

MAIS LONGE, MENOS DENÚNCIA? UMA ANÁLISE DOS FATORES QUE IMPACTAM A VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO

Júlia Sbroglia Rizzotto¹
Marco Túlio Aniceto França²

Resumo: A violência por parceiro íntimo (VPI) é à violência perpetrada pelo parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos nas vítimas. As mulheres decidem denunciar não apenas quando tem condições financeiras para se autossustentarem, mas também quando as intervenções externas são eficazes. Sendo assim, morar perto de uma delegacia da mulher (DEAM) poderia aumentar as denúncias das mulheres dado que tornaria o ambiente mais seguro. Através de um modelo *logit* buscou-se analisar quais são os fatores que aumentam ou diminuem a propensão de reportar à violência a uma unidade de saúde além de verificar se a distância até a DEAM impacta na probabilidade de ser vitimada. Os resultados apontaram que a distância da unidade de saúde até a delegacia da mulher mais próxima tem efeito negativo, isto é, quanto mais longe da delegacia menos denuncia as mulheres fazem. Além disso, o agressor estar alcoolizado, a agressão ocorrer dentro da sua própria residência e a agressão já ter ocorrido outras vezes aumentam as chances de reporte.

Palavras-chave: Violência por Parceiro Íntimo. Delegacia da mulher. Agressão.

Códigos JEL: C25; J12; J18

Abstract: Intimate partner violence (IPV), which is recognized worldwide as a public health problem, is violence perpetrated by a partner or ex-partner that causes physical, sexual or psychological harm to victims. Women decide to report not only when they have the financial means to support themselves, but also when external interventions are effective. Therefore, living close to a women's police station (DEAM) could increase women's complaints as it would make the environment safer. Through a *logit* model, we sought to analyze what are the factors that increase or decrease the propensity to report violence to a health unit, in addition to verifying whether the distance to DEAM impacts the probability of being victimized. The results showed that the distance from the health unit to the nearest woman's police station has a negative effect, that is, the further away from the police station the less women denounce. In addition, the aggressor is drunk, the aggression occurs within his own residence and the aggression has already occurred at other times increase the chances of reporting.

Keywords: Intimate Partner Violence. Women's Police Station. Aggression.

¹ Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Economia do Desenvolvimento da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). E-mail: juliasbroglia@gmail.com

² Professor no Programa de Pós-Graduação em Economia do Desenvolvimento da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). E-mail: marco.franca@pucrs.br

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001. Erros e omissões são de responsabilidade dos autores.

INTRODUÇÃO

A violência praticada pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro é uma das formas mais comuns de violência contra a mulher (KRUG et al. 2002). Contudo, a situação para o sexo masculino é diferente uma vez que a probabilidade deles serem atacados por alguém estranho ou conhecido é maior do que por alguém que faça parte do seu círculo de amizade (CROWELL, 1996; HEISE et al., 1994; KOSS et al., 1994; BUTCHART e BROWN, 1991; TJADEN e THOENNES, 2000). Portanto, as mulheres estarem emocionalmente envolvidas com quem as vitimiza implica tanto na dinâmica do abuso quanto nas abordagens para lidar com a violência (KRUG et al., 2002).

Essa violência pode ser física, sexual, psicológica ou por privação ou por negligência, entretanto, os diferentes tipos de abuso, geralmente, coexistem no mesmo relacionamento (KRUG et al., 2002). Apesar de existir a possibilidade de as mulheres serem violentas nos seus relacionamentos com os homens ou com parceiros do mesmo sexo, a carga da violência de gênero (masculino/feminino) recai sobre as mulheres nas mãos dos homens (HEISE et al., 1999). Essa violência é um fenômeno complexo enraizado nas relações de poder baseadas em gênero, sexualidade autoidentidade e instituições sociais que representam uma séria ameaça à saúde mental das mulheres (KUMAR; NIZAMIE; SRIVASTAVA, 2013; WHO, 1997).

A agressão contra a mulher acarreta diversos danos para as vítimas causando prejuízos para a sociedade. Os impactos decorrentes da violência estão em diversos aspectos da vida (saúde, mercado de trabalho, socioeconômico) delas, e reflete problemas de saúde físicos e mentais, na produtividade, na capacidade e na responsabilidade de autossustentar-se e cuidar da família, além de incorrer em consequências econômicas e sociais e custos familiares e para a sociedade (KUMAR; NIZAMIE; SRIVASTAVA, 2013; WHO; 2019; LEONE et al, 2004; RIGER, RAJA e CAMACHO, 2002; TOLMAN e ROSEN, 2001).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2017), uma a cada três mulheres sofre algum tipo de violência (física ou sexual). Um estudo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2010, buscou analisar a violência contra a mulher e suas consequências. Com relação à violência doméstica, o estudo apontou que cerca de 34% das mulheres brasileiras entrevistadas já foram vitimadas pelo parceiro.

O Mapa da Violência Contra a Mulher, divulgado em 2015, aponta que a taxa de homicídios de mulheres no Brasil aumentou em 12,5% entre 2006 a 2013. Em 2013, foram assassinadas 4.762 mulheres, o que corresponde a uma média de 13 mulheres mortas por dia (WAISELFISZ, 2015.). O Brasil é o 5º país com mais assassinatos de mulheres entre 83 países pesquisados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005). De acordo com Waiselfisz (2015) esse número é ainda maior nos últimos anos, considerando que a taxa por cem mil habitantes era de 4,4 em 2003 e passou para 4,8 em 2010. O mesmo instrumento demonstra que parentes imediatos (pai, padrasto, filho e irmão), parceiros e ex-parceiros são responsáveis por 67,2% das agressões que as mulheres sofrem. Os dados apontam ainda que 27,1% dos homicídios contra as mulheres acontecem no seu próprio domicílio (WAISELFISZ, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017; WHO, 2019), para desenvolver uma teoria de mudança no cenário de violência contra a mulher, o entendimento dos fatores associados aos atos de violência e os estudos de impactos das intervenções são ações necessárias para entender e gerar ferramentas para o combate a esse problema de saúde pública.

No Brasil, dois dispositivos legais foram promulgados com o intuito de combater a violência contra a mulher e fomentar políticas públicas: Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), e a Lei nº 13.104/2015 (Lei do Feminicídio). Ademais, outros mecanismos

foram criados visando aumentar o número de denúncias e a segurança da vítima uma vez que realizam um atendimento especializado para os casos de violência feminina: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMS) com o intuito de reprimir a violência sofrida, os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).

