

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS
DE DECISÃO E SAÚDE

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

**ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2007
EM JOÃO PESSOA**

**João Pessoa
2011**

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

**ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2007
EM JOÃO PESSOA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde- Nível Mestrado Acadêmico do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos de Saúde

ORIENTADORES: Professora Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
Professor Dr. Ronei Marcos de Moraes

**João Pessoa
2011**

L934a Lucena, Kerle Dayana Tavares de.

Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa-PB/ Kerle Dayana Tavares de Lucena.- - João Pessoa : [s.n.], 2011.

99f. : il.

Orientadores: Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e Ronei Marcos de Moraes.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCEN.

1.Saúde Pública-Modelos de Decisão. 2.Violência doméstica-Mulher.
3.Identidade de gênero.

UFPB/BC

CDU:614(043)

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

**ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
MULHER ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2007
EM JOÃO PESSOA-PB**

Data da aprovação: 21/02/2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
Orientadora
(UEPB)

Prof. Dr. Ronei Marcos de Moraes
Orientador
(UEPB)

Profa. Dr^a. Ana Flávia D'Oliveira
Membro externo
(USP)

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva
Membro
(UEPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Membro
(UEPB)

**João Pessoa
2011**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Lúcia Lucena e Kerginaldo Cavalcante, por me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos, e ao meu esposo Ítalo Medeiros, pela compreensão, amor e carinho. Obrigada!

A missão não é leve: cada ser humano é responsável pelo mundo inteiro. Veja o mundo de outras perspectivas. Não faça do hábito um estilo de vida. Ame a novidade. Só o que está morto não muda.

Clarice Lispector

AGRADECIMENTOS,

A Deus, arquiteto do universo, pela graciosidade da vida e pela oportunidade de recomeçar;

*A minha mãe, **Lúcia Maria Tavares de Lucena**, guerreira, um dos meus maiores orgulhos, exemplo de força e dedicação extrema aos filhos, muitas vezes renunciando seus sonhos em busca de realizar os nossos;*

*Ao meu pai, **Kerginaldo Cavalcante de Lucena**, por se orgulhar com as minhas conquistas, pela referência que sempre foi na minha vida;*

*A **Maria Vitória**, meu amor mais verdadeiro e intenso, minha irmã querida, pelo abraço sincero, pelo beijo mais puro, pelo colo mais gostoso;*

*A minha irmã, **Lúcia Kerla**, pelos laços retomados, pela amizade descoberta, pelos momentos oportunos e significativos;*

*Ao meu irmão, **Katson**, por fazer parte da minha vida e está de certa forma, incluído nos meus sonhos;*

*Ao meu esposo, **Ítalo Kleber Medeiros dos Santos**, por compreender minhas ausências constantes e necessárias, bem como por me ajudar a oxigenar a vida ao longo de quase sete anos de convivência;*

*As minhas amigas, **Italla** e **Ana Karla**, apreço especial, pela escuta terapêutica, e o calor humano em todos os períodos, principalmente nos monossilábicos;*

*A minha amiga, **Márcia Rique**, pela mente aberta, coração pulsante, costas largas. Por entender os meus disfarces, medos, angústias, por torcer e acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não acreditei muitas vezes;*

*À professora, **Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva**, pelo fato consumado de ser quem ela é para mim, pelos anos de convivência estimulante, pela oportunidade de aprendizado inexpugnável;*

*Ao professor, **César Cavalcanti da Silva**, pela amizade, pelo carinho de sempre e por me fazer acreditar que se lutarmos pelo o que queremos com certeza o objetivo será alcançado;*

*Ao professor, **Ronei Marcos de Moraes**, por sua orientação competente e presente nos momentos necessários;*

*À professora, **Ana Flávia D'Oliveira**, pela contribuição valiosa nesse estudo e pela aceitação imediata e carinhosa em participar da minha Banca de Defesa.*

*Ao professor, **Ulisses Umbelino dos Anjos**, por aceitar com simpatia contribuir para a consolidação deste estudo;*

*Aos meus colegas de turma do Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde, em especial, **Chris, Amanda, Gutenberg, Fábio e Renata**, pelas risadas e desabafos em vários momentos;*

*A **Glaube**, pela convivência e estímulo constante, pela amizade solidificada;*

*À **Luana e Jackeline**, pela ajuda durante a fase de coleta de dados;*

*À **Roseana Meira**, pela oportunidade de trabalho no Distrito Sanitário IV e por permitir a conciliação do trabalho com o mestrado;*

*Ao meu amigo, **Roberto Maia**, por todos os momentos compartilhados, crises existenciais e amizade incomparável;*

*Ao meu mais novo amigo e não menos importante, **David Caju**, pelo auxílio nas impressões da Dissertação;*

*Aos meus colegas de trabalho, em especial, **Simone e Acácio**, pela disponibilidade em ajudar sempre;*

À Delegacia da Mulher, pelas informações disponibilizadas;

A todas as mulheres que foram vítimas de algum tipo de violência e lutam por dias melhores;

A todas as pessoas que alimentaram este meu sonho e me impulsionaram a realizá-lo.

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo, ecológico, exploratório, transversal, com utilização de técnicas de análise espacial de dados de área, cuja população foi composta por todas as ocorrências denunciadas por mulheres vítimas de violência doméstica, residentes no município de João Pessoa, no período de 2002 a 2007, na Delegacia Especializada de Atendimento da Mulher em João Pessoa-PB. O objetivo desse estudo foi investigar a distribuição espacial de violência doméstica contra a mulher para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão na elaboração e implantação das políticas públicas de saúde da mulher em áreas específicas da cidade. A análise dos resultados permitiu identificar as áreas de alta e baixa incidência de violência doméstica contra a mulher, como também o risco de cada bairro quando comparados à cidade de João Pessoa. A partir do Índice de *Getis e Ord* produziu-se a decisão das áreas prioritárias que necessitam de intervenção sobre a violência doméstica contra a mulher. Diante dessa realidade, ressaltamos a necessidade de mudanças de prática no que se referem à atenção às mulheres vítimas de violência, articulação entre os serviços de saúde, a Secretaria de Segurança Pública, a Secretaria de Políticas para Mulheres e as Instituições de Ensino, no sentido de reorientação do processo de trabalho das práticas profissionais, promovendo qualificação na lógica da educação permanente nos serviços, como também uma formação profissional que contemple discussões sobre gênero e violência contra a mulher.

Palavras-Chave: Decisão, Violência Doméstica, Identidade de Gênero.

ABSTRACT

This is a quantitative study, ecological, exploratory, transversal, using spatial analysis of areal data, whose population was composed of all occurrences reported by women victims of domestic violence, living in the city of João Pessoa , in the period 2002 to 2007, at the Police Service specialized in Women's violence in João Pessoa. The aim of this study was to investigate the spatial distribution of domestic violence against women to support managers in decision-making process in the development and implementation of public policies on women's health in specific areas of the city. The results identified areas of high and low incidence of domestic violence against women, and also the risk of each quarter when compared to the city of Joao Pessoa. From the Ord and Getis index a decision was produced of wich are the priority areas that need intervention on domestic violence against women. Given this reality, we emphasize the need for changes in practice with regard to attention to women victims of violence, linking health services, the Public Security Bureau, the Secretariat of Policies for Women and Education Institutions, in order to reorient the work process of professional practices, promoting skills in the logic of continuing education services, as well as vocational training that includes discussions on gender and violence against women.

Keywords: Decision, Domestic Violence, Gender Identity.

LISTA DE SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento a Mulher
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LEAPIG	Laboratório de Estatística Aplicada ao Processamento de Imagens e Geoprocessamento
MNT	Modelo Numérico de Terreno
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PB	Paraíba
PIB	Produto Interno Bruto
PMJP	Prefeitura Municipal de João Pessoa
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SIM	Sistema Nacional de Mortalidade
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 Principais atividades envolvidas em Geoprocessamento	25
FIGURA 02 Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios	49
FIGURA 03 Percentual de crescimento por período, da fundação até 2004	55
FIGURA 04 Setorização espacial das diferentes classes sociais, estruturadas pelos principais corredores viários da cidade, a partir do Centro	56
FIGURA 05 Mapa da cidade de João Pessoa, dividida por Distritos Sanitários	57
FIGURA 06 Distribuição Espacial da Incidência de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2002-2005	64
FIGURA 07 Distribuição Espacial da Incidência de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2006-2007	65
FIGURA 08 Distribuição Espacial do Risco Relativo de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2002-2005	66
FIGURA 09 Distribuição Espacial do Risco Relativo de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2006-2007	67
FIGURA 10 Distribuição Espacial da Estatística de <i>Getis e Ord</i> local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2002	68
FIGURA 11 Distribuição Espacial da Estatística de <i>Getis e Ord</i> local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2003	69
FIGURA 12 Distribuição Espacial da Estatística de <i>Getis e Ord</i> local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2004	70
FIGURA 13 Distribuição Espacial da Estatística de <i>Getis e Ord</i> local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2005	71

FIGURA 14 Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para
violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2006 72

FIGURA 15 Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para
violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2007 73

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 Tipos de Dados e Problemas em Análise Espacial	31
TABELA 02 A interpretação da significância para os dados do índice local	36
TABELA 03 População Residente por Bairro - João Pessoa - 2000-2007	51

LISTA DE EQUAÇÕES

(01) Risco Relativo	32
(02) Teste de normalidade de Lilliefors	34
(03) Estatística Global de <i>Getis e Ord</i>	34
(04) Estatística Local de <i>Getis e Ord</i>	35

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - Pirâmide etária para população residente estimada de João Pessoa, 2000	50
GRÁFICO 02 - Pirâmide etária para população residente estimada de João Pessoa, 2009	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A Problemática e o Objeto de Estudo	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 Considerações sobre Geoprocessamento	24
2.1.2 Mapa de Risco Relativo	32
2.1.3 Métodos Estatísticos	33
2.1.4 Índices de Aglomeração Espacial	34
2.2 Considerações sobre Gênero	36
2.3 Violência doméstica contra a mulher	41
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	48
3.1 Cenário do Estudo	48
3.2 Tipo de Estudo	57
3.3 Coleta dos dados	59
3.4 Processamento e análise dos dados	60
3.5 Modelo de Decisão	60
3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	61
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	63
4.1 Apresentação dos Resultados	63
4.1.2 Testes de Normalidades dos Dados	63
4.1.3 Mapa de Incidência	63
4.1.4 Mapa de Risco Relativo	65
4.1.5 Índice de Getis e Ord Local e Global	67
5 DISCUSSÃO	76
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	
Apêndice A - Roteiro de Entrevista semiestruturada	
Apêndice B- Termo de Consentimento da pesquisa	
ANEXO	
Anexo – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa	

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade...

Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal...

Ninguém será submetido à tortura, nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes...

Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito à igual proteção da lei...

A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e têm direito à proteção desta e do Estado.

Declaração dos Direitos Humanos

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Problemática e o Objeto de Estudo

O contexto social das últimas décadas é marcado por transformações políticas e econômicas no mundo ocidental. Essas alterações repercutem em todos os âmbitos da vida social, como na saúde das populações, na organização e distribuição dos eventos de saúde nos territórios, razões pelas quais a área da saúde necessita ser reconhecida na sua complexidade e ter seu enfoque interdisciplinar ressaltado.

No Brasil, a re-significação da saúde passou a ser discutida como pauta do movimento social para uma Reforma Sanitária. Iniciado no contexto das lutas por liberdades democráticas, o movimento pela democratização da saúde resultou na produção do Sistema Único de Saúde (SUS). Depois de garantida a saúde como direito de cidadania, na Constituição de 1988, o SUS ultrapassou sua dimensão jurídica, quando se constituiu a nova política de atenção à saúde do país. Entretanto, um conjunto de fatores tem dificultado avanços mais consistentes para sua efetivação, entre os quais, os fatores relacionados ao planejamento e a gestão, indispensáveis para seu reconhecimento como um novo paradigma de atenção à saúde.

A área da saúde é constituída por uma complexidade que decorre de sua intersecção com as diferentes áreas do conhecimento como a Administração, a Economia, o Direito, a Sociologia, a Estatística, a Geografia e a Informática. Nesse contexto interdisciplinar, segundo Schraiber; D'Oliveira (2008), a violência de uma forma geral e a violência contra a mulher têm sido reconhecidas como questões que mantêm uma situação de comunicação com todas as áreas do conhecimento humano, por seu caráter transversal a todas as dimensões da experiência de viver de homens e mulheres.

A visibilidade desse fenômeno, a partir do Século XX, foi sintetizada na categoria sociológica, gênero, conceito produzido para significar um tipo de violência decorrente das relações desiguais entre os sexos. Desse modo, apesar de a violência não ser um tema exclusivo da área de saúde, ele a afeta sobremaneira, pelos danos físicos e psicológicos que ocasiona, e, a compreensão do seu impacto na vida individual e social implica envolver, em sua análise, outros âmbitos, como o que se refere às condições

socioeconômicas de uma população e às questões ligadas ao estilo de vida, temas relacionados com o território.

Assim, a violência é um fenômeno histórico e social, que apresenta diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades, de acordo com a variação de valores culturais que influenciam os juízos éticos de cada uma delas. As diferenças culturais dificultam a conceituação da violência, todavia certos aspectos que a envolve são mantidos, nas diversas sociedades e culturas, permitindo sua caracterização.

Entre as características que mais se recorrem para conceituar a violência de gênero, encontram-se: o emprego da força física (dimensão biológica), a submissão e a opressão (dimensão psicológica e sociológica). Nessa perspectiva, Schraiber; D'Oliveira (2008) conceituam a violência de gênero como a aplicação de uma força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguém contra seus interesses, vontades e desejos podendo causar-lhe danos à saúde física e mental pela violação da dignidade humana em sua integridade.

As conseqüências da violência, sofrida pela mulher, materializam-se em agravos biológicos, psicológicos, morais e sociais, que dificultam sua experiência de viver a igualdade humana e social plenamente. A persistência e a multiplicidade das formas de expressão dessa espécie de violência, ao longo da história, indicam a importância do tema e a necessidade de se investigar como essa prática interfere no processo de viver, adoecer e morrer de quem as sofre.

