compreensão de todos os aspectos que envolvem a violência, é através dessa escuta qualificada que o profissional pode identificar quais são as necessidades das mulheres e direcionar o atendimento para os serviços de forma eficaz. Outro ponto crítico identificado na rota das mulheres foi o direcionamento a inúmeros serviços, obrigando-as a recontar suas histórias tendo a veracidade das informações questionadas, bem como a fragmentação das ações dos serviços que compõem a rede (MENEGUEL et al, 2011).

Estudo de Schraiber (2012, p. 241) destaca a questão da rede intersetorial, o plano de ação assistencial de produção de cuidados e o processo de trabalho dos profissionais em suas instituições no atendimento a mulheres que sofrem violência, refletindo que "os objetivos assistenciais não podem ser definidos para cada serviço ou setor de produção individualmente, pois nesse plano do trabalho profissional, a atenção integral a mulheres em situação de violência, define-se como aquela que compartilha projetos assistenciais e interage para conseguir realizá-lo, integrando os serviços".

Portando observa-se que através do mapeamento da rede de atendimento e da identificação dos casos de violência contra a mulher em seus respectivos territórios, é possível mobilizar e organizar fóruns de discussões e oficinas temáticas com objetivo de constituir uma rede de atendimento qualificada para o atendimento integral dos casos de violência contra a mulher.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a denúncia na Delegacia de Defesa da Mulher teve como predominância, mulheres jovens em idade ativa e reprodutiva, brancas e solteiras. A escolaridade variou entre o Ensino Fundamental Completo e o Ensino Médio Completo. O tipo de violência mais denunciada foi à violência psicológica sob a forma de ameaça, e a física como lesão corporal.

Em relação ao perfil das ocorrências, o ambiente doméstico se mostrou como o local de maior ocorrência da violência, porém destaca-se que o ambiente público e o local de trabalho também tem sido cenário de episódios de violência demonstrando que o fenômeno tem ultrapassado o ambiente doméstico e tem envolvido familiares, amigos e empregadores.

Outro dado que merece destaque é a situação conjugal da mulher no momento da realização do boletim de ocorrência. O alto índice de mulheres que estavam separadas do autor demonstra que este momento torna-se o mais crítico e violento e que a mulher necessita de uma rede de apoio familiar, comunitária e institucional para enfrentar o rompimento da violência.

Ainda em relação ao perfil das ocorrências evidencia-se a importância de realizar discussões em relação ao processo de denúncia na Delegacia de Defesa da Mulher. Observa-se pouca diferença no número de denúncias realizadas durante a semana e aos finais de semana. A mulher que em mais da metade dos relatos compareceu sozinha para denunciar, e quando o fez solicitou poucas vezes as medidas protetivas garantidas em Lei.

Sabe-se o quão delicado é este momento e a decisão de denunciar. Constata-se através desse estudo que, apesar da divulgação das leis e dos direitos previstos, a mulher ainda apresenta-se sozinha no momento da denúncia e solicita pouco seus direitos. A Delegacia de Defesa da Mulher é no município a referência para o acolhimento e atendimento das mulheres neste momento de denúncia, porém seu funcionamento como citado anteriormente é apenas durante a semana em horário comercial, tal funcionamento acontece em todo o Brasil. Após anos de lutas e reinvindicações a partir de agosto de 2016 a cidade de São Paulo passou a contar com a primeira Delegacia de Defesa da Mulher com funcionamento 24 horas.

Além de conhecer o perfil das mulheres e das ocorrências registradas na Delegacia e Defesa da Mulher, o estudo teve como objetivo realizar o mapeamento dos casos de violência por região, Unidades Básica de Saúde, Unidades de Saúde da Família e mapear todos os equipamentos atuantes em cada região. Identificar os casos de violência por região mostrou-se uma ferramenta para evidenciar que a violência está distribuída por todo o

município, todas as Unidades de Saúde apresentaram casos de denúncia de violência. Questiona-se se as Unidades de Saúde tem conhecimento desses casos, e como trabalham a questão da violência e sua prevenção.

Durante a construção desse estudo e mediante a leitura crítica de artigos e livros constatou-se que vários autores preocupam-se em traçar o perfil das mulheres bem como das ocorrências que são registradas na Delegacia de Defesa da Mulher. Procura-se tentar elucidar quem são essas mulheres, como a violência se apresenta na vida delas, qual é o caminho que elas percorrem até chegar à denúncia, e se a rede de enfrentamento consegue atuar, amparar e garantir os diretos da mulher e da família.