A instauração de uma DEAM tende a desencadear uma redução na violência por parceiro íntimo (VPI) dado que o custo da violência cresce uma vez que aumenta a execução contra os agressores (PEROVA e REYNOLDS, 2017). Além disso, a presença de uma DEAM pode facilitar a dissolução dos relacionamentos abusivos e reduzir os conflitos nas relações que permanecerem (MANSER e BROWN, 1980). Isso ocorre porque são emitidas ordens restritivas que auxiliam os procedimentos judiciais, assim, as DEAMs podem estar contribuindo para criar opções externas seguras para as mulheres vitimadas, portanto, se decidem deixar o casamento é menos provável que sejam vítimas da retaliação do agressor (PEROVA e REYNOLDS, 2017).

Dada as deficiências da implementação das delegacias se faz necessário mensurar o impacto delas na redução da violência. Conforme Perova e Reynolds (2017) houve uma redução da violência contra mulher de mais de 50% em 2009 se comparado à 2004 entre as mulheres jovens de 15 a 24 anos. Os autores também apontaram que ter uma delegacia da mulher em uma capital ou região metropolitana reduz em 17% a taxa média de homicídios femininos. Sendo assim, esse artigo busca avaliar se a distância até a DEAM tem impacto na VPI e os demais fatores que impactam essa violência.

O artigo está organizado em seis seções, a contar desta introdução. A seguir é realizada uma revisão de literatura acerca da VPI e a importância das delegacias da mulher. Posteriormente, são abordados os dados e a modelagem econométrica. A terceira seção apresenta os resultados. No final, são apresentadas as considerações finais.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.a) Violência perpetrada por parceiro íntimo

Através do vasto número de manifestações coletivas e denúncias ocorridas em diversos países nas décadas de 80 e 90, a violência contra a mulher deixou a esfera doméstica e passou a ser considerada uma questão de saúde pública (GROSSI, TAVARES e OLIVEIRA, 2008; KRUG et al., 2002). No que tange as estatísticas, as pesquisas e os relatórios nacionais nos permitem mensurar alguns crimes praticados contra a mulher, principalmente, os homicídios. Em que pese os esforços empreendidos, os dados de violência contra a mulher no Brasil são alarmantes, pois, estima-se que entre 2011-2013 ocorreram 17.581 óbitos de mulheres por agressões, o que corresponde a uma taxa de mortalidade anual de 5,87 óbitos por 100 mil mulheres. Nesse mesmo período, ocorreram em média anual 5.860 mortes de mulheres por causas violentas, 488 a cada mês, 16,06 a cada dia, ou uma a cada uma hora e trinta minutos (GARCIA et al. 2015).

O maltrato físico contra a mulher se manifesta diariamente no campo familiar como resultado de uma luta de poderes, em que a mulher historicamente e culturalmente se situa em um patamar inferior ao do homem, apesar do questionamento às práticas discriminatórias que as colocam em um patamar inferior há mais de um século (MEZA et. al, 2001).

A violência contra a mulher normalmente não envolve atos isolados, mas sim uma sequência de comportamentos físicos e não físicos que se intensificam ao longo do tempo (JOHNSON, 1995; BARSTED,1999; HEISE et. al,1994; KRUG et al. 2002). Essa

exposição prolongada a esses atos poderá, gradualmente, minar a confiança e a capacidade da vítima abandonar o relacionamento além de formarem um padrão de comportamento que viola os direitos das mulheres limitando a sua participação na sociedade, prejudicando a sua saúde e bem-estar (WHO,2013; RIBEIRO, 2007).

Segundo uma pesquisa realizada pela Sociedade Mundial de Vitimologia (2005), a cada minuto uma mulher é agredida dentro do seu domicílio por pessoas que mantêm vínculo afetivo no Brasil e 23% da população feminina brasileira está sujeita à violência doméstica. Além disso, 70% dos casos acontecem dentro de casa e o agressor é o próprio marido ou companheiro (SOCIEDADE MUNDIAL DE VITIMOLOGIA, 2005).

Ainda não existe um padrão da dinâmica da violência doméstica, entretanto Walker (1979) descreveu o ciclo da violência através de fases sucessivas como a interação entre diversos fatores em um mesmo relacionamento de violência. Conforme a autora, nem todas as fases possuem agressão e entender o ciclo é importante para preveni-lo e interrompê-lo.

O ciclo da violência descrito por Walker (1979) possui três fases. A primeira fase compreende o aumento da tensão no relacionamento em que ocorrem incidentes menores como humilhações psicológicas, agressões verbais, ameaças, destruição de objetos e ciúmes. Posteriormente, ocorre a fase crítica em que os incidentes mais graves ocorrem como espancamento, estupro e eventuais homicídios, a vítima passa a desenvolver estresses psicológicos como raiva, depressão ansiedade e terror. Já a terceira fase é chamada de lua de mel em que o agressor está arrependido, tenta apaziguar a situação, promete mudar e faz diversas juras de amor.

Assim, compreender essa dinâmica é de suma importância uma vez que favorece a abordagem adequada em que permite que o profissional não atue de maneira a vitimizar a mulher e culpabilizar o homem, mas sim compreendendo a relação e interdependência na relação violenta (BRASIL, 2001).

2.b) A busca pela saúde pública

Um dos principais agravantes para a falta de efetividade nas denúncias e no enfrentamento da violência contra a mulher é o silêncio. A vítima só denuncia quando a violência assume proporções insustentáveis. A dependência financeira e/ou emocional, o temor do julgamento e a incompreensão por parte da família e da comunidade seriam alguns dos motivos deste silenciamento específico entre as vítimas (Nader & Amorim, 2017). A banalização faz com que as mulheres se sujeitem ao ciclo da violência denunciando quando atinge patamares extremos, isto é, quando sentem que suas próprias vidas estão em risco (RIBEIRO, 2017). Assim, o primeiro lugar onde as mulheres quebram o silêncio é nos serviços emergenciais onde elas são atendidas após um grave episódio de violência (RIBEIRO, 2017).

Outro fator que dificulta o atendimento integral às mulheres vitimadas está relacionado às equipes do serviço de saúde. Isso ocorre porque ainda existe uma invisibilidade das dimensões que circundam o problema da violência contra a mulher, resultando na incapacidade do sistema em respaldar o acolhimento distanciando o sistema de dar respostas adequadas às demandas das vítimas. A invisibilidade ocorre porque esses serviços se limitam a cuidar dos sintomas não sendo capazes de identificar o problema (SILVA, 2003). Portanto, a não identificação dessa situação por parte dos profissionais da saúde faz com que o ciclo da violência se perpetue. Os serviços de saúde são importantes para detectar o problema uma vez que tem um grande contato com as mulheres podendo reconhecer e acolher antes de incidentes mais grave além de serem por vezes o único local procurado nessas situações (WHO, 1997; SCHRAIBER et al, 2002).