A distribuição social da violência contra a mulher, no mundo, aponta o fenômeno como um tipo universal e prevalente, praticado por parceiros ou pessoas muito próximas da vítima. Segundo Schraiber; D'Oliveira (2009), por se tratar de um fenômeno previsível, que resulta em agravos à saúde, até com morte, a violência tem sido considerada uma questão de Saúde Pública, sobretudo por sua previsibilidade e conseqüente possibilidade de prevenção, o que requer análise para o seu enfrentamento e controle.

Os dados de notificação da violência doméstica contra a mulher, no Estado da Paraíba e no município de João Pessoa, não estão organizados em um Banco de Dados. Sua organização facilitaria o trabalho dos pesquisadores, no sentido de dar visibilidade ao problema, além de orientar as autoridades a tomarem decisões com o objetivo de prevenir e/ou minimizar os efeitos desse tipo de violência. Segundo Lucena; Silva (2007), os dados notificados na Secretaria de Segurança Pública do Estado da Paraíba, não coincidem com os dados existentes na Secretaria de Saúde do Município

sobre o tema em questão. Esse desacordo pode estar relacionado à falta de intersectorialidade e comunicação entre as instituições que compõem a rede serviços de atenção à mulher em situação de violência. O fato reforça o interesse para se investigar a problemática e agrega importância a este estudo.

Algumas decisões políticas e institucionais foram tomadas para enfrentar a violência contra a mulher, no Estado da Paraíba, como a criação de Delegacias da Mulher (cinco já instituídas em todo o Estado). A cidade de João Pessoa dispõe de uma delas, a Delegacia de Atendimento Especializado da Mulher – DEAM.

A violência contra a mulher na abordagem de gênero considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres. Contrapõe-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico, que *naturalizou* as desigualdades entre os sexos, determinando consequências que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher de sua emancipação social. Segundo Fonseca (2005), a contradição de gênero é uma das três grandes contradições produzidas na sociedade ocidental. As outras duas são referentes à classe e a raça/etnia.

Considerando a explicação hegemônica sobre a naturalização essencial do feminino e do masculino, ou sobre os gêneros naturalizados, a desigualdade sexual iniciada nos primórdios da história, mantém-se, na atualidade, por meio de interesses sociais igualmente naturalizados, constituindo uma espécie de ideologia, que subverte a compreensão da realidade essencial do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade. No sentido de superar essa realidade, recorreremos às idéias de Chauí (2005), sobre a naturalização dos eventos sociais. A autora afirma que, ao pensamento naturalista, opõe-se o que afirma todos os fenômenos sociais como produtos da ação humana, sendo, por isso, passíveis de ser por elas também transformados.

A mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde, diferentes das necessidades dos demais grupos que compõem a esfera social. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos está mais relacionada com as questões de gênero - como a sua situação de discriminação na sociedade - do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, para que seja possível a montagem de um painel sócio-territorial ampliado da violência doméstica contra a mulher, deve-se considerar a área geográfica em que o determinado evento ocorre. Isso potencializará o olhar dos

pesquisadores/gestores sobre os possíveis focos e áreas/fatores de risco de violência para a construção de estratégias de intervenções no território. (CORREIA *et al*, 2007). A partir do conhecimento produzido nas áreas geográficas, pode-se planejar a oferta de serviços de saúde, como também, avaliar o impacto das ações desenvolvidas. (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000).

Em termos epidemiológicos, há uma série de ocorrências, entre as quais a violência doméstica contra a mulher, que podem ser compreendidas e, sobretudo, enfrentadas quando se articulam a saúde com outras áreas do conhecimento, como o meio ambiente.

Diante da problemática apresentada, questionamos: Como se apresenta espacialmente a violência doméstica contra a mulher em João Pessoa e quais as áreas prioritárias de intervenção?

Para orientar o estudo sobre as questões, formulamos os seguintes objetivos:

Geral:

- Investigar a distribuição espacial de violência doméstica contra a mulher para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão nas políticas de saúde da mulher.

Específicos:

- Identificar a distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher utilizando análise espacial;
- Verificar a incidência da violência doméstica em mulheres no município de João Pessoa entre os anos de 2002 e 2007;
- Produzir um modelo de tomada de decisão com foco na saúde da mulher;
- Eleger áreas prioritárias que necessitam de intervenção sobre a violência doméstica contra a mulher.

“Eu não acredito que existam qualidades, valores, modos de vida especificamente femininos: seria admitir a existência de uma natureza feminina, quer dizer, aderir a um mito inventado pelos homens para prender as mulheres na sua condição de oprimidas. Não se trata para as mulheres de se afirmar como mulheres, mas de tornarem-se seres humanos na sua integralidade”.

(Simone de Beauvoir)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações sobre Geoprocessamento

Segundo Chiesa; Westphal; Kashiwagi (2002), Geoprocessamento pode ser definido como um conjunto de tecnologias que possibilita o reconhecimento das condições socioeconômicas, culturais e do meio ambiente, determinantes do processo saúde-doença da população. Possuem a capacidade de avaliar as chances de vida de uma dada população num dado espaço geográfico através do arquivamento, manuseio e análise de dados geográficos.

Câmara *et al* (2002), permitem a compreensão do Geoprocessamento como um termo que denota a disciplina do conhecimento que emprega técnicas matemáticas e computacionais para o tratamento da informação geográfica. Esta tecnologia influencia de maneira crescente as áreas de Cartografia, Perfis Epidemiológicos, Análise de Recursos Naturais, Transportes, Comunicações, Energia e Planejamento Urbano e Regional.

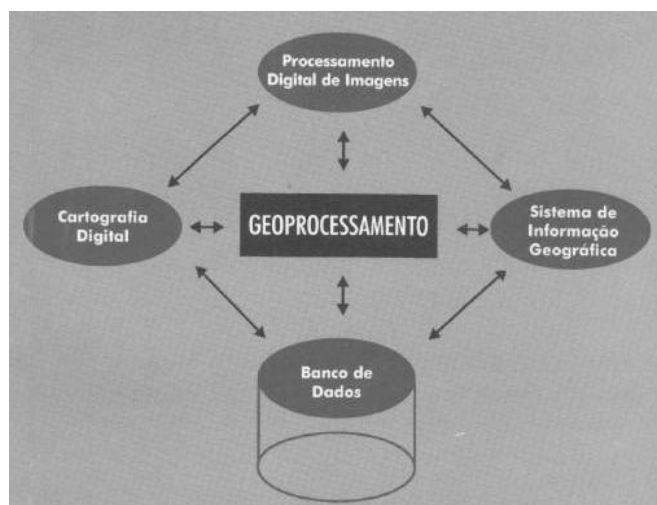
Para Carvalho; Santos (2005), Geoprocessamento é conceituado como um conjunto de tecnologias de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados espaciais (dados geograficamente referenciados, isto é, localizados na superfície terrestre com representação em projeções cartográficas).

Nessa perspectiva, o Geoprocessamento também pode ser compreendido como:

[...] um termo amplo, que engloba diversas tecnologias de tratamento e manipulação de dados geográficos, através de programas computacionais. Dentre essas tecnologias, se destacam: o sensoriamento remoto, a digitalização de dados, a automação de tarefas cartográficas, a utilização de Sistemas de Posicionamento Global-GPS e os SIG (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000. p.14).

Conforme ilustra a **Figura 01**, as principais atividades que envolvem o Geoprocessamento são:

FIGURA 01 – Principais atividades envolvidas em Geoprocessamento



Fonte: FERRARI, 1997.

Analisando as definições percorridas anteriormente por diferentes autores, podemos notar que todos abordam, de maneira geral, a característica principal deste tipo de informação: o tratamento computacional de dados geográficos. Druck *et al* (2004), ao definirem estes sistemas destacam também que são sistemas de integração de tecnologia da informação, na medida que oferecem um gerenciamento de dados e plataformas de modelagem, capaz de integrar uma grande variedade de dados provenientes de diferentes recursos, capturados por diferentes resoluções (segmentos de ruas, análises de zona de tráfego, etc.).

Para um melhor entendimento sobre Geoprocessamento é importante apreender conceitos básicos relacionados à temática. Um deles é o significado de **espaço geográfico**, definido por:

"... um espaço mutável e diferenciado cuja aparência visível é a paisagem. É um espaço recortado, subdividido, mas sempre em função do ponto de vista segundo o qual o consideramos. Espaço fracionado, cujos elementos se apresentam desigualmente solidários uns aos outros [...]. Por conseguinte, surge o espaço geográfico como o esteio de um sistema de relações, algumas determinadas a partir do meio físico (arquitetura dos volumes rochosos, clima, vegetação), outras provenientes das sociedades humanas responsáveis pela organização do espaço em função da densidade demográfica, da organização social e econômica, do nível das técnicas; numa palavra: de toda essa tessitura pejada de densidade histórica a que damos o nome de civilização" (DOLLFUS *apud* SILVA, 1997, p.588)

Nesse contexto, o espaço geográfico é uma totalidade dinâmica, determinada pelas interações entre sociedade e natureza, mediada pelo trabalho social.

O espaço geográfico, cuja percepção visual é a paisagem, é território, é lugar historicamente produzido pelo homem e é também marcado por laços afetivos e referências socioculturais. Desta maneira, a historicidade enfoca o homem como sujeito construtor, situado para além da perspectiva econômica e política, que imprime seus valores no processo de construção de seu espaço (SANTOS, 2008).

Segundo Câmara *et al* (2002), os dados geográficos podem ser estudado de dois modelos: o modelo de **geocampo** (corresponde a grandezas distribuídas espacialmente, como tipo de solo, topografia e teor de minerais) e o modelo de **geo-objeto** (individualizáveis que tem identificação com elementos do mundo real, como lotes num cadastro urbano e postes numa rede elétrica). O **geocampo** representa o mundo como uma superfície contínua, sobre a qual os fenômenos geográficos variam segundo diferentes distribuições. O **geo-objeto** representa o mundo como uma superfície ocupada por objetos identificáveis, com geometria e características próprias.

A utilização da categoria espaço não pode, por isso, limitar-se à mera localização de eventos. Isto porque o lugar atribui a cada elemento constituinte do espaço um valor particular (BARCELLOS; RAMALHO, 2002). Esta categoria adquire valor importante na análise de eventos de saúde através do inter-relacionamento de seus próprios significados. O espaço é resultado da ação da sociedade sobre a natureza, sua configuração incorpora a estrutura social e sua dinâmica. Deste modo, uma cidade ‘produz’ o lugar dos ricos, dos pobres e da indústria, bem como estabelece fluxos de circulação de bens e serviços.

O espaço produzido socialmente exerce pressões econômicas e políticas sobre esta sociedade, criando condições diferenciadas para sua utilização por grupos sociais. Lugares sujeitos a exteriorizações negativas do tipo: próximos a indústrias poluentes, com baixa oferta de serviços urbanos, tendem a concentrar moradores de baixa renda em busca de empregos ou locais de moradia mais barata. As condições ambientais, neste caso, podem atuar como um fator de segregação sócio-espacial (SILVA; ZAIDAN, 2007).

Nesse contexto, os componentes do espaço geram um mecanismo de causa e ação circular em que o espaço é, ao mesmo tempo, produto e produtor de diferenciações sociais, tendo importantes reflexos sobre a saúde dos grupos sociais envolvidos. Este processo relaciona valor e uso do solo de modo a valorizar regiões com melhores condições ambientais e desvalorizar áreas degradadas.

O espaço reúne as transformações ocorridas na sociedade, refletindo mais seu passado do que propriamente o presente. Pessoas e empresas possuem mobilidades espaciais limitadas, o que necessariamente introduz a dimensão tempo nos estudos das relações entre ambiente e saúde, produzindo condições diferenciadas para a evolução de uma população ou atividade humana. É inegável que os grupos populacionais de características sócio-econômicas semelhantes podem possuir perfis epidemiológicos diversificados pelo fato de se localizarem em lugares diferentes, como por exemplo, os aglomerados espaciais subnormais do Rio de Janeiro, Bogotá e Bangkok que têm aspectos habitacionais e demográficos similares, estando, contudo, vulneráveis a riscos diferenciados devido à sua localização (BARCELLOS; RAMALHO, 2002).

Apesar das semelhanças, estes aglomerados populacionais sub-normais não constituem uma região. Isso se explica porque partes componentes de uma região pressupõem critérios geográficos como a extensão e contigüidade da mesma maneira que períodos históricos devem se suceder no tempo (SILVA; ZAIDAN, 2007). Desta forma, incorporar a categoria espaço em estudos de saúde significa não só estabelecer diferenciações entre conjuntos de regiões conforme características que as distingam, mas também introduzir a variável localização nestes estudos. Pressupõe discutir diferenças entre estas regiões e sua relação com a estrutura espacial na qual estão inseridas.

Paim (1997) descreve diferentes abordagens utilizadas na compreensão da relação entre a estrutura social e as condições de saúde. Salienta, ainda, a importância da análise da intervenção do Estado por intermédio das políticas públicas e no atendimento das necessidades de reprodução social dos diferentes grupos sociais. Nesta perspectiva, ressalta a importância da categoria espaço/território como alternativa metodológica para estabelecer uma aproximação entre condições e qualidade de vida:

[...] Na medida em que o conceito de território ou de espaço transcende a sua condição física ou natural e recupera o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde. (PAIM, 1997, p. 11).

Ao considerarmos que o espaço é socialmente construído, este pode indicar as relações entre a saúde e a estrutura social e a estratificação da população, segundo condições de vida. Desta maneira, estudos sobre essa temática poderiam orientar as tomadas de decisões para as políticas públicas no sentido de atingir um dos pressupostos

do SUS (Sistema Único de Saúde), a equidade, e formular intervenções para atingirmos o conceito ampliado de saúde.