Entende-se que apresentar este estudo aos serviços da rede de atendimento de Botucatu pode provocar discussões em relação à prática e atuação em rede. Sabe-se que a organização da rede de serviços é importante para um atendimento de qualidade. Mediante o mapeamento verificou que os territórios possuem diferentes serviços possibilitando uma atuação intersetorial, contudo não foi objeto desse estudo avaliar se a atuação efetivamente ocorre ou não.

O estabelecimento de fluxos e protocolos é importante para a organização da rede de enfretamento a violência, no entanto a questão da violência envolve uma discussão profunda relacionada a crenças e valores culturais do ser humano, portanto torna-se necessário qualificar e sensibilizar os profissionais para as discussões das questões de gênero e de violência contra a mulher, para que fluxos e protocolos não se tornem meros instrumentos de encaminhamento nas mãos destes profissionais. A transformação através da qualificação, da promoção e prevenção é um desafio para a rede intersetorial bem como é um desafio no âmbito da família.

A criação de um protocolo de atendimento envolve a participação das políticas públicas de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública entre outras, questão essa que tem seu debate realizado desde o ano de 2013 quando foi constituído o Conselho Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres o qual a pesquisadora é membro desde sua constituição.

O Conselho de Políticas Públicas para as Mulheres realiza discussões e reivindica a criação de um protocolo de atendimento no município bem como a criação de políticas públicas na área de segurança como a Patrulha Maria da Penha, Delegacia de Defesa da Mulher com funcionamento 24 horas, Centro de Referência da Mulher e Casa Abrigo Provisória.

Entre as limitações do estudo deve-se ressaltar que o estudo refere-se a mulheres que fizeram a denúncia da violência e lavraram o boletim de ocorrência nesse período. Portanto representa a população que denunciou a violência nesse período e não a totalidade da população que sofre violência no município. A ausência de padronização no registro dos boletins de ocorrência também pode ser considerada como uma limitação uma vez que dificulta a coleta de dados e a análise de algumas categorias.

Acredita-se que o presente estudo propiciará a visibilidade do fenômeno na violência contra a mulher no município, contribuindo para a reorganização das práticas e articulação da rede de serviços, bem como na formulação de políticas públicas de enfrentamento a violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; BARLEM, E. L. D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 5, 2013.

AGÊNCIA PATRÍCIA GALVÃO. **Dossiê Violência contra as mulheres: violência de gênero na internet, São Paulo, 2016**. Disponível em: /www.agenciapatriciagalvao.org.br.

AGENDE AÇÕES EM GÊNERO, CIDADANIA E DIREITOS. **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Convenção de Belém do Pará**. Brasília: Agende Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, 2004. 36 p. Disponível em: <http://artemis.org.br/wp-content/uploads/2013/11/revista-Convencao-Belem-do-Para.pdf>. Acesso em: set. 2016.

ALMEIDA, S. **Femicídio**: algemas (in)visíveis do público-privado. São Paulo: Reivinter, 1998.

ALVES, E. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; MAFFACCIOLLI, R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 691-700, 2012.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-39.

ARAUJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. **Psicol. Estud.**, v. 7, n. 1, p. 3-11, 2002.

ARRUDA, J. E. S.; LUZ, N. S. Mulher vítima de violência: desbravando as razões da culpa feminina. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO Florianópolis. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis, 2013.

ARRUDA DA SILVA, P. et al. Violência contra a mulher no âmbito familiar: estudo teórico sobre a questão de gênero. **Enferm. Glob.**, v. 11, n. 2, p. 251-258, 2012.

BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Estud. Fem.**, v. 23, n. 2, p. 352, 2015.

BARREIRA, A. K.; LIMA, M. L. C.; AVANCI, J. Q.. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife, Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 1, p. 233-243, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232013000100024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2016.

BEDONE, A. J; FAÚNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. **Cad. Saúde Pública**, v 23, n. 2, p.465-469, 2007.

BESERRA, M. A. et al. Prevalência e características da violência no namoro entre adolescentes escolares de Portugal. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 183-191, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0183.pdf>. Acesso em: 29 set. 2016.