A “não percepção” dos casos de violência doméstica ocorrem por diversos fatores dentre eles: despreparo dos profissionais da saúde, desinteresse, falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos, ater-se somente às lesões físicas, e a uma cultura de que "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher" (GARBIN et al., 2006). Segundo Jaramillo e Uribe (2001) as disciplinas dos cursos de saúde como medicina, odontologia e enfermagem não englobam nos seus currículos de formação referente à violência doméstica e assim os profissionais se encontram despreparados para oferecer atenção efetiva na saúde da mulher vitimada.

Entretanto, Garbin et al (2006) aponta que a violência doméstica deve ser detectada pelos profissionais da saúde e considerada questão de saúde pública além de ser o tipo mais comum de violência sofrida pelas mulheres. As mulheres em situação de violência procuram as unidades de saúde porque veem sua saúde física, mental e reprodutiva sendo prejudicada (HEISE, 1994) contudo, os profissionais da saúde possuem dificuldades em identificar lesões ou distúrbios da saúde apresentado pelas mulheres vitimadas (HAISE et al., 1994; TILDEN et al., 1994; FLITCRAFT, 1993; SUGG e INUI, 1992; STARK et al., 1979).

Grossi, Tavares e Oliveira (2008) demonstram, em seu estudo, que a organização dos serviços em uma rede articulada pode garantir eficácia ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, sendo os profissionais aqueles que exercem o papel de mediadores entre as mulheres e as redes assistenciais.

A introdução de protocolos ou ferramentas de triagem validadas nos departamentos de emergência, pré-natal e atendimento primário aumentam as taxas de identificação e documentação da violência doméstica (COVINGTON et al, 1997; MCLEER e ANWAR, 1989; MCFARLANE e PARKER, 1994).

Os casos de violência acontecem com frequência e tendem a se tornar cada vez mais graves (BARSTED,1999; HEISE et. al,1994). Assim, o uso dos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares é cada vez mais intenso configurando uma clientela relevante (KOSS e KOSS,1991; MCCAULEY et al.,1995). Entretanto, a violência nas relações de gênero não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde, sendo problema de extrema dificuldade para ser abordado (SCHRAIBER, 1999; SUGG e INUI, 1992).

A abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde requer práticas adequadas com essa perspectiva, em que o profissional se coloca como facilitador do processo contemplando e respeitando o contexto social e as singularidades das vítimas. Sendo assim, é necessária uma aproximação dessas realidades de forma a dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas (MARINHEIRO, VIEIRA e SOUZA, 2006).

Os estudos sobre a violência contra as mulheres estão sendo baseados nos boletins de ocorrência das delegacias (AMARAL et al., 2001; JONG, 2000), entretanto uma vez que muitas mulheres, que foram ou ainda são vítimas, nem sempre recorrem a esse tipo de serviço os estudos podem não elucidar de forma correta a magnitude do problema (SILVA, 2003).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é preciso preparar os profissionais de saúde para o enfrentamento da violência contra a mulher uma vez que os dados apontam essa questão como subnotificada, ocultada ou não documentada. Quando a mulher busca a unidade de saúde, pode-se colocar um sinal de alerta dada a dificuldade que as vítimas nessa situação têm em procurar ajuda. Estudos apontam que a relação da violência com diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental, assim como ao maior uso dos serviços de saúde por parte dessas mulheres acentua a necessidade de

refletir sobre como o setor tem se organizado para lidar com mulheres em situação de violência (GALVÃO e ANDRADE, 2004; HANADAI et al., 2007).

De acordo com Ribeiro (2017), o atendimento à vítima precisa ser feito por meio de uma abordagem multidisciplinar que possibilite a realização de uma intervenção mais completa, que proporcione maior segurança à vítima. E, neste contexto, os profissionais precisam acolher as vítimas, compreendendo-as na integralidade de suas necessidades e dinâmicas relacionais, de forma a lhes transmitir segurança, compreensão e apoio (RIBEIRO, 2017).

Dificuldades comportamentais, emocionais e relacionais são efeitos muito prováveis das ocorrências da violência, por isso, ao realizar a intervenção, o profissional precisa desenvolver ações que encorajem a vítima a fazer uma ruptura com a experiência de violência e a romper com o padrão relacional que mantém com o agressor, de forma a construir novas experiências mais adaptativas (RIBEIRO, 2017). O trabalho de acompanhamento às mulheres vítimas de violência deve estar voltado a auxiliá-las a perceber suas necessidades, a romper com o ciclo de violência, e a ajudá-las a desenvolver estratégias mais assertivas de enfrentamento e de prevenção a novas situações de abusos (RIBEIRO, 2017).

2.c) As medidas protetivas no Brasil

No Brasil, dois dispositivos legais foram promulgados com o intuito de combater a violência contra a mulher e fomentar políticas públicas: Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), e a Lei nº 13.104/2015 (Lei do Feminicídio). Essas leis representaram importante conquista para as mulheres e um recurso fundamental para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher³. A Lei Maria da Penha transferiu a violência doméstica do campo civil para o código criminal, além de reconhecer a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos estabelecendo medidas para a sua proteção, assistência e punição e possibilidade de reeducação dos agressores (BRASIL, 2010).

Além disso, existem dois mecanismos que foram criados com o objetivo de aumentar o número de denúncias e a segurança da vítima uma vez que realizam um atendimento especializado para os casos de violência feminina: as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAMS) com o intuito de reprimir a violência sofrida e a Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180).

As DEAMs são unidades especializadas da Polícia Civil a fim de atender as mulheres em situação de violência. A primeira delegacia foi instaurada em São Paulo em 1985 (JUBB, 2010). Desde então, os estados vêm implementando esse mecanismo e, em 2018, de acordo com dados do IBGE, existiam 460 Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher no Brasil, isto é, aproximadamente uma delegacia para cada doze municípios.

Após a Lei Maria da Penha, o papel da DEAM foi ampliado. Primeiramente, a lei alterou a violência doméstica do campo civil para o código criminal. Em seguida, a lei expandiu as responsabilidades e o mandato das DEAMs assim como das demais delegacias de polícia apontando medidas específicas a serem tomadas em caso de violência doméstica. Posteriormente, a lei estabeleceu um mandato para os governos federal, estaduais e municipais, além de ONGs, colaborarem na criação das DEAMs. Além disso, a lei fortaleceu o trabalho de diferentes entidades públicas exigindo a criação de equipes multidisciplinares especializadas em apoio médico, psicológico e de saúde aos sobreviventes da violência doméstica. Por fim, a lei fortaleceu os mecanismos de

³ Ver Cerqueira et al. (2015); Garcia, Freitas e Höfelmann (2013); Azuaga e Sampaio (2017)

financiamento para medidas ao nível estadual: o governo federal fornece financiamento para os estados comprometidos com a implementação da lei Maria da Penha, que inclui o estabelecimento de DEAMs.