As desigualdades sociais que resultam dos determinantes estruturais produzem perfis epidemiológicos diversos, segundo as condições de vida dos diferentes segmentos sociais e dos territórios, assim como padrões de consumo de bens e serviços de saúde diferenciados. Se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, enquanto expressão de desigualdades sociais deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população que ocupam o espaço urbano, perdendo, conseqüentemente, a sua relevância (PAIM, 2006).

Segundo Cowen, (1988) *apud* Moraes; Souza, (2003) os **Sistemas de Informações Geográficas (SIG)** são sistemas de suporte à decisão que integra dados referenciados espacialmente num ambiente de respostas a problemas. Nesse contexto em apreciação Gomes *et al* (2009), destacam que esses sistemas são ferramentas computacionais no campo do Geoprocessamento utilizadas para a manipulação de informações espacialmente apresentadas, permitindo o mapeamento de doenças, acidentes e/ou epidemias que contribuem na estruturação e análise de riscos sócio-ambientais. Estes sistemas permitem a visualização espacial de variáveis como população de indivíduos, índices de qualidade de vida ou vendas de empresa numa região através de mapas. Para tanto, é necessário dispor de um banco de dados e de uma base geográfica (como um mapa de municípios) e o SIG é capaz de apresentar um mapa colorido permitindo a visualização do padrão espacial do fenômeno.

Estes sistemas permitem a visualização espacial de variáveis como população de indivíduos, índices de qualidade de vida ou vendas de empresa numa região através de mapas. Para tanto, é necessário dispor de um banco de dados e de uma base geográfica (como um mapa de municípios), e o SIG é capaz de apresentar um mapa colorido permitindo a visualização do padrão espacial do fenômeno.

Os estudos de Barcellos; Ramalho (2002) permitiram a compreensão de que não há uma única definição para SIG, pois, existem vários tipos de SIG, cada um apresentando propósitos distintos e servindo a diferentes tipos de tomada de decisão. Uma variedade de nomes tem sido aplicada para diferentes tipos de SIG, distinguindo suas funções e papéis.

Compreender a distribuição espacial de dados provenientes de fenômenos ocorridos no espaço é desafiador para a explicação de questões centrais nas mais diversas áreas de conhecimento, dentre elas, a saúde, a geoestatística, a agronomia e

tantas outras. Estudos sobre essa temática vêm se desenvolvendo com uma frequência maior devido à disponibilidade dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG) de baixo custo, com facilidade de acesso e a possibilidade de interfaces com outras áreas, como a da saúde.

Assunção (2001) afirma que a utilização de mapas informatizados poderá auxiliar os processos de tomada de decisão. O autor refere-se ao reconhecimento da Organização Pan-americana de Saúde sobre a importância da localização geográfica para o processo de tomada de decisão, no que se refere às políticas locais de governo.

Análise Espacial

Para Bailey (2001), a análise da distribuição geográfica da incidência de um determinado evento e sua relação com potenciais fatores de risco possibilitam o monitoramento dos problemas. A partir da análise espacial hipóteses são sugeridas para investigação epidemiológica, subsidiando a tomada de decisão. Ao identificarem-se as áreas prioritárias de intervenção da violência doméstica contra a mulher, através da informação geográfica, será possível a aplicação de medidas preventivas contra a violência.

A Análise Espacial comporta identificar padrões espaciais na distribuição de diversos eventos. Cressie (1991), afirma que a dependência espacial existe em qualquer direção, porém, diminui à medida que a localização dos dados sofre dispersão. De acordo com Câmara *et al* (2002) a Análise Espacial inclui um conjunto de métodos de análise exploratória e a visualização dos dados, em geral através de mapas. Através desses procedimentos é possível estabelecer hipóteses sobre as observações, de forma a selecionar o modelo inferencial melhor suportado pelos dados. Segundo os mesmos autores, a análise da distribuição espacial de agravos possibilita determinar padrões da situação de saúde de uma área, evidenciar discrepâncias espaciais que possibilitam a delimitação de áreas de risco para mortalidade ou incidência de eventos morbidos Câmara *et al* (2002). Desta forma, é possível planejar e programar atividades de prevenção e controle de doenças em um grupo homogêneo segundo determinado risco, e assim monitorar e avaliar intervenções direcionadas.

Conhecer as condições de vida e saúde dos diversos grupos populacionais é uma etapa indispensável do processo de planejamento da oferta de serviços e da avaliação do impacto das ações de saúde. A Norma Operacional Básica do Sistema

Único (NOB-SUS) de 01/1996 expressa que: “o enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais” (BRASIL, 1997, p. 15).

Vale salientar que, Saúde Pública e ambiente estão, intrinsecamente, influenciados pelos padrões de ocupação do espaço, pois:

Não basta descrever as características das populações, mas é necessário localizar o mais precisamente possível onde estão acontecendo os agravos, que serviços a população está procurando, o local de potencial risco ambiental e as áreas onde se concentram situações sociais vulneráveis (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000.p. 18).

No que diz respeito à análise da situação de saúde, é imperioso ressaltar estudos da distribuição espacial de problemas de saúde com o objetivo de identificar grupos mais vulneráveis para a adoção de políticas públicas, como é o caso da constatação de uma distribuição bastante desigual da mortalidade infantil em diferentes bairros em cidades como São Paulo, Salvador e Porto Alegre na década de 80, o que demonstra a pertinência da utilização dessa abordagem para subsidiar a tomada de decisão dos gestores o planejamento de suas ações (MENDES, 1998).

Essas investigações sobre desigualdades sociais em saúde recuperaram os estudos ecológicos da epidemiologia para a planificação em saúde e possibilitaram a sua utilização pela mídia, organização da sociedade civil e secretarias de saúde. Na Bahia, observou-se que os resultados foram aproveitados no desenvolvimento de programas entre 1993 e 1996 e na elaboração do Plano Municipal de Saúde (1997-2001) e do Plano Estadual de Saúde (1996-1999). Tais pesquisas revelaram o caráter desigual da distribuição espacial das violências através de mapas de risco de homicídios (PAIM, 2006). Desse modo, foi possível “microlocalizar” o risco de morrer por essa causa e identificar as diferenças intra-urbanas de mortalidade. O mapeamento das áreas de risco permite, portanto, um cuidado diferenciado para populações suscetíveis e a formulação de políticas públicas levando em consideração os espaços de ocorrência das violências ocorridas e das vítimas.

As informações obtidas de um espaço geográfico (área de abrangência do estudo), que depende da localização dos geo-objetos (ou de pontos de um geocampo) são denominadas de dados espaciais, ou seja, são dados que possuem uma localização geográfica definida. Os dados espaciais são compostos por duas componentes distintas: a parte **gráfica**, que representa simbolicamente o geo-objeto ou o geocampo no mapa

(ou imagem) e a parte **não-gráfica**, que armazena as características qualitativas e quantitativas dos geo-objetos ou geocampos (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000).

Segundo Moraes; Souza (2003), as feições geográficas do mundo real são modeladas por geocampos e/ou por geo-objetos. Para explicar sobre problemas relacionados à verificação de dados sobre a ocorrência de uma determinada doença ou ainda, se a distribuição dos casos dessa doença possui um padrão no espaço geográfico, pode-se utilizar a análise espacial para a resolutividade desses eventos.

Nesse sentido, utilizou-se nessa pesquisa dados de área, modelados por geo-objeto, uma vez que os dados de violência doméstica contra a mulher estão agregados ao município de João Pessoa. Os dados de área são utilizados quando não se dispõe da localização exata do evento, desta maneira associa-se às áreas delimitadas por polígonos (CARVALHO; SANTOS, 2005).

Os diferentes tipos e problemas de Análise Espacial de dados geográficos são resumidos na **Tabela 01**.

TABELA 01: Tipos de Dados e Problemas em Análise Espacial

Aplicações	Tipos de dados	Exemplo	Problemas Típicos
Análise de padrões pontuais	Eventos localizados	Ocorrências de doenças	Determinações de padrões/agregamentos
Análise de Superfícies	Amostras de campos e matrizes	Depósitos minerais	Interpolação e Medidas de Incerteza
Análise de áreas	Polígonos e atributos	Dados censitários	Regressão/Distribuições Conjuntas

Fonte: FERRARI, 1997.

Alguns especialistas desenvolvem teorias sobre os fenômenos, com suporte das técnicas de visualização dos SIG. Essas teorias incluem hipóteses gerais sobre o comportamento espacial dos dados. A partir delas, é necessário formular modelos inferenciais que serão validados a partir de procedimentos da Análise Espacial. Os resultados numéricos podem então dar suporte ou ajudar a rejeitar conceitos qualitativos das teorias de domínio (CÂMARA *et al*, 2002).

Nesse sentido, as estatísticas da violência no Brasil, quando analisadas, podem auxiliar na identificação de padrões na distribuição espacial e temporal da violência

e pode levar os órgãos responsáveis pela segurança pública a tomar decisões no combate à violência. O mapeamento e a análise estatística são reconhecidos como poderosas ferramentas para o estudo e controle da violência urbana, uma vez que os mapas ajudam aos gestores a identificar problemas na região de atuação. Considerando a grande carência de informações adequadas para a tomada de decisões sobre os problemas sociais, urbanos, rurais e ambientais, o Geoprocessamento apresenta um enorme potencial para esse auxílio, principalmente se baseado em tecnologias de custo relativamente baixo, em que o conhecimento seja adquirido localmente.

2.1.2 Mapa de Risco Relativo

Ao considerarmos um estudo sobre a incidência da violência doméstica contra a mulher (evento), no município de João Pessoa (região geográfica G), os bairros correspondem as n áreas contínuas e disjuntas, denotadas por $A_1, A_2, \dots, A_n$. Seja X uma variável aleatória, definida como o número de ocorrências do evento, então, as observações das n áreas serão denotadas por $X_1, X_2, \dots, X_n$ (ALVES, 2009). Nesse sentido, a construção de mapas coropléticos (mapas coloridos) deve considerar 1) a criação de intervalos iguais de classes; 2) atribui-se a cada intervalo uma cor; 3) cada cor refere-se a uma área do mapa com a cor correspondente a sua classe (SILVA; MORAES, 2008).

Para atender a um dos objetivos da pesquisa, é importante utilizarmos um indicador que descreva a intensidade de ocorrência do evento considerado, ou seja, a taxa de incidência (ou risco) de X , denotada por θ . Esta é definida como o quociente entre o número de casos ocorridos numa determinada área pela população em risco quanto ao evento. Segundo a definição de Carvalho; Santos (2005) para obtenção do risco relativo:

Definição 1. Seja uma região formada por a áreas contíguas e disjuntas denotada por $A_1, A_2, \dots, A_a$. Sejam ainda $x_1, x_2, \dots, x_a$ e $n_1, n_2, \dots, n_a$, os respectivos número de eventos e a população de cada área. O risco relativo de uma área A_i , denotado por θ_i , é o quociente entre a incidência do evento observado na área i e a incidência observada sobre toda região de estudo.

$$\theta_i = \frac{x_i / n_i}{\sum_{i=1}^a x_i / \sum_{i=1}^a n_i} \quad (1)$$

O risco relativo é a razão da taxa de incidência de um bairro pela taxa de incidência toda a região (João Pessoa). Quando o risco relativo de um bairro é inferior a um, ele também é inferior ao risco de João Pessoa e quando é superior a 1, o risco relativo deste bairro é superior ao de João Pessoa.

A interpretação do mapa de risco relativo, segundo a compreensão de Costa (2006), é feito da seguinte forma:

- 0 a 0,5: Bairros de João Pessoa onde o risco relativo variou entre 0 e 0,5. Bairros onde o risco relativo do atendimento é inferior a metade do risco global de João Pessoa;
- 0,5 a 1,0: Bairros de João Pessoa onde o risco relativo variou entre 0,5 e 1,0. Bairros onde o risco relativo do atendimento é superior a metade do risco global de João Pessoa;
- 1,0 a 1,5: Bairros de João Pessoa onde o risco relativo variou entre 1,0 e 1,5. Bairros onde o risco relativo do atendimento é superior ao risco global de João Pessoa em menos de 50%;
- 1,5 a 2,0: Bairros de João Pessoa onde o risco relativo variou entre 1,5 e 2,0. Bairros onde o risco relativo é superior em mais da metade risco global de João Pessoa;
- Maior que 2,0: Bairros de João Pessoa onde o risco relativo apresentou-se maior que 2. Bairros onde o risco relativo é duas vezes maior que o risco global de João Pessoa.

2.1.3 Métodos Estatísticos

Teste de Normalidade de Lilliefors

Tendo em vista que a escolha do método de análise espacial depende do tipo de distribuição a que os dados pertencem, deve-se aplicar um teste de aderência para verificar esta suposição. De acordo com Alves (2009), o teste de Lilliefors é indicado para determinar, com certa probabilidade, se uma amostra é proveniente de uma população com distribuição contínua. Este teste considera a função distribuição

acumulada da distribuição teórica $F_o(x_i)$ e da distribuição amostral $S(x_i)$ com $i = 1, 2, \dots, n$, analisando a semelhança entre eles. As hipóteses estatísticas são determinadas a partir da hipótese nula $H_o: F(x_i) = F_o(x_i)$ e alternativa $H_1: F(x_i) \neq F_o(x_i)$. Caso a função distribuição acumulada da amostra $S(x_i)$ seja aproximadamente igual a da $F_o(x_i)$ então a hipótese nula será aceita. Desta forma é determinada se a máxima diferença observada entre a distribuição amostral, a distribuição amostral e a distribuição teórica leva a rejeição de H_o .

$$D_{\text{obs}} = \max_i |S(x_i) - F_o(x_i)| \quad (2)$$

2.1.4 Índices de Aglomeração Espacial

Getis e Ord

As técnicas de análise associadas ao tipo de dados abordados são denominadas análises espaciais e se baseiam em métodos gráficos e estatísticos. O objetivo das técnicas de estatística espacial para dados de área é estudar o fenômeno da dependência espacial. Para tanto são utilizados índices que medem associação espacial, gráfico de espalhamento e mapas para identificar possíveis agrupamentos, áreas de transição e casos atípicos (ALVES, 2009).