BESSE, S. K. **Modernizando a desigualdade**. São Paulo: Edusp, 1999.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. Av.**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Enfrentando a violência contra a mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64 p.

BRASIL. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ago. 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 89. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

BONFIM, E. G.; COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Vulnerabilidade das mulheres à violência e danos à saúde na perspectiva dos movimentos sociais rurais. **Athenea Dig.**, v. 13, n. 2, p. 193-205, 2013.

BORSOI, T. S.; BRANDAO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 28, p. 165-174, 2009.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. **Botucatu em dados**: 2008. Botucatu: FMB-UNESP, Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, 2009. 50 p. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/SaudePublica54/Botucatu_em_Dados_2008.pdf>. Acesso em: set. 2016.

CARLOTO, C. M. A chefia familiar feminina nas famílias monoparentais em situação de extrema pobreza. **Revista Virtual Textos & Contextos (Porto Alegre)**, nº 4, p. 1-17, 2005.

CARNEIRO, A. C.; 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. **Serv. Soc. Soc.**, n. 110, p. 369-397, 2012.

CENTEVILLE, V. **Ciúme patológico masculino**: reflexões sob a ótica junguiana. 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado) - PUC, São Paulo, 2008.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: ____. **Perspectivas antropológicas da mulher 4**. Rio de Janeiro: Zahar, 1984. p. 23-62.

CHAUÍ, M. Uma ideologia perversa. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 mar. 1999. Caderno Mais.

CORRÊA, L. R. A necessidade da intervenção estatal nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher. In: LIMA, F. R.; SANTOS, C. (Coords.). Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar. **2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris**, p. 51-62, 2010.

CORTEZ, M. B. **"Sem açúcar, com afeto"**: estudo crítico de denúncias de violência contra as mulheres e dos paradoxos da judicialização. 2012. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2012.

CORTIZO, M. C.; GOYENECHE, P. L. Judiciarização do privado e violência contra a mulher. **Rev. Katál.**, v. 13, n. 1, p. 102-109, 2010.

COSTA, R. G; MADEIRA, M. Z. A; SILVEIRA, C. M. H. RELAÇÕES DE GÊNERO E PODER: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. In: **17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero,** p. 222-240, 2012.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 129-137, 2000.

DOSSI A.P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cad. Saúde Pública,** v.24, n.8, p.1939-1952, 2008.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. **J. Rede Saúde**, v. 19, p. 3-4, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011.

FINKELMAN, J. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 237-295.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde Soc.**, v. 13, n. 2, p. 89-99, 2004.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GOMES, C.; SORJ, B. Corpo, geração e identidade: a marcha das vadias no Brasil. **Soc. Estado**, v. 29, n. 2, p. 433-447, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200007>. Acesso em: set. 2016.

GONÇALVES, A. P. S.; LIMA, F. R. A lesão corporal na violência doméstica: nova construção jurídica. **Jus Navigandi**, v. 10, n. 1169, 13 set. 2006. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8912>. Acesso em: set. 2016.

GONDIM, G. et al. O território da Saúde, a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GUERRA, C. **Violência conjugal e intrafamiliar**: alguns dados de mundo, Minas Gerais e Uberlândia. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2004.

HEISE, L. Gender based abuse: the global epidemic. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. 135-145, 1994.

IZUMINO, W. P. Justiça e violência contra a mulher: o papel do sistema judiciário na solução dos conflitos de gênero. São Paulo: Annablume, FAPESP, 1998.

IZUMINO, W. P. Violência contra a mulher no Brasil: acesso à Justiça e construção da cidadania de gênero. In: VII CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 7., 2004, Coimbra. **Anais eletrônicos**... Coimbra, 2004. Disponível em: <www.ces.uc.pt/LAB2004>. Acesso em: 10 jun. 2014.

JARAMILLO, D. E.; URIBE, T. M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 38-45, 2001.

JONG, L. C.; SADALA, M. L. A.; TANAKA, A. C. D. A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 42, n. 4, p. 744-751, 2008.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, 2013.

KITZMANN, K. M. Violência doméstica e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas**. Enciclopédia sobre o desenvolvimento na Primeira Infância.** Universidade de Memphis dos EUA, 2011.