Em média, cada DEAM possui 2,6 oficiais estando, geralmente, abaixo do número recomendado de oficiais, de acordo com o tamanho da cidade (BRASIL, 2010)⁴. Assim, há uma dificuldade no andamento do inquérito dado que não são todas as mulheres que retornam à delegacia após o registro da ocorrência. Ademais, a investigação policial dos crimes de violência doméstica por meio da delegacia é demorada. A grande maioria dos servidores não está preparada ou capacitada para o atendimento às mulheres (BRASIL, 2013). As delegacias estão sem alguns serviços específicos e têm horas limitadas de operação (PEROVA e REYNOLDS, 2017). Segundo um estudo conduzido por Sadenberg e Gomes (2010) entrevistando 40 DEAMs localizadas nas capitais de todos os estados, apenas 65% estavam abertas no horário comercial e apenas 58% dos homicídios estavam sendo investigados. Ademais, metade ofereciam orientação psicológica para as vítimas, porém, apenas um quarto ofereceu assistência jurídica.

Em um trabalho realizado para Vitória (ES), Souza e Cortes (2014) encontraram que, em sua maioria, a estrutura é precária: falta de privacidade nos atendimentos, ausência de salas separadas para as crianças que acompanham as mães, dificuldade de ser atendida ao entrar na delegacia por falta de atendentes. Em alguns casos, o atendimento é realizado pela policial que estava disponível no momento. Além disso, Souza e Cortes (2014) identificaram que a mulher e o acusado compartilhavam o mesmo espaço da DEAM ao aguardarem o encaminhamento em alguns casos de flagrante. Ademais, a falta de profissionais é a principal justificativa para que o registro dos boletins de ocorrência e a tomada de depoimentos das vítimas ou testemunhas não ocorram no mesmo momento.

Com a criação das DEAMs, as mulheres passaram a ter um “ponto de partida” para buscarem apoio no combate à violência. Entretanto, as delegacias precisam funcionar de maneira eficaz e de forma integrada a fim de oferecerem um atendimento qualificado que evite a revitimização da mulher que procura a mesma (BRANDÃO, 2014). Pasinato (2006) aponta que o primeiro atendimento dado à vítima é extremamente importante assim como o papel que esse momento passa a ter sobre as decisões que ela tomará quanto a permanecer na relação violenta ou buscar novas saídas para a sua vida.

De acordo com Tauchen, Witte e Long (1991) para que a mulher decida denunciar a agressão se faz necessária duas condições: i) intervenções externas sejam eficazes no combate à violência; ii) vítima tenha condições de se sustentar financeiramente, nos casos em que ela dependa do seu agressor. O apoio emocional da família e dos amigos é fundamental para que as mulheres tomem a decisão de deixar o relacionamento abusivo (SAGOT, 2000; BUNGE e LEVETT, 1998; CAMPBELL, 1998; SHORT, 1998).

Conforme Aizer (2010) as opções externas mais seguras podem desencorajar o uso da violência dentro do casamento. De acordo com Farmer e Tiefenthaler (1996) as mulheres espancadas usam abrigos e outros serviços de apoio afim de sinalizar para o agressor a capacidade que elas possuem de sair do relacionamento. Portanto, o uso desses serviços pode ser um sinal de falta de vontade das mulheres em tolerar a violência doméstica.

O setor policial vem sendo negligente quanto à proteção das mulheres vitimadas (MOE, 2007). No Brasil, as delegacias especializadas no atendimento das mulheres (DEAMS) são bastante procuradas, porém sofrem diversas críticas (SCHRAIBER et al, 2007). Apesar do seu importante papel para a sociedade, em algumas DEAMs não

⁴ De acordo com a Norma técnica o quadro de pessoal das DEAMs deve respeitar o tamanho das cidades: até 100 mil hab. 21 policiais; até 300 mil hab. 42 policiais; até 500 mil hab. 63 policiais; acima de 1 milhão hab. 84 policiais; acima de 1 milhão de hab. 105 policiais;

existem profissionais suficientes para realizar o trabalho sendo alguns cedidos pela própria prefeitura do município. Além disso, os delegados das regiões Norte e Nordeste apontam que falta capacitação exclusiva para os profissionais das DEAMs, a formação é baixa além de faltar reconhecimento ao trabalho destes funcionários resultando em desmotivação por parte dos profissionais (BIROL, 2013).

Segundo Kurg et al. (2002), mesmo que o quadro de funcionários da delegacia seja composto por mulheres e isso aumente a busca por ajuda pelas mulheres vitimadas, comumente os serviços necessários como assistência jurídica e aconselhamento não são prestados nas delegacias. Ademais estudos apontam que criar delegacias especiais para os crimes contra as mulheres fez com que as outras delegacias da região desconsiderassem as queixas feitas pelas mulheres. Um estudo que avaliou as delegacias da mulher na Índia apontou que as vítimas são obrigadas a percorrer grandes distâncias para registrar a ocorrência nas delegacias especializadas não tendo assegurada a rápida proteção policial. Assim, deve se ter uma estratégia voltada para o treinamento dos agentes policiais e incentivos que estimulem o trabalho e o fornecimento de maior variedade de serviços (MITRA, 1998; POONACHA e PANDEY, 1999; HAUTZINGER, 1998).

Para Rodrigues et al. (2016), é imprescindível que a gestão pública implemente programas e serviços efetivos, para o atendimento de vítimas de violência de gênero e seus familiares, de forma a consolidar uma rede intersetorial articulada para o atendimento às mulheres vítimas de violência. Para esses autores, o cuidado com a mulher em situação de violência deve incluir as redes familiar e social da vítima, compreendendo que estas constituem uma importante unidade de apoio e de cuidado (RODRIGUES et al., 2016).

3. ESTRATÉGIA EMPÍRICA

3.a) Dados

A fim de mensurar os impactos da distância entre a DEAM e o local de residência da mulher vitimada serão utilizados os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde do período de 2009 a 2017. O SINAN tem por objetivo fornecer informações para análise do perfil de morbidade através da coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional.

A partir de 2009, a investigação de violência interpessoal ou autoprovocada passou a integrar o SINAN. Esta ficha está no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA⁵, componente contínuo, cujo objetivo é captar informações sobre o perfil dos atendimentos por violências doméstica, sexual e/ou outras violências (autoprovocadas e interpessoais) em unidades de saúde, caracterizando o perfil das pessoas que sofreram violências, o tipo, o local, o perfil do provável autor (a) da agressão, dentre outros.

A notificação de violências é realizada por meio da Ficha de Notificação de Violência interpessoal / autoprovocada. Esta ficha é preenchida nos serviços de saúde, quando da suspeita ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas. Esta ficha é digitada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN NET) pelas equipes locais de saúde. A ficha contém informações sobre dados gerais da pessoa que sofreu a violência,

⁵ O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) é constituído por dois componentes: I) Vigilância das violências doméstica, sexual e/ou outras violências em serviços de saúde (VIVA Contínuo); e II) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da violência/agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso no CID-10.