O índice de *Getis e Ord* (G) é uma medida de associação espacial não-paramétrica cuja função é medir as dependências espaciais. Este índice pode ser analisado ou aplicado aos dados em que a distribuição não foi normal, com o objetivo de identificar aglomerações espaciais, ou seja, realizações de uma mesma variável aleatória em lugares distintos do espaço (SILVA; MORAES, 2008).

As estatísticas de *Getis e Ord* são estimadas a partir de grupos vizinhos da distância crítica d de cada área i . A distância crítica é formada a partir de uma matriz de proximidade W , em que cada elemento é dito em função da distância crítica, $w_{ij}(d)$. *Getis e Ord* propuseram duas funções estatísticas: A estatística global $G(d)$ que é similar às medidas tradicionais de aglomeração espacial que se resume a um único valor e as estatísticas locais G_i e G_i^* , que são medidas de associação espacial para cada área i (SILVA; MORAES, 2008). A estatística Global $G(d)$ é dada por:

$$G(d) = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n w_{ij}(d) x_i y_j}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n x_i y_i} \quad (3)$$

Em que x_i é o valor observado na posição i e $w_{ij}(d)$ é um elemento da matriz de proximidade. O índice global de *Getis e Ord* fornece um valor que caracteriza a associação espacial existente em toda região de estudo. Este índice mede a autocorrelação espacial de todas as áreas que estão a uma distância d_{ij} inferior a d . A partir de um nível de significância, que é definido como a probabilidade de rejeitar a hipótese nula - existência de autocorrelação espacial, que mede o quanto o valor observado de um atributo numa região é independente dos valores desta mesma variável nas localizações vizinhas - sendo ela verdadeira, o valor-p é confrontado com a significância adotada definindo a significância do índice *Getis e Ord* gerado.

Sua avaliação é feita a partir do valor do índice e de sua significância: o valor positivo e significativo de $G(d)$ indica aglomeração espacial de valores elevados, enquanto valores negativos e significantes de $G(d)$ indica aglomeração espacial de valores pequenos. Nesse estudo, a hipótese que se pretendeu verificar para a construção do modelo de decisão foi: verificar se há aglomerações espaciais da violência doméstica contra a mulher nos bairros do município cenário de estudo, para assim, destacarmos as possíveis intervenções. Desta forma, o índice de *Getis e Ord* global não nos informa a área exata de aglomeração espacial, por isso, necessitamos calcular o índice local de *Getis e Ord*, identificado através da seguinte equação:

$$G_i^*(d) = \frac{\sum_{j=1}^n w_{ij}(d) x_j}{\sum_{j=1}^n x_j} \quad (4)$$

O índice local, que é associado a cada área A_i , permite uma análise mais detalhada da associação espacial dos dados (ANSSELIN, 1992, *apud* ALVES, 2009). O índice de *Getis e Ord* apresenta um p-valor que testa a significância da estatística gerada. Será considerada significativa se o p-valor for menor que a significância adotada. Nesse estudo, adotamos em todos os testes um nível de significância igual a 5%. A interpretação do índice local é realizada da seguinte forma: valores padronizados positivos e significantes (p-valor menor que 5%) indicam uma aglomeração espacial de valores altos. Os valores das estatísticas padronizadas negativas e significantes (p-valor menor que 5%) apontam para uma aglomeração espacial de valores baixos.

TABELA 02: A interpretação da significância para os dados do índice local.

Estatística	p-valor
Negativa	$p < 0,005$
Negativa	$0,005 < p < 0,025$
Negativa	$0,025 < p < 0,05$
Negativa	$p > 0,05$
Positiva	$p > 0,05$
Positiva	$0,025 < p < 0,05$
Positiva	$0,005 < p < 0,025$
Positiva	$p < 0,005$

Fonte: ANSELLIN(1992) *apud* COSTA, 2006.

2.2 Considerações sobre Gênero

Saffioti (2004) considera que a formação do sujeito é um processo que envolve a dimensão da natureza e a dimensão social, permeado pela cultura. Isso significa que, nessa construção, os seres humanos se reconhecem a partir de fatores naturais, os biológicos e a partir de fatores sociais, os que se referem às diferentes identidades.

Ambas as dimensões, a biológica e a social são responsáveis pela determinação do ser homem e do ser mulher e lhes confere as funções sociais específicas, para cada ser, dos diferentes sexos. Contudo, na dinâmica social e histórica, o ser do sexo masculino tem submetido o ser do sexo feminino ao seu domínio, por meio de uma opressão, denominada opressão de gênero. Esse fato estabeleceu uma *desigualdade* entre os sexos. A desigualdade é uma categoria sociológica que, contraditoriamente, tem encontrado explicação na dimensão da natureza, quando se atribui ao sexo masculino um privilégio hierárquico em relação ao sexo feminino, considerando a *diferença genética*, portanto biológica, entre os dois sexos (SAFFIOTI, 2004).

O mecanismo da naturalização – processo que torna artificialmente biológica a *desigualdade*, uma categoria que é sociológica, autoriza a violência doméstica e encobre a realidade de que homens e mulheres são *necessariamente diferentes*, mas, somente contingentemente *desiguais*. Por essa razão, Santos (1999, p. 62) defende o direito dos seres humanos à igualdade e à diferença como contingência, quando afirma: “temos o direito de ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza”.

A associação da violência contra a mulher como uma negação dos Direitos Humanos ampliou o campo de estudos do fenômeno e sua compreensão no enfoque de gênero intensificou-se, no mundo e no Brasil, ao final da década de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista. Data também desta época a incorporação do tema pela academia, nas diversas áreas de pesquisa que discutem a condição do homem e da mulher na sociedade, à luz das desigualdades entre os sexos.

O gênero é uma construção social colocada para um corpo sexuado e é também uma das categorias fundantes da significação do poder. Na maioria das sociedades as relações de gênero são desiguais e a assimetria do poder entre os sexos, decorrente dessa desigualdade, reflete-se nas leis, manifesta-se também na elaboração das políticas e se objetiva nas práticas sociais (SCOTT, 1995).

Bourdieu (2003), afirma que a visão dominante da divisão sexual mostra-se presente tanto nas esferas sociais e culturais como na estruturação dos espaços públicos e privados. Tornou-se natural, normal e inevitável, apresentando-se como um princípio universal de visão e divisão, ou seja, um *habitus*. Para o autor, *habitus* refere-se ao senso que norteia a situação, a ação, as preferências e a visão de mundo dos indivíduos.. Seu funcionamento ocorre através de transferências de esquemas geradores, os quais, segundo Bourdieu (2003):

[...] Não são nem uma soma de reflexos locais mecanicamente agregados nem um produto coerente de um cálculo racional [...] Permitem construir a situação como uma totalidade dotada de sentido, numa operação prática de antecipação quase corporal, e produzir uma resposta adaptada [...] Apresenta-se como uma totalidade integrada e imediatamente inteligível (p.143-144).

Desta forma, segundo Bourdieu (2003), as mulheres definem suas condutas e percebem-se a partir da visão hegemônica pautada na desigualdade, dando assim a aparência de um fundamento natural a uma identidade que lhes foi socialmente imposta.

As relações entre dominados e dominantes caracterizam-se por relações de poder. Nestas, a parte dominada aceita passivamente uma submissão impensada, construída pelos dominantes. Essas relações são moldadas a partir de dicotomias, que agem como categorias de percepções. De modo que, quando a parte dominada questiona alguma dessas categorias, ela aplica a si mesmo, sem o saber, o ponto de vista do dominante, adotando, de algum modo, para se avaliar, a lógica do preconceito desfavorável (DE FERRANTE, 2008).

Do mesmo modo se aplicam as desigualdades nos corpos sexuados, que são construídos pelo mundo social, justificadas por diferenças biológicas. Conforme explica Bourdieu (2003):

Ao se aplicar todas as coisas do mundo, a começar pela natureza biológica do corpo [...] este programa social naturalizado constrói - ou institui - a diferença entre os sexos biológicos de acordo com os princípios de uma visão mítica do mundo, princípios que são eles próprios o produto da relação arbitrária de dominação dos homens sobre as mulheres, a qual está inscrita na realidade do mundo, enquanto fundamental da ordem social (p.145).

Assim, as desigualdades de gênero se consolidam através dos corpos das mulheres e sobre a naturalização do papel feminino por sua função reprodutora. Kronbauer; Meneghel (2005) afirmam que:

Ela (a desigualdade) é delineada a partir de uma realidade concreta que é seu próprio corpo. É o próprio corpo da mulher a sede da contradição básica e sua condição. A natureza colocou nesse corpo a função biológica de reprodução [...] Tal fato colocaria a mulher numa situação de grande poder, mas uma vez que a referida função está atribuindo à mulher a posição de subordinada. Assim, o corpo da mulher assume, também, uma função social, que é o uso da função biológica como objeto de manutenção da espécie humana (p.13).

Gênero corresponde, portanto, a um conceito histórico, passível de ser modificado, pois foi constituído por relações sociais, culturais e políticas, permeadas por instituições e representações. Esse conjunto de relações forma uma rede social de poder hierárquico, por colocar a mulher num patamar secundário, inferior e desigual ao do homem, produzindo, assim, as desigualdades. Estas devem ser analisadas, combatidas e explicadas com o objetivo de tornar as relações entre os sexos, não mais entre desiguais, mas entre diferentes.

Segundo Ramalho (2001), as narrativas fundadoras da cultura ocidental organizavam-se em volta dos dois sexos desiguais. Nesse enfoque os homens eram os protagonistas e às mulheres restava apenas um papel secundário no drama social. Nessa situação social, as mulheres eram consideradas o segundo sexo que existia em função do primeiro, o homem. Tal discrepância estaria relacionada com a distinção que ocorre entre natureza e cultura, na qual as mulheres são identificadas com o estado de natureza e os homens com a ação da cultura, de modo que o sexo das mulheres é compreendido como uma extensão da natureza e o dos homens representa *a intervenção* que o ser humano faz sobre a natureza, que se denomina cultura.

Nesse enfoque, a naturalização ou o essencial do feminino e do masculino trata sobre os gêneros naturalizados. Contudo, sendo as sociedades produzidas

historicamente através das culturas, e estas traduzidas como resultado da ação apenas do sexo masculino, a desigualdade sexual, que teve início nos primórdios da história, mantém-se, por meio de interesses sociais igualmente naturalizados que, na atualidade, constitui uma espécie de ideologia. Esta subverte a compreensão da realidade essencial do humano e interdita a igualdade entre os sexos no âmbito da diversidade.

A esse discurso opõe-se aquele que afirma que a humanidade do ser humano é socialmente construída nas relações sociais (FONSECA, 2005). Tal compreensão pressupõe que todos os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados. Assim, o modo dominante de se explicar as relações patriarcais de gênero, tem base na historicidade das instituições e nos modos de vida social, que permitiram a explicação do universo feminino considerando-se, sobretudo, a dimensão biológica, em uma interpretação que atende a interesses sociais dominantes (GUEDES; SILVA, 2007).

Para Fonseca (2005), a categoria gênero possibilita a compreensão dos processos destrutivos da vida das mulheres, assim como de seus efeitos sobre a saúde em suas múltiplas dimensões. Desse modo, essa categoria reveste-se de potencial para explicar, à luz das relações de poder entre os sexos, processos de saúde-doença das mulheres como uma produção social.

O movimento social de luta para a superação do modelo de atenção à saúde da mulher critica seu caráter biologicista, que se revela no recorte de eleição do enfoque da saúde materno-reprodutiva como principal finalidade do trabalho em saúde (MALIK; SCHIESARI, 1998).

Segundo Fonseca (2005), a subalternidade social feminina reflete-se diretamente nas condições de adoecer e morrer de mulheres, tanto quanto nos consumos dos serviços de saúde, que muitas vezes são tão prejudiciais, quanto às condições de vida que determinam os agravos, pois:

A amplitude da compreensão da saúde da mulher subjaz às possibilidades de interpretação do seu processo saúde-doença enquanto fenômeno social. De um lado, enquanto saúde materna, saúde reprodutiva, “saúde feminina”, o objeto do processo de trabalho em saúde coletiva é a capacidade reprodutiva da mulher com a finalidade da produção e reprodução dos corpos sociais (força de trabalho). Mesmo numa compreensão mais ampliada que concebe a mulher enquanto trabalhadora, a finalidade ainda se reporta ao desempenho de sua função social como suporte para o sistema capitalista. Somente a visão da saúde da mulher subjacente à visão de cidadania e de direitos sociais transforma em objeto o seu perfil de saúde-doença com a finalidade de torná-la cidadã, sujeito de transformação social (FONSECA 2005, p.450)

Tradicionalmente, a mulher tem sido compreendida no contexto de um “universo feminino” que compõe os processos de reprodução social. Nesse sentido, a importância, o significado das relações entre os gêneros assume uma qualidade essencialista. Valoriza-se, no “universo feminino”, a mulher enquanto reprodutora da espécie humana. Seu papel na família é definido, sobretudo, para o cuidado com os filhos, com o lar e com a vida doméstica.