KRONBAUER , J. F. D; MENEGHEL, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 695-701, 2005.

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 2, p. 595-604, 2009.

LEÔNCIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 307-312, 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S.; RODRIGUES, D. T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 467-473, 2008.

MACHADO, D. F. et al. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência. **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 40, n. 3, p. 511-520; 2016.

MADUREIRA, A. B. et al . Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 600-606, 2014.

MALTA, D. C. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p.327-338, 2016.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MEDINA MALDONADO, V. E.; CAMACARO CUEVAS, M. C.; TORRES TORRES, L. M. Construcciones subjetivas sobre la violencia de género: aportes para la prevención del problema. **Enferm. Glob.**, v. 10, n. 23, p. 346-358, 2011.

MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 3, p.691-700, 2013.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Norma técnica de padronização das delegacias especializadas de atendimento às mulheres – 25 anos de conquistas – DEAMs**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 435-442, 2012.

NOBRE, M. T.; BARREIRA, C. Controle social e mediação de conflitos: as delegacias da mulher e a violência doméstica. **Sociologias (Porto Alegre)**, v. 10, n. 20, p. 138-163, 2008.

NASCIMENTO, P. F; MELAZZO, E. S. Território: conceito estratégico na assistência social. **Serv. Soc. Rev, Londrina**, v. 16, n.1, p. 66-88, 2013.

OLIVEIRA, E. R. Violência Doméstica e Familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Revista LEVS/UNESP-Marília**, Ano 2012- Edição 9– ISSN 1983-2192.

OLIVEIRA, C. C.; ALMEIDA, M. A. S.; MORITA, I. Violência e saúde: concepções de profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 3, p. 412-420, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a16v35n3.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2016.

OLIVEIRA, M. B. Da Delegacia de Defesa da Mulher ao Juizado Especial Criminal: significados da violência de gênero no fluxo processual. In: ____. **Gênero, família e gerações**: Juizado Especial Criminal e Tribunal do Júri. Campinas: Pagu / Núcleo de Estudos de Gênero da Unicamp, 2008. p. 15-49.

OLIVEIRA, Q. B. M. et al . Namoro na adolescência no Brasil: circularidade da violência psicológica nos diferentes contextos relacionais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 3, p. 707-718, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00707.pdf>. Acesso em 03 ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sociedad, violencia y salud**. Washington (US): OPAS, 1996.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. **Estud. Fem.**, v. 17, n. 2, p. 344, 2009.

PRESSER, A. D.; MENEGHEL, S. N.; HENNINGTON, É. A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 3, p. 126-137, 2008.

PORTO, M.; COSTA, F. P. Lei Maria da Penha: as representações do judiciário sobre a violência contra as mulheres. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 27, n. 4, p. 479-489, 2010.

POUGY, L. G. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha. **Rev. Katál.**, v. 13, n. 1, p. 76-85, 2010.

SAFFIOTI, H. I. B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo Perspect.**, v. 13, n. 4, p. 83-91, 1999.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 417-424, 2010.

SANTOS, C. M. **Da delegacia da mulher à lei Maria da Penha**: lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, 2008.

SANTOS, C. M. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. **Rev. Crít. Ciênc. Soc.**, p. 153-170, 2010.

SANTOS, F. P. A. et al. Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. **Physis (Rio de Janeiro)**, v. 21, n. 1, p. 267-281, 2011.

SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface (Botucatu)**, v. 15, n. 36, p. 93-108, 2011.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **E. I. A. L. Estud. Interdiscipl. Am. Latina Caribe**, v. 16, n 1, p. 147-164, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interface com a saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 3, n. 5, p. 15-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-787, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B. et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Dig.**, v. 12, n. 3, p. 1-24, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. In: **_____. Projeto gênero, violência e direitos humanos**: novas questões para o campo da Saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina USP, p.15-17, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. S205-S216, 2009.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 1, p. 229-237, 2015.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 19, supl. 2, p. 263-272, 2003.

SILVA, R. A. et al. Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 6, p. 1014-1022, 202.

SILVEIRA, E. C; SILVA, S. F. M. Chefia Feminina: uma análise sobre as estruturas das famílias monoparentais femininas e a feminização da pobreza. **IV Seminário CETROS Neodesenvolvimentismo, Trabalho e Questão Social**, Fortaleza, p. 122- 137, 2013.

SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis**: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, A. K. A.; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V. C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 21, n. 4, p. 425-431, 2013.

SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, v. 48, n. 3, p. 621-639, 2014.

SPANIOL, M. I.; GROSS, P. K. Análise da implantação das patrulhas Maria da Penha nos territórios da Paz em Porto Alegre: avanços e desafios. **Textos Contextos (Porto Alegre)**, v. 13, n. 2, p. 398-413, 2014.

TEIXEIRA, R. O acolhimento num serviço de saúde como entendido como uma rede de conversação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003, p. 89-112.

VIEIRA, E. M. et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 12, n. 4, p. 566-577, 2009.

VIEIRA, L. B. et al. Necessidades assistenciais de mulheres que denunciam na delegacia de polícia a vivência da violência. **Aquichan**, v. 13, n. 2, p. 197-205, 2013.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Departamento de Saúde Pública
Botucatu – São Paulo – (14) 3811-6200/6352 ou Fax (14) 3882-3309

Projeto Pós-Doutorado: "Violência contra a mulher: desvendando os determinantes sociofamiliares e culturais que interferem no processo saúde doença e na abordagem da rede de serviços de saúde"

Instrumental de Coleta de Dados - Mulheres Vítimas de Violência

Questionário nº_____

1) **Dados de Identificação**

Nome	
Idade	
Cor	
Estado Civil	
Escolaridade	
Profissão	
Renda	
Filhos	
Endereço	
Telefone	

Segunda Fase da Pesquisa: ( ) sim ( ) não

2) **Data da Ocorrência:**
-Comunicação:

-Elaboração:

-Flagrante: ( ) sim ( ) não

-Realizados em final de semana: ( ) sim ( ) não _____

3) **Tipo de Denúncia/Natureza**

( ) violência doméstica	( ) maus tratos
( ) violência psicológica	( ) violência sexual
( ) ameaça	( ) lesão corporal
( ) danos patrimoniais	( ) ameaça consumada

4) Tipo s de violência sofrida e formas de execução.

Tipos	**Formas**
( ) Violência Verbal	
( ) Violência Física	
( ) Violência Psicológica	
( ) Violência Sexual	
( ) Ameaça	
( ) Danos patrimoniais	
( ) Subtração de dinheiro e bens	
( ) Outros	

5) Estado físico da vítima no momento do Boletim de Ocorrência (caso de violência física):

( ) hematomas aparentes	( ) cortes
( ) ferimento por arma de fogo	( ) necessidade de hospitalização
( ) morte	( ) sem marcas de lesão
( ) não se aplica	

6) Encaminhamento para o IML?

( ) sim ( ) não ( ) sem informação

7) Como a vítima foi conduzida a Delegacia de Defesa da Mulher?

( ) conduzida pela Guarda Municipal	( ) conduzida por familiares e amigos
( ) conduzida pelos vizinhos	( ) sozinha
( ) conduzida e ou encaminhada pelos serviços do município. Qual:	
( ) sem informação	

8) A vítima apresentou testemunhas dos fatos?

( ) sim ( ) não. Quantas?_____

9) A vítima solicitou medida protetiva?

( ) sim -

( ) não. ( ) não consta essa informação

( ) Agressor foi preso flagrante

10) Situação conjugal na ocasião do Boletim de Ocorrência:

( ) Divorciada ( ) Casada

( ) Convivente ( ) Namoro

( ) Separada. Quanto tempo:_____

11) Local dos Fatos que ocasionou o Boletim de Ocorrência:
( ) casa ( ) trabalho ( ) ambiente público_____

12) **Tempo de convivência com o agressor** _____

13) **Números de Boletins de ocorrência registrados na DDM**_____

14) **Tempo agressão sofrida**_____

15) A vítima faz uso de substancias psicoativas?
( ) sim ( ) não consta essa informação

16) Em caso afirmativo, quais substancias utiliza?
( ) álcool ( ) maconha ( )cocaína
( ) crack ( ) álcool e outras drogas
( ) não informado o tipo de substancia
( ) outros_____. Tempo de uso:_____
( ) Não de aplica

17) **Unidade de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde correspondente à região de moradia**:
( ) Norte_____USF_____
( ) Sul _____ USF_____
( ) Leste _____ USF_____
( ) Oeste_____ USF_____
( ) Central_____USF_____