As violências e acidentes são caracterizados de acordo com as definições constantes do capítulo XX – Causas Externas de morbidade e mortalidade - da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10). Entre os acidentes, encontram-se inclusive acidentes de transporte (V01-V99), quedas (W00-W19), queimaduras (W85-W99, X10-X19) e outros eventos acidentais como queda de objetos, envenenamento etc. As violências consideradas na pesquisa são classificadas em lesões autoprovocadas voluntariamente/tentativa de suicídio (X60-X84), agressões (X85-Y09), maus-tratos (Y05-Y07) e intervenção legal (Y35).

Entretanto, o local de residência da mulher é uma informação sigilosa, por isso foi utilizado os endereços das unidades de saúde que as mulheres se direcionaram como proxies de seus locais de moradia. O primeiro local que a mulher procura ao sofrer violência muitas vezes é uma unidade de saúde (GARCIA et al., 2016), assim tende a ser o local mais próximo de sua residência. Com base no CNES de cada unidade foi realizada uma busca dos endereços tanto na base de dados disponível quanto no site⁶. Posteriormente foram coletadas as coordenadas geográficas de cada uma dessas unidades. Os CNES que não estavam cadastrados foram retirados representando 1,35% da amostra.

As delegacias da mulher foram coletadas com base na pesquisa MUNIC realizada pelo IBGE nos anos de 2009, 2012 e 2014 onde os municípios responderam se possuíam DEAM. Em caso positivo, os endereços foram coletados com base nas páginas oficiais dos governos dos estados ou da polícia civil. Por fim, as coordenadas geográficas desses endereços foram obtidas. Assim, foi possível calcular a distância de cada unidade de saúde para a delegacia da mulher mais próxima.

Além disso, na base ficaram apenas mulheres vítimas de violência que informaram que o sexo do provável agressor era masculino. A variável dependente foi criada como uma *dummy* onde aquelas mulheres que preencheram sim para qualquer um dos tipos de violência (física, psicológica, sexual, tortura, tráfico, financeira ou negligência) e declararam que o autor da agressão era o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado receberam o valor um e as demais zero. Em geral, diferentes tipos de abuso coexistem no mesmo relacionamento.

Sendo assim, a amostra final consiste em 621.911 mulheres entre 2009 e 2017 vítimas de violência pelo parceiro íntimo. A tabela abaixo representa as estatísticas descritivas da amostra.

Tabela 1 – Estatísticas descritivas

Variável	Média (dp)
20 a 29 anos	0,2285279 (0,4198847)
30 a 39 anos	0,1898953 (0,3922185)
Branca	0,4197835 (0,4935238)
Distância	22,08036 (43,04587)
Casada	0,3374679 (0,4728464)

⁶ <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

	0,0724557
Ensino Fundamental	(0,2692412)
	0,1293433
Ensino Médio Completo	(0,3355797)
	0,0241642
Ensino Superior Completo	(0,153559)
	0,5019721
Sudeste	(0,4999965)
	0,1503881
Nordeste	(0,3574517)
	0,1845891
Sul	(0,3879642)
	0,0878631
Norte	(0,2830959)
	0,4541454
Ocorreu outra vez	(0,4978933)
	0,3525311
Alcoolizado	(0,4777586)
	0,6894459
Residência	(0,4627209)
	0,0454583
Ano 10	(0,2083072)
	0,0736583
Ano 11	(0,259575)
	0,1037174
Ano 12	(0,3048939)
	0,1254472
Ano 13	(0,3312256)
	0,1348231
Ano 14	(0,3415349)
	0,1470628
Ano 15	(0,3541688)
	0,158788
Ano 16	(0,3654786)
	0,1864318
Ano 17	(0,3894551)
<hr/>	
Nº obs	621.911

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do SINAN

A partir da Tabela 1, é possível traçar o perfil da vítima de VPI no Brasil onde 22,8% das mulheres estão entre os 20 e 29 anos, 41,9% são autodeclaradas brancas ou amarelas e 33,7% são casadas. Além disso quase 13% possuem ensino fundamental completo e apenas 2,4% têm o ensino superior finalizado.

Quase a maioria dessas mulheres mora no Sudeste (50,1%) enquanto 8,7% residem no Norte do país. E ainda, a distância média entre a unidade de saúde e a DEAM mais próxima é de aproximadamente 22 quilômetros.

Quanto as características da violência, quase 69% ocorreu dentro da sua própria residência e em 35,2% dos casos o autor consumiu bebida alcoólica. Estudos apontam que o uso da bebida alcoólica pelos homens é um indicador de risco para a violência de gênero (MORENO MARTIN, 1999; KYRIACOU, 1998; PARRY et al., 1996;

MCCAULEY, 1995). Além disso, 45,4% das mulheres relataram que a violência já ocorreu outras vezes.

As incidências de violência aumentaram com o passar dos anos, pois, em 2010 teve 4,5% dos registros da amostra enquanto 2017 representou 18,6%. A criação das delegacias das mulheres também é crescente ao longo dos anos o que pode ter contribuído para o aumento dos reportes de violência nas unidades de saúde dado que é um instrumento inibidor da mesma. Além disso, em 2015 foi promulgada a Lei do Feminicídio o que também pode ter encorajado as mulheres a denunciarem dado que é um mecanismo que protege a vítima.

3.b) Metodologia

Os principais modelos binários são o *logit* e o *probit* se diferenciando pelo tipo de distribuição utilizada. Enquanto o *logit* usa a distribuição logística, o *probit* utiliza a normal. Portanto, foi estimado um modelo de escolha em que a variável dependente é binária e indica se a mulher sofreu ou não violência por parceiro íntimo:

$$\Pr(Y_{VPI} = 1|\chi) = G(\beta_0 + \beta_1x_1 + \beta_2x_2 + \dots + \beta_kx_k) = G(\beta_0 + \chi\beta) \quad (1)$$

Em que G é uma função de distribuição acumulada:

$$G(z) = \frac{\exp(z)}{1+\exp(z)} = \Lambda(z) \quad (2)$$

sendo $0 < G(z) < 1$ para qualquer valor de z.