Ao analisar essa realidade, Fonseca (2005) afirma que as práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las. A autora defende a ideia de que, para haver uma prática generificada na atenção à saúde da mulher, ou seja, para que o processo de trabalho em saúde da mulher opere com seu potencial transformador é imprescindível que se considerem os seguintes pontos:

“1- partir do pressuposto de que na sociedade existe uma prática de desigualdade e não do suposto ideal de que a sociedade é igualitária. Daí decorre que as práticas sociais da saúde têm sido muito mais reiteradoras que transformadoras das condições sociais vigentes por não levarem em conta essa dimensão;

2-assumir a politicidade intrínseca da prática em saúde abrindo mão da suposta noção de neutralidade científica. No caso das mulheres trabalhadoras da saúde, isto significa levar em conta ou mesmo assumir e engajar-se na luta das mulheres pela transformação da sua condição de subalternidade social e não permanecer alheia a ela como se não fizessem parte do contingente feminino, igualmente subordinada à condição de superioridade masculina;

3-assumir que essa politicidade somente será transformadora se for garantida a participação das mulheres em todas as fases do processo de intervenção para garantir efetivamente a obtenção dos benefícios diferenciados por sexo/gênero;

4-possibilitar o estabelecimento de sistemas de comunicação direta com as mulheres que sejam capazes de identificar realidades que escapam àqueles que emitem a fala autorizada. Tal comunicação deve ser buscada através da identificação de grupos organizados na coletividade e não reportar-se somente àquela estabelecida com a clientela que ocorre às instituições de saúde;

5-haver transformação efetiva dos conteúdos e métodos de qualificação da força de trabalho indo desde o ensino até aos programas de capacitação/qualificação de pessoal, incluindo nestes, reflexões sobre as especificidades do trabalho de cada categoria funcional especialmente as predominantemente femininas, como no caso da enfermagem, serviço social ou de algumas especialidades da medicina;

6-produzir conhecimentos que abdicuem de sua conotação predominantemente biologicista, androcêntrica, branca e adulta, em favor de estudos/pesquisas que levem em conta a diferenciação social como determinante dos fenômenos estudados.

7-transformar o cotidiano da vida de cada trabalhadora de saúde no sentido de buscar construir uma sociedade mais justa e igualitária onde ser mulher signifique viver com dignidade e justiça” (FONSECA 2005-p. 452).

2.3 Violência Doméstica Contra a Mulher

Ângulo-Tuesta; Jesús (1997) apontam a dificuldade de definição do termo mais adequado para essa problemática, elencando uma variedade de termos que se referem ao mesmo fenômeno: violência contra a mulher, violência intrafamiliar, violência conjugal, violência doméstica contra a mulher e violência de gênero, o que demonstra a complexidade do fenômeno.

Dantas-Berger; Giffin (2005) afirmam que esse problema conceitual é acostado em um tipo de ambigüidade terminológica, devido ao não-consenso para designar a violência praticada contra a mulher. As autoras consideram sinônimos: a violência de gênero e a violência contra a mulher, por serem mais abrangentes, incluindo nesse contexto todas as relações praticadas por homens contra as mulheres, pautadas em uma relação de poder. Entretanto, apontam que, por ocorrerem mais comumente no âmbito familiar ou entre parceiros íntimos, chamar de violência doméstica ou violência intrafamiliar são outras possibilidades de eventos de gênero praticados contra as mulheres.

As definições de violência variam de acordo com diversos fatores, tais como as visões culturais de mundo e dos modelos explicativos na compreensão desse fenômeno, relacionados com os direitos e o cumprimento de regras sociais vigentes de cada região, sendo, portanto, difícil sua definição.

Historicamente, seu conceito vem sendo ampliado, devido a uma conscientização da população acerca dos direitos dos cidadãos e dos efeitos que a violência ocasiona ao desenvolvimento físico, emocional e social dos sujeitos envolvidos.

Etimologicamente, o termo violência deriva do latim, *vis* e quer dizer força. Para Chauí (2006), a palavra violência possui cinco significados distintos:

“Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser; 2) todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror” (CHAUI, 2006 p.341-342).

De acordo com a autora, a violência está relacionada à noção de constrangimento e ao uso da superioridade física sobre o outro, a conflitos de classes e de autoridade nas lutas pelo poder. Considera a violência resultado de uma relação de desigualdade, possibilitada pela maneira como a hegemonia considera a diferença, ao permitir a expressão da força de dominação, opressão e exploração. Assim, a violência se revela como uma ação que reifica o ser humano, uma vez que o impede de ser sujeito na relação com o mundo.

Segundo o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde elaborado pela OMS, a violência é responsável anualmente pela morte de mais de um milhão de pessoas e de muitas outras por lesões não fatais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No Brasil, desde a década de 1970, a violência é considerada uma das principais causas de morbimortalidade (GARCIA, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, as violências e os acidentes, juntos, representam a segunda causa de óbitos no quadro da mortalidade geral brasileira (BRASIL, 2002). Na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes, sendo destes 400 mil por homicídio (LAURENTIS; BUCHALLA, 1997).

A violência sofrida pela mulher materializa-se em agravos biológicos, psicológicos e sociais e esse fato não impacta apenas a saúde, mas a vida da mulher em todas as suas dimensões. A persistência e a multiplicidade das formas de expressão da violência contra a mulher, ao longo da história, indicam a importância do tema e a necessidade de se investigar como essa prática interfere no processo de viver, adoecer e morrer de quem as sofre (LUCENA; SILVA, 2007).

Para o Ministério da Saúde, a natureza dos atos da violência pode ser classificada em três modalidades de expressão: violência física, violência sexual e violência psicológica. Esses tipos de violência geralmente não se apresentam isoladamente, tendo como manifestação mais extrema o homicídio (BRASIL, 2003a).

A **violência física** ocorre quando uma pessoa que se encontra em relação de poder, causa ou tenta causar dano não acidental a outra pessoa, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que possa provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. A **violência sexual** ocorre quando uma pessoa é usada por outra e que através de ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, busca sua própria satisfação, podendo não ter o contato sexual ou incluir o contato sexual sem ou com penetração. Trata-se também da situação de exploração sexual visando o lucro. O abuso ou violência psicológica define-se como toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui ações em seu repertório como: rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos (BRASIL, 2003b).

A violência doméstica é definida por Minayo (2005), como atos cometidos por familiares, companheiros ou ex-companheiros que vivam ou não no mesmo ambiente, podendo ser cometida dentro deste ou não. Ela ocorre, predominantemente, no interior do domicílio, porém, é comum que o agressor persiga sua vítima no ambiente de trabalho, não descaracterizando, com isso, a violência doméstica.

De acordo com Schraiber; D'Oliveira (2000), esta definição submete-se ao referencial de gênero:

[...] Ressalvando deste a perspectiva sempre relacional em que, reativa ou não, toda a situação de relação na qual as mulheres participam, são, elas também, construtoras das interações ali produzidas. Partícipes, muitas vezes, como sujeitos de menor poder e menor valor social, mas sempre de algum modo, sujeitos de relações estabelecidas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2000, p.30).

Neste estudo, utilizamos o termo violência contra mulher no âmbito doméstico, distinguindo os seguintes elementos: a) o uso da força física ou verbal que prejudica ou ameaça a vida e o corpo da mulher na integridade física, emocional ou sexual; b) a coerção como forma de perpetuar a subordinação feminina e c) que esse agravo seja produzido pelo parceiro com quem estabelece ou estabeleceu uma relação íntima.

Heise; Pitanguy; Germain (1994) assinalam que a forma mais endêmica de violência contra a mulher é a violência conjugal. Em vários países, entre um quarto a mais da metade de mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente pelo parceiro atual ou anterior. Ainda um percentual maior permanece em condições de abuso emocional e psicológico.

As autoras citam ainda, o Informe sobre o “Desenvolvimento Mundial” elaborado pelo Banco Mundial em 1993. O documento apresenta uma estimativa dos anos potenciais de vida perdidos por homens e mulheres por distintas causas. Segundo essa análise, a violação e a violência doméstica aparecem como causa significativa de incapacidade e morte entre mulheres na idade reprodutiva, seja no mundo industrializado ou em desenvolvimento. Esse informe assinala que nas economias de mercado, a vitimização de gênero representa quase um ano de vida perdido por mulheres de 15 a 44 anos, para cada cinco anos de vida saudável.

De acordo com Giffin (1994), no Brasil, um estudo realizado em 1987 revelou 2.000 casos de violência contra a mulher. Todos os casos foram registrados em uma Delegacia de Mulheres em São Paulo, dos quais 70% ocorreram no lar, tendo sido quase em sua totalidade praticados pelo parceiro. Desses casos, 40% resultaram em danos sérios à saúde. O mesmo estudo realizado nos EUA revelou que, entre as 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas, a violência doméstica é a causa principal, sendo o abuso o fator condicionante.

A mesma autora afirma que as consequências não mortais de violência doméstica contra as mulheres no mundo, praticadas por parceiros, resultaram em agravos à saúde/saúde mental, como: lesões permanentes e problemas crônicos. Entre tais agravos encontram-se: dor de cabeça, dores abdominais, infecções vaginais, distúrbios do sono e alimentação, síndrome do pânico, depressões, tentativas de suicídio, apatias e doenças de efeito tardio, como: hipertensão, artrite e doenças cardíacas. Acrescenta que os efeitos da violência relacionados ao trauma psicológico são potencializados pelo fato de o agressor ser pessoa da convivência, o que amplia as possibilidades de agressão e a vulnerabilidade das mulheres.

No Estado da Paraíba, dados sobre as causas de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) revelaram: suicídios, homicídios e lesões intencionais indeterminadas, no ano de 1999: 34 casos no universo de 944 óbitos; no ano de 2000: 47 casos no universo de 984 óbitos; no ano de 2001: 52 casos no universo de 1049 óbitos e no ano de 2002: 56 casos no universo de 1.081 (GUEDES, 2006).

Os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por grande parte de mulheres vítimas da violência doméstica. Contudo, nesses serviços, muitas vezes não se valorizam a violência em si, mas a lesão ou o dano causado por ela. Isto porque a lesão constitui o problema específico da área da saúde, sobretudo no enfoque hegemônico do

modelo de assistência cartesiano, fragmentado e exclusivamente biológico (COELHO, 2001).

Desse modo, mesmo uma violência explícita não é reconhecida como tal, não é devidamente valorizada, nos serviços de saúde. Isto favorece sua invisibilidade como fenômeno social e interfere no processo saúde-doença de uma população. Nesse contexto, a violência doméstica constitui um problema de saúde pública. Seu enfrentamento requer a intersectorialidade: a articulação dos serviços de saúde com outras instituições, como as Secretarias de Segurança e Delegacias da Mulher (LUCENA, 2008).

Ao observar o histórico das ocorrências, material de análise de um estudo realizado em João Pessoa por Lucena; Silva (2007) verifica-se em grande parte dos relatos que as vítimas não desejavam encaminhar juridicamente, o caso de violência doméstica denunciado. Ou seja, denunciavam seus agressores, mas não concordavam com a punição por meio da privação da liberdade. Isso pode significar uma demonstração de que as mulheres em situação de violência querem apenas recorrer a um poder com potencial para fazer frente ao poder do agressor.

Essa observação tem suporte na identificação de uma característica marcante no atendimento da DEAM que é a utilização do poder de polícia, através do mecanismo da intimação, para mediar uma renegociação da relação entre o casal e reordenar as relações de poder no espaço privado. Essa mediação tem caráter de intimação policial e se traduz, na prática, em um processo de intimidação do agressor, intervenção na qual, muitas mulheres depositam a esperança de mudanças na relação. O fato foi interpretado por Guedes (2006), como uma busca das vítimas por um poder, o da autoridade civil, para enfrentar o poder físico e simbólico que lhe ameaça, como uma solução para desconstruir a forma extrema de desigualdade de poder presente em sua relação conjugal.

No sentido de enfrentar a violência doméstica contra a mulher, a Lei Maria da Penha (BRASIL, LEI 11.340/2006) traz avanços que vislumbram a possibilidade de estratégias mais eficazes de enfrentamento e prevenção desse tipo de violência. Entre os avanços, tem-se a possibilidade de determinação judicial sobre o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. Ainda é prevista a promoção de campanhas e programas educativos, voltados para a sociedade em geral, enfatizando-se os direitos humanos, os valores éticos e o problema da violência contra a mulher no ambiente doméstico. A Lei determina, ainda, a integração operacional dos

órgãos do Poder Judiciário e das áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação e a constante capacitação de seus agentes nas questões de gênero e raça.

O envolvimento dos diversos órgãos e profissionais, assim como a reeducação da sociedade e dos agressores poderá trazer bons resultados para o combate ao fenômeno. Porém, é preciso considerar-se que as raízes da violência de gênero são mais profundas e encontra-se na desigualdade que é transversal a todos os aspectos da sociedade e da vida material e existencial de homens e de mulheres.

“A força da mulher não está nos músculos, mas no cérebro, na extrema dedicação, na vontade de vencer. Essas são as armas utilizadas na verdadeira guerra que vêm travando, pela justa conquista de espaço e pelo reconhecimento de seus méritos por parte de toda a sociedade.”

(Rubens Approbato Machado)

REFERENCIAL METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

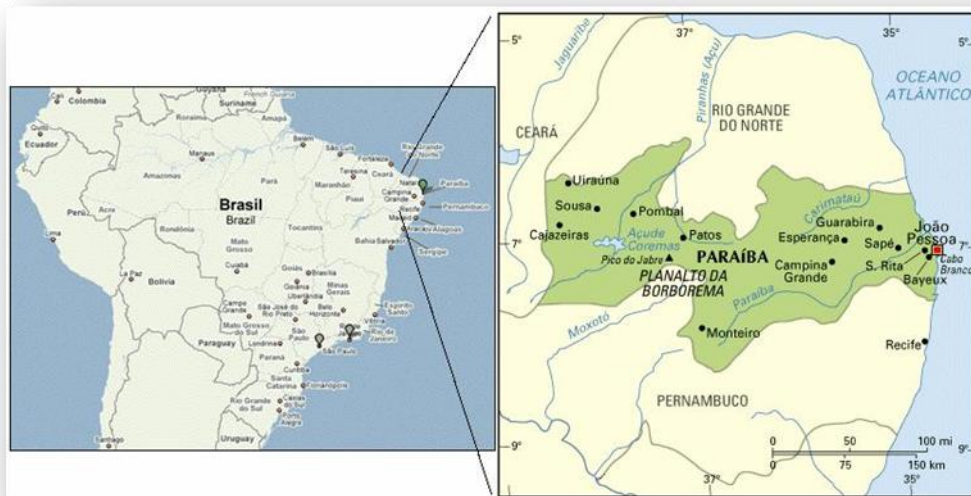
3.1 *Cenário do Estudo*

A Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher- DEAM- João Pessoa é o cenário deste estudo. A investigação está inserida na linha de pesquisa, Modelos de Decisão e Saúde e, é parte de um projeto maior, intitulado: O Impacto da Violência Doméstica na Saúde/Saúde Mental de Mulheres no Estado da Paraíba, coordenado pela Professora, Dr^a Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e pelo Professor Dr. Ronei Marcos de Moraes, orientadores desta Dissertação.