Instrumental Coleta de Dados - Mulheres Vítimas de Violência (Agressor)

Questionário nº_____

1) Informações sobre o Agressor
Nome:_____

Idade:_____

Cor: _____Escolaridade:_____

Ocupação:_____

2) **O agressor estava presente no momento da realização do B.O?**
( ) sim ( ) não ( ) não consta a informação

3) O agressor faz uso de substancias psicoativas?
( ) sim ( ) não consta a informação

Em caso afirmativo, quais substancias utiliza?
( ) álcool ( ) maconha ( )cocaína
( ) crack ( ) álcool e outras drogas
( )outros_____. Tempo:_____
( ) Não se aplica

4) O fato levou a prisão agressor?
( ) sim ( ) não ( ) está foragido

5) Houve relato de mortes ou assassinatos (familiares, vizinhos ou outros) que envolveram o B.O?

_____
_____
_____
_____

6) Houve o envolvimento de familiares e outros nos conflitos conjugais?

( ) pai ( ) mãe ( ) filhos

( ) irmãos ( ) vizinhos ( ) não consta

7) Dados referentes às informações dos Boletins de Ocorrência.

1) Qualidade das Informações constantes no histórico do B.O e orientações dadas

( ) histórico bem elaborado várias informações

( ) histórico pouco elaborado poucas informações

( ) vítima foi bem orientada quanto aos demais procedimentos

2) Impressões da pesquisadora:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Apêndice B – Classificação das ocupações segundo os Grandes Grupos (GG) da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)

MULHERES - CLASSIFICAÇÃO DAS OCUPAÇÕES SEGUNDO OS GRANDES GRUPOS (GG) DA CLASSICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO)	
OCUPAÇÃO	**CÓDIGOS DA CBO**
(2) – GG - Profissionais das Ciências e das Artes	
Engenheira Agrônoma	02
Dentista	01
Veterinária	01
Enfermeira	03
Fisioterapeuta	01
Nutricionista	02
Professora (Formação Ensino Superior)	06
Professora (Formação Superior no Ens.Sup)	
Pedagoga	01
Advogada	02
(3) – GG - Técnicos de Nível Médio	
Porteira	01
Projetista	01
Técnica em Enfermagem	06
Protética Dentária	01
Consultora de Vendas	01
Promotora de Eventos	01
Promotora de Vendas	02
Representante Comercial	01
(4) – GG - Trabalhadores de Serviços Administrativos	
Assistente Administrativa	02
Auxiliar Administrativa	05
Auxiliar de Escritório	02
Secretaria	06
Caixa	02
Operadora de Caixa	01
Recepcionista	06

(5) – GG - Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados	
Diarista	06
Empregada Doméstica	25
Faxineira	04
Auxiliar de Cozinha	03
Chapeira	01
Cozinheira	01
Camareira	02
Copeira	01
Garçonete	03
Ajudante Geral	02
Auxiliar de Limpeza	08
Auxiliar de Serviço	04
Coletor	01
Servente de Limpeza	04
Auxiliar de Enfermagem	03
Cabeleireira	10
Esteticista	01
Manicure	08
Podóloga	01
Dama de Companhia	02
Auxiliar de Lavanderia	01
Operadora de Tráfego	01
Prostituta	01
Auxiliar de Vendas	01
Balconista	08
Comerciante	09
Empresária	01
Vendedora	09
Repositora	02
(6) – GG - Trabalhadores Agropecuários, Florestais, da Caça e Pesca.	
Lavradora	01
(7) – GG - Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	

Soldadora	01
Costureira	03
(8) – GG - Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais	
Confeiteira	01

Sem Informação e Ocupação não definida por Incorreção na Coleta da Informação	
Sem Informação	146
Assessora	01
Atendente	06
Autônoma	04
Auxiliar de Mecânico	01
Auxiliar de Produção	01
Bancária	01
Consultora	02
Funcionária Pública	07
Instrutora	02
Monitora	02
Montadora	01
Operadora	01
Operadora de Máquina	01
Atividades consideradas Fora da Força de Trabalho	
Desempregada	12
Estudante	08
Do Lar	58