O modelo de escolha utilizado foi o modelo *logit*, em que G, de acordo com Wooldridge (2006), é uma função logística, conforme a equação:

$$G(z) = \Pr(y = 1|\chi) = G(\chi\beta) \quad (3)$$

que está entre zero e um para todos os números z reais. Essa é a função de distribuição cumulativa de uma variável aleatória logística padrão. Esse modelo pode ser derivado de um modelo de variável latente subjacente:

$$y_i^* = \beta_1 + \beta_2X_{2i} + \beta_3X_{3i} + \dots + \beta_kX_{ki} + \mu_i = X_i\beta + \mu_i \quad (4)$$

Segundo Cameron e Trivedi (2009), o formato de um modelo binário básico com variável dependente é definido por:

$$Y = \begin{cases} 1 \text{ com probabilidade } p \\ 0 \text{ com probabilidade } 1 - p \end{cases} \quad (5)$$

sendo que a função de probabilidade para o resultado y é dada por $py(1 - p)^{1-p}$, com

$$E(y) = p \text{ e } Var(y) = p(1 - p).$$

O modelo de regressão é formado ao parametrizar p tal que p dependa de uma função, com x sendo um vetor de regressores $K \times 1$ e β é um vetor de parâmetros desconhecidos. Assim, a probabilidade condicional é definida por:

$$p_i = \Pr(y_i = 1|x) = F(x'\beta) \quad (6)$$

Em um modelo *logit*, $F(.) = \Lambda(.)$, a função de probabilidade condicional é definida por:

$$p_i = \Pr(y_i = 1|x) = \Lambda(.) = \frac{e^{(x'\beta)}}{1+e^{(x'\beta)}} \quad (7)$$

A estimação do modelo *logit* ocorre por máxima verossimilhança. Para uma amostra de N observações independentes, o estimador de máxima verossimilhança, maximiza a função associada ao log-verossimilhança:

$$Q(\beta) = \sum_{i=1}^n [y_i \ln F(x'\beta) + (1 - y_i) \ln\{1 - F(x'\beta)\}] \quad (8)$$

No presente trabalho pretende-se estimar a probabilidade de a mulher ter sofrido ou não violência perpetrada por parceiro íntimo condicionada pela distância da delegacia mais próxima assim como características da mulher e da violência. Assim, a variável dependente y_{VPI} é uma variável binária que representa violência sofrida pela mulher, podendo ser descrita como:

$$\begin{aligned} \Pr(y_{VPI} = 1|\chi) &= \Lambda(\beta_0 + \beta_1 20 A 29 ANOS + \beta_2 30 39 ANOS \\ &+ \beta_3 BRANCA_AMARELA + \beta_4 DISTANCIA + \beta_5 CASADA \\ &+ \beta_6 ENS_FUND + \beta_7 ENS_MEDIO + \beta_8 ENS_SUPERIOR \\ &+ \beta_9 SUDESTE + \beta_{10} NORDESTE + \beta_{11} SUL + \beta_{12} NORTE \\ &+ \beta_{13} OCORREU_OUTRA_VEZ + \beta_{14} ALCOOLIZADO \\ &+ \beta_{15} RESIDENCIA + \beta_{16} ANO_10 + \beta_{17} ANO_11 + \beta_{18} ANO_12 \\ &+ \beta_{19} ANO_13 + \beta_{20} ANO_14 + \beta_{21} ANO_15 + \beta_{22} ANO_16 \\ &+ \beta_{23} ANO_17 \end{aligned} \quad (9)$$

4. RESULTADOS

A Tabela 2 representa os resultados da estimação do *logit*. Os resultados estão descritos em (odds ratio, OR), ou seja, qual é a razão de chances de ocorrência da variável dependente se alterar com a variação de uma unidade na variável independente. Os resultados podem variar de zero a mais infinito, sendo que abaixo de 1 significa uma razão de chance negativa e acima, positiva.

Tabela 2 – Resultados do *logit*

Variáveis	Total
20 a 29 anos	1,743858*** (0,0425049)
30 a 39 anos	1,720014*** (0,0455934)
Branca	1,141582*** (0,0265059)
Distância	0,9989181 *** (0,0001865)
Casada	2,132856*** (0,0476595)
Ensino Fundamental	1,52435*** (0,0650896)
Ensino Médio Completo	1,35179*** (0,043854)

Ensino Superior Completo	1,353232*** (0,988435)
Sudeste	1,890061*** (0,0655939)
Nordeste	0,9102046*** (0,033442)
Sul	2,383134*** (0,1077394)
Norte	1,307212 *** (0,0577482)
Ocorreu outra vez	2,139198*** (0,0452373)
Alcoolizado	1,3588*** (0,0297631)
Residência	1,72184*** (0,0359215)
Ano 10	1,301233*** (0,0904993)
Ano 11	1,532003*** (0,1004988)
Ano 12	1,621422*** (0,1017743)
Ano 13	1,532766*** (0,0931187)
Ano 14	1,721762*** (0,1049475)
Ano 15	2,129934*** (0,1313952)
Ano 16	1,989486*** (0,121294)
Ano 17	2,036969*** (0,1231758)

Fonte: Elaboração própria

A distância da unidade de saúde até a delegacia da mulher mais próxima tem efeito negativo, isto é, quanto mais longe da delegacia menos denúncia as mulheres fazem. Segundo Grossi, Tavares e Oliveira (2008) as delegacias deram mais visibilidade a violência contra a mulher através do aumento das denúncias. Assim, a criação de novas delegacias da mulher se justifica uma vez que elas incentivam um maior número de denúncias dado que as vítimas se sentem mais protegidas.

Além disso, as mulheres da região Sul, Sudeste e Norte possuem uma probabilidade maior de reportar à violência de parceiro íntimo se compararmos as mulheres que vivem no Centro-Oeste. Entretanto, as que moram na região Nordeste têm a sua probabilidade reduzida.

As variáveis de ensino são positivamente correlacionadas com a probabilidade de a mulher reportar a violência. Conforme Martins (2017) a educação possui papel determinante na hora da mulher decidir se deixa a relação e se denuncia o abuso. Além disso, o aumento da escolaridade da mulher faz com que o risco de violência física se reduza (BANCO MUNDIAL, 2003; FUNDACION ESCUELA DE GERENCIA SOCIAL, 2006).

O consumo de álcool pelo agressor também aumenta as chances da vítima reportar à agressão. O excesso de álcool e outras drogas pelo companheiro faz com que as mulheres fiquem ainda mais vulneráveis a situações de violência (VIEIRA, 2014). Segundo Zaleski et al. (2010), a redução do consumo de álcool pode contribuir para reduzir a violência por parceiro íntimo assim, políticas públicas que reduzam o consumo de álcool podem ser benéficas para reduzir a VPI.

A variável que informa se a violência já ocorreu outras vezes possui correlação positiva com o reporte de violência. Sendo assim, reforça a hipótese de que a violência não ocorre em atos isolados, mas sim que se intensificam ao longo do tempo (JOHNSON, 1995; SALES, 2019). A violência acontecer na própria residência também têm efeito positivo na hora de reportar a agressão. Dinizii et al. (2007) aponta que a maioria dos casos ocorrem dentro dos seus próprios domicílios. Segundo estudo da Sociedade Mundial de Vitimologia (2005), no Brasil, 70% dos casos acontecem dentro de casa e o agressor é o próprio marido ou companheiro.