Foram investigadas as denúncias das mulheres vítimas de violência doméstica que registraram ocorrência na (DEAM) e são residentes no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, com uma área geográfica de 210,80 km², clima quente e úmido e altitude de 37 a 74m acima do nível do mar. Localizado na porção mais oriental da Paraíba, limita-se ao norte com o município de Cabedelo, por meio do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde através do rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelo rio Mumbaba.

A economia da Capital Paraibana está acostada no comércio e na indústria. Destacamos ainda, a pesca como uma das principais atividades econômicas, salientando a extração de caju e de coco. O turismo é também é uma atividade presente, por usufruir de um litoral privilegiado com 30 km de praias. A **Figura 02** apresenta a localização da cidade de João Pessoa no Estado da Paraíba.

FIGURA 02: Mapa do Estado da Paraíba com destaque para a localização dos principais municípios:



■ Município de João Pessoa

Fonte: Secretaria Municipal de Planejamento de João Pessoa, 2010.

O município de João Pessoa é o centro de uma região metropolitana que inclui atualmente oito municípios, todos eles com mais de 100.000 de habitantes. Se considerarmos apenas o sentido geográfico do aglomerado e os municípios de fluxos mais intensos e processos de conurbação claros, teríamos o aglomerado formado, além da Capital, pelos municípios de Bayeux, com 96.198 habitantes; Cabedelo, com 51.865 habitantes; Conde, com 20.849 habitantes e Santa Rita, com 126.775 habitantes. Este aglomerado somaria a população de 997.992 habitantes, segundo a estimativa do IBGE (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

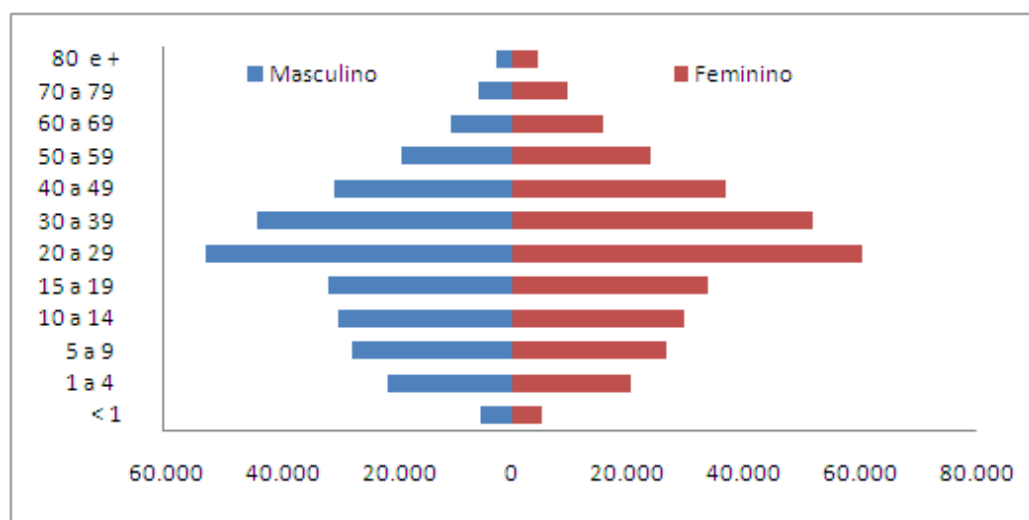
Aspectos Demográficos:

Segundo estimativa do IBGE para 2009, João Pessoa possui 702.235 habitantes, sendo 51% mulheres e 49% homens. Desta população, 20,1 % é formada por jovens na faixa etária de 20 a 29 anos, enquanto que 8,9% estão na faixa etária de 60 anos e mais. O número de domicílios totais estimado é de 189.729 domicílios permanentes.

A cidade apresentou, nas décadas de 70 e 80, os maiores índices de crescimento populacional, atualmente em uma fase de deflexão da sua taxa de

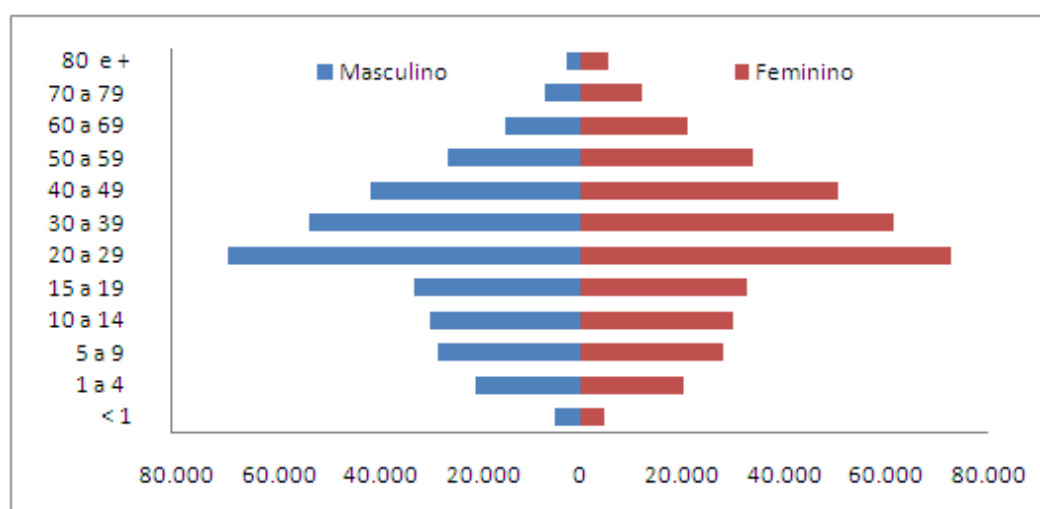
crescimento. Nas últimas duas décadas (1980 a 2000), o crescimento médio anual foi de 3,62%, impulsionado principalmente pelo aumento da dinâmica do turismo e dos serviços, que atraiu fortes migrações, uma vez que a taxa de crescimento vegetativo, em função da redução do número de filhos e do tamanho familiar, tem diminuído bastante, desde este período considerado.

GRÁFICO 01 - Pirâmide etária para população estimada residente de João Pessoa, 2000:



Fonte: Plano Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, 2010.

GRÁFICO 02 - Pirâmide etária para população residente estimada de João Pessoa, 2009.



Fonte: Plano Municipal de Saúde de João Pessoa-PB, 2010.

O Município de João Pessoa configura-se em 65 bairros, dos quais 11% da população residem no bairro de Mangabeira, o mais populoso com mais de 67 mil habitantes. Mussuré é o de menor população, conforme **Tabela 03**:

TABELA 03: População Residente por Bairro - João Pessoa - 2000- 2007:

Ordem	Bairro	População Residente	População Residente	Crescimento populacional
		2000	2007	%
1	AEROCLUBE	4 057	7.598	87,28
2	ÁGUA FRIA	3 069	5.116	66,70
3	ALTIPLANO CABO BRANCO	4 151	4.507	8,58
4	ALTO DO CÉU	14 187	17.649	24,40
5	ALTO DO MATEUS	16 898	17.189	1,72
6	ANATÓLIA	1 126	1.224	8,70
7	BAIRRO DAS INDÚSTRIAS	7 755	8.370	7,93
8	BAIRRO DOS ESTADOS	6 479	8.027	23,89
9	BAIRRO DOS IPÊS	10 121	8.565	-15,37
10	BANCÁRIOS	10 367	8.910	-14,05
11	BARRA DE GRAMAME	357	352	-1,40
12	BESSA	7 111	11.314	59,11
13	BRISAMAR	4 148	4.256	2,60
14	CABO BRANCO	5 439	6.566	20,72
15	CASTELO BRANCO	11 208	12.774	13,97
16	CENTRO	4 998	4.224	-15,49
17	CIDADE DOS COLIBRIS	1 802	3.113	72,75
18	COSTA DO SOL	609	6.648	991,63
19	COSTA E SILVA	7 716	8.268	7,15
20	CRISTO REDENTOR	37 170	38.541	3,69
21	CRUZ DAS ARMAS	25 994	25.907	-0,33
22	CUIÁ	3 418	5.608	64,07
23	DISTRITO INDUSTRIAL	3 204	1.566	-51,12
24	ERNANI SATIRO	8 447	8.812	4,32
25	ERNESTO GEISEL	12 049	13.583	12,73
26	EXPEDICIONÁRIOS	3 384	3.646	7,74
27	FUNCIONÁRIOS	16 222	16.097	-0,77
28	GRAMAME	6 288	12.341	96,26
29	GROTAO	5 784	5.426	-6,19

30	ILHA DO BISPO	6 020	6.490	7,81
31	JAGUARIBE	14 368	14.105	-1,83
32	JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA	11 108	18.894	70,09
33	JARDIM OCENIA	10 015	13.239	32,19
34	JARDIM SAO PAULO	2 543	3.969	56,08
35	JARDIM VENEZA	12 494	12.749	2,04
36	JOAO AGRIPINO	1 206	1.020	-15,42
37	JOAO PAULO II	9 912	13.142	32,59
38	JOSE AMERICO	8 776	13.532	54,19
39	MANAIRA	19 289	22.504	16,67
40	MANDACARU	12 776	12.690	-0,67
41	MANGABEIRA	67 398	74.971	11,24
42	MATA DO BURAQUINHO	1896	1.843	-2,80
43	MIRAMAR	6 986	8.523	22,00
44	MUSSUMAGRO	4 882	5.786	18,52
45	MUMBABA	463	5.191	1.021,17
46	MUSSURE	18	54	200,00
47	OITIZEIRO	31 028	29.427	-5,16
48	PADRE ZE	7 053	7.278	3,19
49	PARATIBE	8 134	11.153	37,12
50	PEDRO GONDIM	2 739	3.316	21,07
51	PENHA	773	706	-8,67
52	PLANALTO DA BOA ESPERANCA	3 318	5.222	57,38
53	PONTA DO SEIXAS	383	306	-20,10
54	PORTAL DO SOL	1 878	1.591	-15,28
55	ROGER	10 215	9.836	-3,71
56	SAO JOSE	7 923	8.175	3,18
57	TAMBAU	6 782	8.837	30,30
58	TAMBAUZINHO	4 466	5.163	15,61
59	TAMBIA	2 172	2.870	32,14
60	TORRE	17 104	15.653	-8,48
61	TREZE DE MAIO	7 850	7.750	-1,27
62	TRINCHEIRAS	8 765	7.939	-9,42
63	VALENTINA	22 306	22.820	2,30
64	VARADOURO	4 121	4.383	6,36
65	VARJAO	17 216	16.508	-4,11
TOTAL		597 934	673.832	12,69

Fonte: IBGE. Informações cedidas pela Secretaria Municipal de Planejamento, com projeção para 2007, da PMJP - Diretoria de Geoprocessamento, 2010.

O Bairro de Cabo Branco, o qual no Censo 2000 (IBGE), apresenta o maior rendimento médio mensal, enquanto o menor está no Bairro de São José. De acordo

com o último Censo, 38,5% da população é formada por jovens, enquanto 8,1% dos moradores da cidade são idosos; 85% da população é alfabetizada; 95% dos domicílios são beneficiados com a coleta de lixo, sendo que 98% têm banheiros ou sanitários. A renda mensal de 21% dos domicílios situa-se em um salário mínimo.

Do total dos domicílios (151.865), conforme o Censo de 2000, 14,6% possui computador, 36,1% tem automóvel e 51,2% dispunham de telefone. De acordo com o mesmo censo, 85% de sua população são alfabetizadas; 42% dos domicílios têm rede geral de esgotos. O Município conta com 415 estabelecimentos de ensino, sendo 69 de ensino médio, ocupando 179 mil pessoas. Em João Pessoa, existem 99 aglomerados populacionais subnormais, cadastrados pelo IBGE, salientando-se que para cada 100 mulheres há 87 homens (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Aspectos sócio-econômicos:

- **Economia e Renda**

Segundo o IBGE (2009), o PIB municipal em 2007 atingiu R\$ 6.760.023.000,00, o que significava um PIB *per capita* médio de R\$ 10.018,00, para o mesmo ano.

A renda nominal média mensal das pessoas residentes, no ano 2000 foi de R\$ 684,75, mas segundo a evolução verificada no período a renda média mensal atualmente está superior aos R\$ 900,00. Contudo, são índices que apresentam grandes desigualdades entre os segmentos da sociedade e entre os bairros de alta renda e os de baixa renda. Os bairros de alta renda atingem atualmente níveis de renda *per capita* média superior aos R\$ 3.000,00, enquanto os bairros de menor renda não chegam a 50% do atual salário mínimo.

- **Educação**

A taxa de analfabetismo média em João Pessoa foi de 13,76% menor, embora próxima, do índice médio brasileiro de 17,6% segundo a pesquisa do INEP (2001) e bem melhor que o índice médio da região Nordeste (28,7%) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Da mesma forma, o índice médio de anos de estudos foi de 7,92 anos, um pouco acima da media brasileira. O percentual de pessoas maiores de 15 anos que possuem menos de quatro anos de estudos ainda é alto (26,45%) e a defasagem média dos anos de estudos é regular: 1,5 anos (18 meses).

O número de matrículas no Ensino Fundamental, segundo dados de 2007 do Censo Escolar, foi de 97.264. O número de matrículas no Ensino Médio foi de 30.814. O número de matriculados em cursos superiores foi de 29.812 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Todavia, estes índices apresentam uma diferença significativa entre os bairros de maior renda, apontando índices de analfabetismo até menores que 2% como os municípios brasileiros de maior índice de escolaridade (Niterói, São Caetano, Santos, Florianópolis, etc.). Simultaneamente, os bairros periféricos de baixa renda, particularmente os bairros da borda semi-rural chegam a índices próximos de 50%, o que demonstra a dinâmica de cada território.