Apêndice D – Quadros dos equipamentos por região de abrangência

Quadro 1 - Equipamento da Região Sul

Terceiro Setor	Associação Assistencial e Pedagógica Aitiara, Associação Comunitária João de Barro, Projeto Fênix e Projeto Bem te Vi. Associação Sagrada Família ASFA – Creche do Idoso, Espaço Micael.
Saúde	UBS Cohab I, USF César Neto, USF Jardim Aeroporto, USF Santa Maria, UBS Vila Jardim, USF Comerciários.
CRAS/Projeto	CRAS Sul e Unidade de Atendimento Jardim Aeroporto, Unidade Sócio-Educativa/Jardim Aeroporto
Educação	Educação Infantil: CEI (n=9) Ensino Fundamental (n=6)
Outros	Escola do Meio Ambiente – EMA, Fundação CASA – Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente de Botucatu, SENAI e SESI

Quadro 2 - Equipamentos da Região Norte

Terceiro Setor	Alcoólicos Anônimos – AA, Associação Fraternal Pelicano – AFRAPE, Associação dos Deficientes Físicos de Botucatu- ADEFIB, Cáritas Arquidiocesana de Botucatu- Projeto Sal da Terra Mirim, Centro de Lazer Nova Aurora, Instituto Flora Vida – Projeto Crescer Seguro e Adolescer, Núcleo Assistencial Paulo Estevão.
Saúde	CSE Vila dos Lavradores, CSE Vila Ferroviária, USF Jardim Iolanda, USF Jardim Real Parque, USF Vitoriana, CAPS III, Hospital Sorocabano, Pronto Socorro Infantil.
CRAS /Projeto	CRAS Norte e Unidade Sócio-Educativa/PIEC - Setor Norte
Educação	Educação Infantil: 07 Ensino Fundamental: 05 Escolas Particulares: 01
Outros	Guarda Civil Municipal

Quadro 3 - Equipamento da Região Oeste

Terceiro Setor	Ação da Cidadania – Projeto Jovem Cidadão, Projeto Preservando o Futuro, Instituto Ruach – Casa do Adolescente Manain, Instituto Flora Vida, Obra Social Madre Marina Videmari, Núcleo de Transformação Social- NUTRAS, Lar Bom Samaritano e Casa Transitória.
Saúde	USF Parque Marajoara, USF Jardim Santa Elisa, USF Rubião Júnior.
CRAS e Projeto	CRAS Oeste, Unidade de Atendimento Parque Imperial, Unidade Sócio-Educativa/Parque Imperial
Educação	Educação infantil (n=5) Ensino fundamental I (n=3) Ensino fundamental I e II e ensino médio (n=2)

Quadro 4 - Equipamento da Região Leste

Terceiro Setor	Centro Comunitário do Conjunto Habitacional Antônio Delevedove, Casa Pia São Vicente de Paulo/Lar Padre Euclides, Centro de Educação e Promoção La Salle- CEPLASB, Creche e Berçário Criança Feliz e Projeto Crescer, Núcleo Assistencial "Joanna de Angelis"
Saúde	UBS Jardim Cristina, USF COHAB IV, USF Jardim Peabiru
CRAS	CRAS Leste
Educação	Educação Infantil (n=7) Ensino fundamental (n=5)
Outros	DDM, Central de Atenção ao Egresso e Família, Central de Penas e Medidas alternativas.

Quadro 05 - Equipamento da Região Central

Terceiro Setor	Associação Arte e Convívio, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais- APAE Botucatu, Associação de Pais e Amigos das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais, APAPE, Botuccam – Botucatu no Combate ao Câncer de Mama, Cáritas Arquidiocesana de Botucatu, Centro de Apoio Ação Geração Reação- CEAGER, Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus Tratos na Infância, - CRAMI, Desafio Jovem, Fundação Casa das Meninas "Amando de Barros", Instituto Giramundo, Narcóticos Anônimos- NA, Vila dos Meninos Sagrada Família.
Saúde	UBS CSI, UBS CECAP, UBS São Lúcio, CAPS AD Renascer, NASF, CAPS I.
CRAS e CREAS	CRAS Central – CREAS
Educação	Educação Infantil – 04 Ensino Fundamental: 06 Ensino Médio e Técnico: 05 Escola Municipal Educação Especial Profa. Nair Peres Sartori Escolas Particulares (n=3)
Outros	Conselho Tutelar