CONCLUSÃO

A criação das DEAMs foi um importante passo na questão do combate à violência contra a mulher juntamente com a Lei Maria da Penha e a Lei do Feminicídio. Entretanto, muitos desses estabelecimentos ficam longe, uma delegacia para em média doze municípios, além de faltarem profissionais capacitados e possuírem uma estrutura precária. O presente artigo apontou que a distância da unidade de saúde até a delegacia da mulher mais próxima tem efeito negativo, isto é, quanto mais longe da delegacia menos denuncia as mulheres fazem. Sendo, a expansão das DEAMS de extrema importância para criar um ambiente seguro onde as mulheres possam denunciar seus agressores.

O primeiro local que a mulher procura ao sofrer agressão é uma unidade de saúde onde se depara com profissionais que não estão preparados para atendê-la (HAISE et al., 1994; TILDEN et al., 1994; FLITCRAFT, 1993; SUGG e INUI, 1992; STARK et al., 1979). Entretanto, a organização dos serviços em uma rede articulada pode garantir eficácia ao atendimento de mulheres em situação de violência doméstica, sendo os profissionais aqueles que exercem o papel de mediadores entre as mulheres e as redes assistenciais (GROSSI, TAVARES e OLIVEIRA, 2008).

De acordo com o presente estudo, diversos fatores potencializam o reporte das agressões nas unidades de saúde. A violência ocorrer na própria residência, ser recorrente e o agressor consumir bebida alcoólica. Sendo assim, ressalta-se que as práticas assistências em saúde precisam ser melhoradas a fim de que possam ser mais efetivas e possam detectar precocemente as mulheres vitimadas antes da ocorrência de incidentes mais graves uma vez que causam danos a sua saúde, mental, física, produtividade e capacidade de se autossustentar.

REFERÊNCIAS

- AIZER, A. The Gender Wage Gap and Domestic Violence. **American Economic Review**, v. 100, n. 4, 2010.
- AMARAL, C. C. G.; LETELIER, C. L.; GÓIS, I. L. & AQUINO, S., 2001. **Dores Visíveis: Violência em Delegacias da Mulher no Nordeste**. Fortaleza: Expressão Gráfica.
- BANCO MUNDIAL. **Desafios e oportunidades para a igualdade entre gêneros na América Latina e Caribe**. Washington, 2003.
- BARSTED, LL;HERMANN, J coordenadores. **Instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos: os direitos das mulheres são direitos humanos**. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.
- BIROL, J. P. A. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2013.
- BRANDÃO, E. R. **Nos corredores de uma Delegacia da Mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.
- BRASIL, Comissão Parlamentar Mista de Inquérito – CPMI – com a finalidade de investigar a situação de violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência. Senado Federal. Brasília. 2013.
- BRASIL. Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres. 2010.
- BRASIL. **Violência intrafamiliar: Orientações para prática em Serviços**. Brasília: Ministério da Saúde e Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.
- BUNGE, VP; LEVETT, A. Family violence in Canada: a statistical profile. Ottawa, **Statistics Canada**, 1998
- BUTCHART, A; BROWN, D. Non-fatal injuries due to interpersonal violence in Johannesburg-Soweto: incidence, determinants and consequences. **Forensic Science International**, 1991, 52:35-51.
- CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics using stata**. College Station, TX: Stata Press, 2009
- CAMPBELL, JC. Abuse during pregnancy: progress, policy, and potential. **American Journal of Public Health**, 1998, 88:185-187.
- COVINGTON, DL; DALTON,VK; DIEHL, SJ; BRENT, DW; PINER, HM. Improving detection of violence among pregnant adolescents. **J Adolescent Health** 1997; 21: 18–24.
- CROWELL, N; BURGESS, AW. Understanding violence against women. Washington, DC, **National Academy Press**, 1996.
- DINIZIII, S, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(5):797-807.
- FARMER, A.; TIEFENTHALER, J. Domestic Violence: The Value of Services as Signals. **The American Economic Review**, v. 86, n. 2, p. 274-79, 1996.
- FLITCRAFT, A.,1993. Physicians and domestic violence: Challenges for prevention. **Health Affairs**, 12:154-161.
- FUNDACIÓN ESCUELA DE GERENCIA SOCIAL. **Violência contra la mujer por la pareja**. Caracas, 2006.
- GALVÃO, EF; ANDRADE, SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do sul do Brasil. **Saude Soc**. 2004;13(2):89-99.

- GARCIA, L. P. et al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Panamericana de Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 251-257, jun. 2015.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S. D.; SILVA, G. D. M. D. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2006.
- GARCIA-MORENO, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **The Lancet**, v. 359, n. 9316, p. 1509-1514, 2002.
- GROSSI, K. P. TAVARES, F.A. Oliveira, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, 14,267-280. (2008).
- GROSSI, P. K.; TAVARES, F.; OLIVEIRA, S. B. A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. **Athenea Digital**, n. 14, p. 267-280, 2008.
- HANADAIH, H, et al. **Violência contra mulheres entre usuárias de serviços**
- HAUTZINGER, Sarah. **Machos and policewomen, battered women and anti-victims: combating violence against women in Brazil**. 1998. Tese de Doutorado. Johns Hopkins University.
- HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. S135-S145, 1994.
- HEISE, L.; PITANGUY, J; GERMAIN, A. Violence against women. **The hidden health burden**. Washignton (DC): World Bank; 1994. (World Bank Discussion Papers, 255).
- HEISE, L.;PITANGUY, J. e GERMAIN, A. **Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud**. 1994.
- HEISE, LL; ELLSBERG, M; GOTTEMOELLET, M. **Ending violence against women**. Baltimore, MD, Johns Hopkins University School of Public Health, Center for Communications Programs, 1999 (Population Reports, Series L, No. 11).
- JARAMILLO, D.E.; URIBE, T. M. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. **Investigación y educación en Enfermería**, v. 19, n. 1, p. 38-45, 2001.
- JOHNSON, M. P. Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. **Journal of Marriage and the Family**, p. 283-294, 1995.
- JONG, L. C., 2000. Perfil Epidemiológico da Violência Doméstica Contra a Mulher em Cidade do Interior Paulista. **Dissertação de Mestrado**, São Paulo: Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- JUBB, N. (Ed.). **Women's police stations in Latin America: an entry point for stopping violence and gaining access to justice**. Centre for Planning and Social Studies (CEPLAES), 2010.
- KOSS, MM; KOSS, PK; WOODNUFF, WJ. Deleterious effects of criminal vitimization on women's health and medical utilization. **Arch Intern Med** 1991;151:342-
- KOSS, MP et al. No safe haven: male violence against women at home, at work, and in the community. Washington, DC, **American Psychological Association**, 1994.
- KUMAR, A.; NIZAMIE, S. H.; SRIVASTAVA, N. K. Violence against women and mental health. **Mental Health & Prevention**, v. 1, n. 1, p. 4-10, 2013.
- KYRIACOU, DN et al. Emergency departmentbased study of risk factors for acute injury from domestic violence against women. **Annals of Emergency Medicine**, 1998, 31:502-506.
- LEONE, J.; JOHNSON, M.; COHAN, C.; LLOYD, S. Consequences of male partner violence on low-income minority women. **Journal of Marriage and the Family**, v. 66, p. 472-490, 2004.
- MANSER, M.; BROWN, M. Marriage and household decision-making: A bargaining analysis. **International economic review**, p. 31-44, 1980.
- MARTINS, J. C. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil. 2017. Tese de Doutorado. **Dissertação de Mestrado em Economia Aplicada**, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Brasil).
- MCCAULEY, J; KERN, DE; KOLODNER, K; DILL, L;SCHROEDER, AF; DECHANT, HK, et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of