- Segurança e Violência Social

Outro indicador importante é a violência urbana, cujo indicador mais utilizado é o de homicídios/100000 habitantes. Em uma pesquisa local, efetuado pelo Laboratório do Ambiente Urbano e Edificado – LAURBE-UFPB foram utilizados os registros no Sistema único de saúde (SUS) e se refere ao endereço registrado das vítimas. É, portanto, um indicador de vulnerabilidade à violência por áreas urbanas, e não exatamente o de áreas de ocorrência física de violências como nas pesquisas policiais, embora seja comum esta coincidência (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

Apesar de ser comumente considerado como uma cidade não violenta, a mesma vem apresentando um crescimento deste índice, chegando a ser preocupante em alguns bairros da cidade. Na média urbana, no entanto, o índice chegou (na média de 7 anos pesquisados 2005) bem próximo ao limiar aceito da violência urbana: 27,53 homicídios/100.000 habitantes.¹

- Índice de Desenvolvimento Humano

No ano 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH do município de João Pessoa estava calculado em 0,783, estando situado um pouco acima do índice nacional (0,766). Entre as capitais do Nordeste, ocupava um índice intermediário, superado apenas pelas três metrópoles regionais (Salvador, Recife e Fortaleza) e pelas capitais Aracaju e Natal. Entre as capitais de porte médio nacional, entre os anos de 1991 e 2000 a cidade foi a que mais cresceu no seu índice de desenvolvimento humano.

¹ No Brasil, o índice geralmente considerado como limiar da violência é 27,57 homicídios por 100.000 habitantes.

Atualmente, o índice nacional é de 0,813, já considerado um índice alto, uma vez que a faixa entre 0,800 e 1,000 é considerada faixa de alto IDH, e o índice da cidade deve estar situado na faixa entre 0,820 e 0,830, podendo ser calculado mais precisamente após o Censo 2010 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

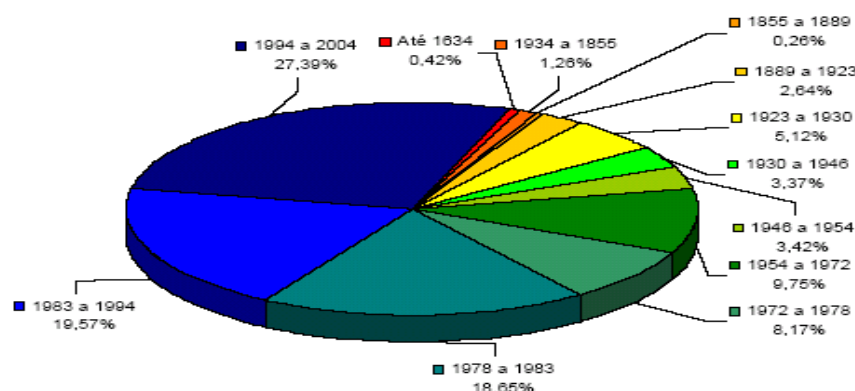
Ressalta-se, no entanto, que os índices, dentro do contexto urbano, diferem bastante entre os bairros, indo de índices máximos como o bairro Cabo Branco (o de mais alta renda da cidade) e os índices das antigas comunidades ou periferias da borda semirrural, que apresentam os índices de desenvolvimento humanos mais baixos no contexto intraurbano.

- Aspectos Urbanísticos e Infra-Estruturais

Estrutura urbana

O que se observa na expansão espacial urbana da cidade de João Pessoa é um comportamento explosivo e disperso ocorrido nos últimos quarenta anos. Neste processo estão influenciando concomitantemente o uso especulativo da terra e o inadequado desejo de segregação social, por parte da população mais privilegiada. Se tomar como base a área ocupada pela urbanização em 1972 se veria que a mesma ocupava apenas cerca de 30% da área atual. Ou seja, em 387 anos de existência da cidade, ela cresceu apenas o correspondente a quase 30% da área atual, enquanto que, apenas nos últimos 36 anos, ela se expandiu pelos outros 70%, conforme demonstra a **Figura 03**.

FIGURA 03: Percentual de crescimento por período, da fundação até 2004.



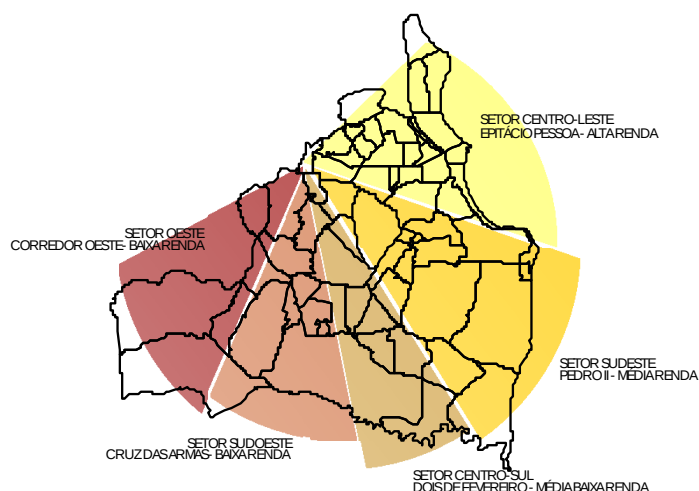
Fonte: Oliveira, J.L.A. (2006) *apud* Secretaria Municipal de Planejamento de João Pessoa, 2010.

Este aumento não apresenta uma relação clara com o crescimento populacional ou econômico. O desenvolvimento territorial foi bem maior que o

crescimento populacional. No entanto, a superfície urbana, o aspecto urbano e espacial não foram os que mais cresceram, a área urbana ocupada pela circulação, notadamente pela veicular, cresceu ainda mais que a própria área urbana.

Outro aspecto estrutural influente, inclusive no processo já observado, é a assimetria social, não apenas em seu sentido social propriamente dito, mas também no aspecto espacial. A forma de se posicionar as diferentes classes sociais sugere uma configuração clássica proposta por Hommer Hoyt (1939) *apud* Secretaria Municipal de Planejamento de João Pessoa, (2010), se espacializando em setores sob a forma de “fatias de pizza”. Este aspecto estrutural na cidade foi observado por Silveira (2004), *apud* pela Secretaria Municipal de Planejamento (2010), ilustrado na **Figura 04**.

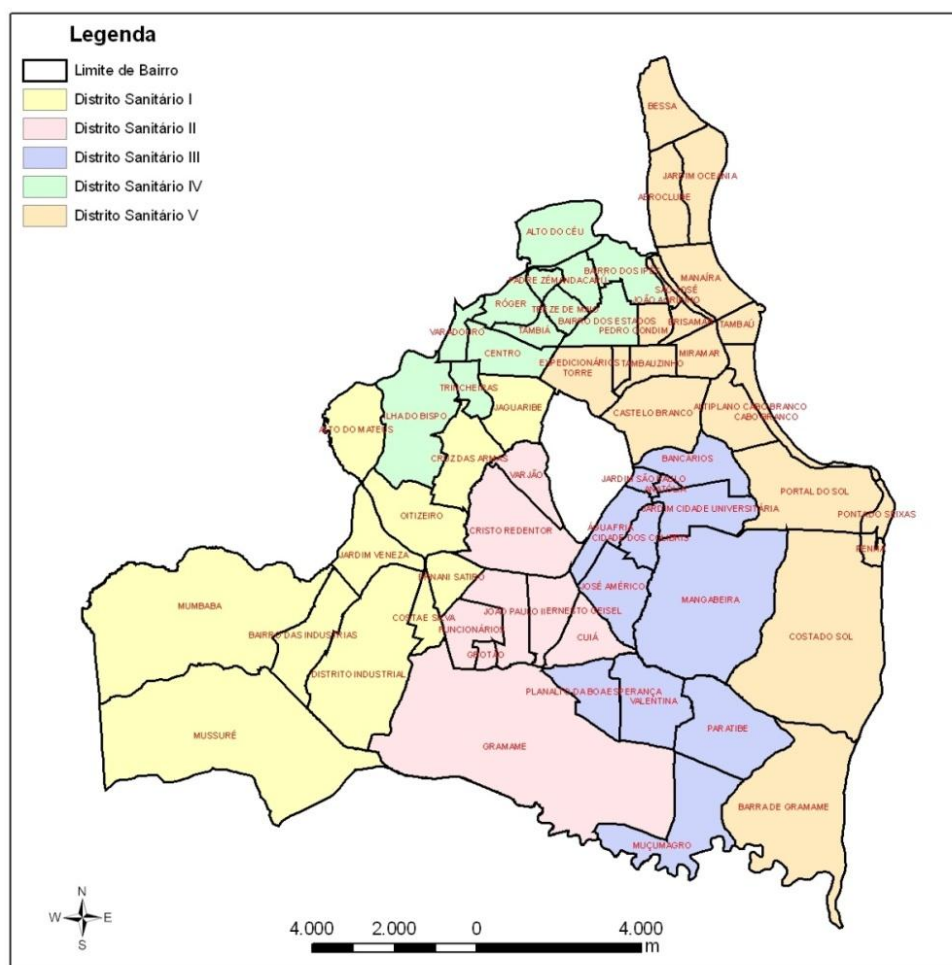
FIGURA 04 - Setorização espacial das diferentes classes sociais, estruturadas pelos principais corredores viários da cidade, a partir do Centro.



Fonte: Ribeiro, E.L. (2007) a partir da constatação de Silveira (2004), baseando-se no modelo de Hoyt *apud* Secretaria Municipal de Planejamento de João Pessoa, 2010.

O Município de João Pessoa é integrante do 1º Núcleo Regional de Saúde do Estado da Paraíba, juntamente com outros 24 municípios paraibanos e a Secretaria Municipal de Saúde tem sob sua responsabilidade a gestão plena do sistema único de Saúde no âmbito municipal. A cidade de João Pessoa está dividida em cinco Distritos Sanitários (**Figura 05**) que têm como objetivo organizar a rede de cuidado progressivo de saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2010).

FIGURA 05 - Mapa da cidade de João Pessoa, dividida por Distritos Sanitários:



Fonte: Diretoria de Atenção à Saúde de João Pessoa-PB, 2010.

3.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, ecológico, exploratório, transversal, com utilização de técnicas de análise espacial de dados de área, cuja população foi composta por todas as ocorrências denunciadas por mulheres vítimas de violência doméstica, residentes no município de João Pessoa, PB, no período de 2002 a 2007, na Delegacia Especializada de Atendimento da Mulher em João Pessoa-PB.

- Estudos Ecológicos

Os estudos epidemiológicos visam o esclarecimento da situação das doenças e dos seus determinantes no que diz respeito à sua frequência e distribuição espacial e

temporal, a busca de relações causa-efeito e a avaliação de procedimentos terapêuticos e preventivos alternativos (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999). O estudo é considerado **analítico** quando tem como propósito o estabelecimento de relação entre causas e efeitos ou a avaliação de procedimentos terapêuticos ou preventivos, testando dessa forma hipóteses. Eles são sempre antecidos por **estudos descritivos** os quais não testam hipóteses, porém são bases para a formulação destas.

Assim, podemos dizer que a Epidemiologia pode ser classificada como descritiva ou como analítica. Os estudos epidemiológicos podem ainda ser classificados quanto à sequência temporal do levantamento da exposição e do efeito desta. São transversais quando se faz o levantamento simultâneo da exposição e do efeito e longitudinais quando exposição e efeito se levantam em tempos diferentes, de forma retrospectiva ou prospectiva. (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

Estudos ecológicos são estudos em que a unidade de análise é uma população ou um grupo de pessoas, que geralmente pertence a uma área geográfica definida (cidade, estado, país). Para isso, utilizam bases de dados de grandes populações (SIM, SINASC, e outros). Os grupos podem ser definidos através de unidades geográficas/espaciais (bairros, cidades, regiões ou países) e a análise baseia-se na comparação dos indicadores de exposição e doença entre as diversas unidades. A evidência de associação é obtida a partir da concordância entre essas variáveis: por exemplo, maiores coeficientes de mortalidade em localidades que apresentam maiores níveis de poluição. Estes estudos procuram avaliar como o contexto social e o ambiental, podem afetar a saúde de grupos populacionais (MEDRONHO, 2004).

Muitas vezes, informações coletadas no nível individual são incapazes de refletir adequadamente os processos que ocorrem no nível coletivo. Podemos citar como exemplo, o grau de desorganização social de uma comunidade, com isso a ocorrência de uma epidemia poderá ocorrer mais facilmente.

O princípio do estudo ecológico é o de que, nas populações onde a exposição é mais frequente, a incidência das doenças ou a mortalidade serão maiores. Incidência e mortalidade são as medidas mais usadas para quantificar a ocorrência de doenças nesse estudo. A análise de correlação mostrará a associação entre o fator de risco e a doença (isso não quer dizer relação de causa-efeito). São conhecidos como estudos de correlação e é frequente a utilização de dados secundários para os estudos ecológicos, pois seria muito dispendioso e demorado realizar uma pesquisa para obterem-se dados primários em grandes grupos, estes dados podem ser utilizados

quando, por exemplo, o propósito do estudo é averiguar difusão de doenças infecciosas (GORDIS, 2004).

Nesse sentido, estudar a relação entre incidência de doenças e potenciais fatores etiológicos, seja no campo da análise exploratória visando definir hipóteses (formulação clássica), ou apontar medidas preventivas é o principal objetivo dos estudos ecológicos.

A principal desvantagem de um estudo ecológico é que não permite que sejam tiradas conclusões causais, uma vez que os dados não são associados a pessoas individuais (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2002). Os estudos ecológicos engendram uma contradição importante entre aumento da escala e estabilidade de indicadores: ao diminuir a área das unidades espaciais aumenta-se a homogeneidade interna dos grupos populacionais residentes. Eles também oferecem um tipo de viés chamado falha ecológica: atribuir a membros do grupo características que eles não possuem individualmente. A falha ecológica ocorre porque os dados são de grupos, não havendo dados de exposição e resultados para cada indivíduo na população (GORDIS, 2004).