- domestic violence in primary care internal medicine practices. **Ann Intern Med** 1995;123:737-46.
- MCFARLANE, J; PARKER, B. Preventing abuse during pregnancy: an assessment and intervention protocol. **Am J Maternal/Child Nursing** 1994; 19: 321–22.
- MCLEER, S; ANWAR, R. Identification of abuse in emergency departments. **Am J Public Health** 1989; 79: 65–66.
- MEZA, D. P. M.; SALGADO, J.C.M.; RODRIGUEZ, J.C.S.; NARANJO, L.J.C., OBANDO, M.N. Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. **Investigación y educación en enfermería**, v. 19, n. 1, p. 18-25, 2001.
- MITRA, N. Best practices among response to domestic violence: a study of government and nongovernment response in Madhya Pradesh and Maharashtra [draft]. Washington, DC, **International Center for Research on Women**, 1998
- MORENO, M. F. La violencia en la pareja [Intimate partner violence]. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 1999, 5:245-258.
- NADER, M. B.; AMORIM, E. O. Silêncio, denúncia e enfrentamento: a violência contra a mulher no interior de Minas Gerais. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress**, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Researching violence against women**. Technical report, 2005.
- PARRY, C et al. **Alcohol attributable fractions for trauma in South Africa**. *Curationis*, 1996, 19:2-5. 84.
- PASINATO, W. **Atendimento às mulheres em situação de violência em Belo Horizonte. O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência**, v. 1, p. 131-167, 2006.
- PEROVA, Elizaveta; REYNOLDS, Sarah Anne. Women's police stations and intimate partner violence: Evidence from Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 174, p. 188-196, 2017.
- POONACHA, V; PANDEY, D. Response to domestic violence in Karnataka and Gujarat. In: Duvvury N, ed. **Domestic violence in India**. Washington, DC, International Center for Research on Women, 1999:28-41.
- RIBEIRO, C. M. Intervenção psicológica em mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 4, n. 01, p. 44-51, 2017.
- RIGER, S.; RAJA, S.; CAMACHO, J. The radiating impact of intimate partner violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 17, n. 2, 184-205, 2002.
- RODRIGUES, V. P.; RODRIGUES, A. D.; LIRA, M. O. S. C.; COUTO, T. M.; DINIZ, N. M. F. (2016). Relações familiares no contexto da violência de gênero. **Texto Contexto Enferm**, 25(3), 2-9.
- SAGOT, M. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países [The critical path followed by women victims of domestic violence in Latin America: case studies from ten countries] Washington, DC, **Pan American Health Organization**, 2000.
- SALES, I. B. **A violência contra a mulher: análises sobre o perfil da vítima, o tipo e a frequência das agressões e de casos de reincidência**. Dissertação (Mestrado em Economia) - Programa de Pós Graduação em Economia (CAEN), Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 52, 2019.
- SARDENBERG, C.; QUEIROZ, de C. G., M. (Eds.). (2010, November). Condições para aplicação da Lei 580 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMS) e nos Juizados de Violência Doméstica e Familiar nas capitais e no Distrito Federal. *Observe - Observatório da Lei Maria da Penha*.
- SCHRAIBER L.B., D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface Comunic Saúde Educ** 1999;3:11-27.

- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA Jr., I.; PINTO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.
- SHORT, L. Survivor's identification of protective factors and early warning signs in intimate partner violence. In: **Third Annual Meeting of the International Research Network on Violence Against Women**, Washington, DC, 9-11 January 1998. Takoma Park, MD, Center for Health and Gender Equity, 1998:27-31.
- SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. S263-S272, 2003.
- SOUZA, L. DE; CORTEZ, Mirian Beccheri. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 3, p. 621-639, 2014.
- STARK, E.; FLITCRAFT, A.; FRAZIER, W. Medicine and patriarchal violence: The social construction of a "private" event. **International Journal of Health Services**, v. 9, n. 3, p. 461-493, 1979.
- SUGG, N. K.; INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. **Jama**, v. 267, n. 23, p. 3157-3160, 1992.
- SUGG, NK; INUI, T. Primary care physician's response to domestic violence. **JAMA** 1992;267:3157-60.
- TAUCHEN, H.V. WITTE, A.D. LONG, S.K. Domestic violence: A nonrandom affair. **International Economic Review**, v. 32, p. 491-511,1991.
- TILDEN, V.; SCHMIDT, T.A.; LIMANDRI, B.J.; CHIODO, G.T.; GARLAND, M.J. e LOVELESS, P.A. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. **American Journal of Public Health**, v. 84, n. 4, p. 628-633, 1994.
- TJADEN, P; THOENNES, N. **Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey**. Washington, DC, National Institute of Justice, Office of Justice Programs, United States Department of Justice and Centers for Disease Control and Prevention, 2000 (NCJ 183781).
- TOLMAN, R. M.; ROSEN, D. Domestic violence in the lives of women receiving welfare: Mental health, substance dependence, and economic well-being. **Violence Against Women**,v. 7, n. 2, p. 141-158, 2001.
- VIEIRA, L. B.et al. Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 366-372, 2014.
- WASELFISZ, J. Jacobo. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. FLACSO Brasil. 2015.
- WALKER, L. The battered woman. Ed. New York-Harper and How, 1979. In: GROSSI, K.P. **Violência contra a mulher na esfera doméstica: mantendo o silêncio**. POA, RS, dissert. Mestrado em Serviço Social. PUC-RS. Mar. 1994.
- WOOLDRIDGE, J. M. **Introdução à econometria: uma abordagem moderna**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Addressing Violence Against Women: Key achievement and priorities**. Disponível em: <
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275982/WHO-RHR-18.18-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: jul. de 2019.
- _____. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

_____. **RESPECT Women: Preventing violence against women.** Disponível em:
<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-
eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: jul. de 2019.

_____. **Violence against women: a priority health issue.** Geneva;1997.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.