Conforme discorrido, os Estudos Ecológicos não possibilitam o esclarecimento de relações etiológicas, contudo, pode sugerir linhas de pesquisa exitosas para as associações causais, o que não descarta sua importância.

3.3 Coleta dos dados

Como instrumento do estudo, construímos um roteiro de entrevistas semiestruturado e retiramos a unidade geográfica, visando obter informações que atendessem aos objetivos desse estudo (Apêndice A). Utilizamos o livro de registro de ocorrências da DEAM. Foram coletadas informações referentes ao período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007. Através do acesso aos registros documentados, identificamos os tipos de violência praticada e a incidência desta, contra as mulheres.

Após a coleta dos dados, construímos um banco de dados para análise estatística, no qual todas as informações relativas a cada caso foram descritas na forma de variáveis. Inicialmente, realizamos uma análise exploratória para reconhecimento das variáveis e correção de possíveis erros ou inconsistências no preenchimento ou na digitação dos dados. Feitas as correções necessárias procedemos à análise dos dados, aplicando a estatística descritiva, com a inclusão dos resultados em mapas.

3.4 Processamento e análise dos dados

Os dados foram do tipo secundário, coletados através do instrumento de coleta, por meio do registro das ocorrências de violência contra a mulher, registrados na DEAM, do município cenário de estudo, entre os anos de 2002 e 2007.

Nesse sentido, posteriormente, os dados de violência foram analisados, considerando os seis anos conjuntamente, para dar maior respaldo aos resultados. Para processamento e análise, os dados foram primeiramente armazenados numa planilha eletrônica e, logo após, transferidos para o *Software R* para análise estatística e análise estatística espacial. Os arquivos referentes ao mapa digital da cidade de João Pessoa, PB foi obtido através do Laboratório de Estatística Aplicada ao Processamento de Imagens e Geoprocessamento (LEAPIG) do Departamento de Estatística – UFPB, referente à divisão administrativa do referente município pela Prefeitura Municipal de João Pessoa, PB.

A comparação entre os casos nos diversos bairros da cidade foi possível através da divisão entre a incidência específica de violência doméstica contra a mulher por bairro pela incidência de violência doméstica contra a mulher para toda a cidade de João Pessoa, confeccionando o mapa de Risco Relativo, conforme citação de Carvalho; Santos (2005).

A análise estatística teve início com a aplicação de um teste de normalidade, cuja hipótese foi testada através do teste denominado Lilliefors, apenas após a verificação da normalidade dos dados, foi possível a escolha de testes estatísticos apropriados para a análise espacial.

A metodologia acima descrita foi aplicada no *software R*. Para a aplicação dos testes, fez-se uso de alguns módulos, que estão na biblioteca do *software*, tais como: *nortest* para a aplicação do teste de normalidade de Lilliefors; os módulos *DCluster* e *shapefiles* foram utilizados para gerar os mapas referentes ao índice de *Getis e Ord*.

3.5 Modelo de Decisão

O processo decisório tem sido objeto de análise em uma série de estudos científicos a partir de diferentes perspectivas, bem como, observado dentro das mais variadas aplicações. Entretanto, os modelos estatísticos têm se prestado mais especificamente ao auxílio da tomada de decisões.

Em razão do aumento das incertezas ambientais, cada vez mais críticas em relação às estruturas organizacionais, tecnologias, formas de administração de risco e

outras tantas opções estratégicas, os decisores têm encontrado uma crescente dificuldade em realizar escolhas entre um conjunto de possibilidades (KLEINDORFER, 2001). Para tanto, torna-se importante a construção de um modelo de decisão que permita auxiliar o gestor/ profissional no sentido de adotar estratégias efetivas no que se refere à adoção de políticas públicas efetivas no combate à violência doméstica contra a mulher.

Em face da amplitude desses riscos e incertezas a área dos estudos em análise da decisão tem se debruçado sobre o desenvolvimento de modelos que se prestem ao auxílio na tomada de decisão. (ALLISON; ZELIKOW, 1999). Nessa perspectiva, o estudo produziu um modelo de Tomada de Decisão para a violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa, o índice de *Gets e Ord*, cuja decisão tomada foi a identificação das áreas prioritárias que necessitam de intervenção na área da violência doméstica contra a mulher.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo atendeu a Resolução nº196/96 do CNS/MS que dispõe e regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo de número 024 (ANEXO), a investigação teve início junto à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, do município cenário de estudo.

“O mundo é perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem o mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer.”

(Albert Einstein)

ANÁLISE DOS RESULTADOS

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 Apresentação dos Resultados

Para responder aos objetivos deste estudo, foram realizadas as análises de mapas de incidência, risco relativo e índice de aglomeração espacial. Todavia, inicialmente, realizamos testes de normalidade dos dados. Os resultados dessas análises são apresentados no decorrer deste capítulo.

4.1.2 Teste de Normalidade dos dados

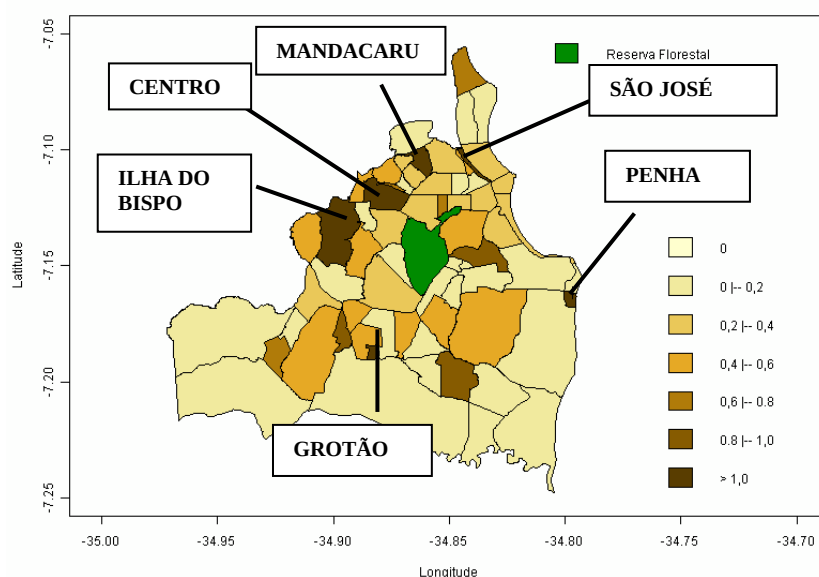
Para verificar a normalidade da distribuição dos dados da violência doméstica contra a mulher aplicamos o teste de Lilliefors, conforme apresentados no referencial teórico. Este último trata-se de uma derivação do Teste de Aderência de Kolmogorov-Smirnov que pondera os valores centrais e extremos da distribuição. Refere-se ao grau de concordância entre a distribuição de um conjunto de valores amostrais. Com o nível de significância (p -valor) calculado, pode-se aceitar ou rejeitar a hipótese de nulidade H_0 de que os dados seguem uma distribuição Normal. Os dados obtiveram distribuição não-normal (p -valor < 0,05), assim, o teste de escolha para verificar a hipótese de ocorrência de correlação espacial da violência doméstica contra a mulher em João Pessoa poderia prescindir da normalidade dos dados.

4.1.3 Mapa de Incidência

Buscando visualizar a distribuição espacial dos dados, foram gerados mapas coropléticos para os anos de 2002 a 2005 e de 2006 a 2007. A diferenciação dos mapas deve-se ao fato de uma reforma política na conformação geográfica de alguns bairros de João Pessoa, a partir de 2006. A incidência entre bairros não permite comparações, para tanto, devemos calcular o risco relativo entre eles, porém, verificamos que os bairros com maior incidência (maior do que um caso por mil habitantes do bairro) nos anos de **2002 a 2005** foram: Ilha do Bispo, Centro, Mandacaru, Bairro São José, Penha e Grotão. Destacamos também, os bairros do Valentina, Costa e Silva, Bancários e Bessa que apresentaram entre 0,8 e 1 caso para cada mil habitantes do bairro. Já o Bairro das Indústrias e Expedicionários apresentaram entre 0,6 e 0,8 caso por mil habitantes do bairro. Todavia, salientamos que 36,63% dos bairros da cidade de João Pessoa apresentaram baixa incidência (0 a 0,2 caso por mil habitantes do bairro) de casos

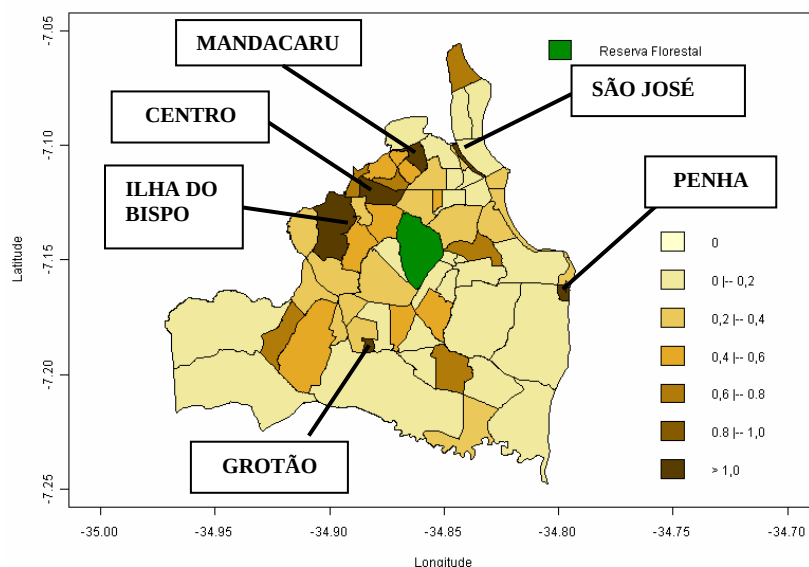
registrados de violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005, são eles: Mumbaba, Mussuré, Barra de Gramame, Distrito Industrial, Costa do Sol, Mussumagro, Aeroclube, Jardim Oceania e Miramar, conforme observamos na **Figura 06**.

FIGURA 06: Distribuição Espacial da Incidência de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2002-2005



Em 2006 o mapa de João Pessoa sofreu algumas modificações na conjuntura dos seus bairros, citamos como exemplo o bairro do Jardim das Acácias, que passou a ser parte do Tambiá, e o bairro José Vieira Diniz, que integrou o Bairro das Indústrias, considerando essas alterações, condensamos os registros dos anos de 2006 e 2007 no atual mapa. Nesse sentido, os bairros de maior incidência não sofreram alterações, é o que evidenciamos na **Figura 07**.

FIGURA 07: Distribuição Espacial da Incidência de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2006-2007



Ressaltamos que cerca de 37% dos bairros da cidade apresentaram baixa incidência de casos de violência doméstica contra a mulher no período de 2006 a 2007, ou seja, de 0 a 0,2 caso para cada mil habitantes do bairro, tais como: Aeroclube, Jardim Oceania e Miramar, assim como os bairros correspondentes à região de fronteira da parte sul do município. Foi identificada também uma concentração de casos na porção norte da cidade e em torno da Reserva Florestal.

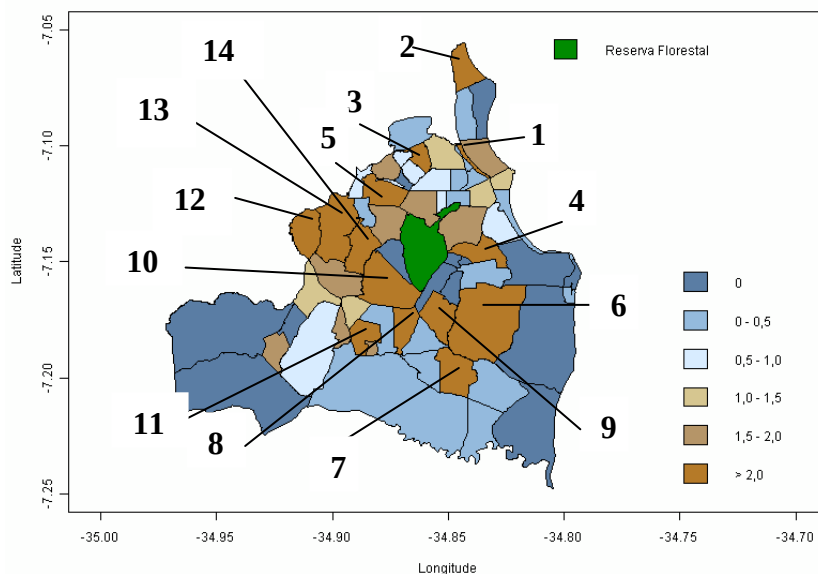
4.1.4 Mapa de Risco Relativo

Para permitir a comparação entre bairros em um mesmo mapa, calculamos o Risco Relativo para cada bairro em relação à cidade de João Pessoa. Apresentamos sob a forma de mapas coropléticos a intensidade do risco de violência doméstica contra a mulher. O risco aumenta de forma proporcional à cor utilizada, ou seja, quanto mais forte a tonalidade, maior o risco, conforme mostra a legenda.

De acordo com a **Figura 08**, os bairros que apresentam os maiores riscos de 2002 a 2005 são: Bairro São José (1), Bessa (2), Mandacaru (3), Bancários (4), Centro (5), Mangabeira (6), Valentina (7), Ernesto Geisel (8), José Américo (9), Cristo Redentor (10), Funcionários (11), Alto do Mateus (12), Ilha do Bispo (13) e Cruz das Armas (14). Apenas 21 % dos bairros apresentaram baixo risco, dentre eles: Barra de

Gramame, Mussuré, Mussumagro, Jardim Oceania, Aeroclube, Mumbaba, Varjão e Portal do Sol. Existem ainda, bairros que tiveram o risco entre 1,5 e 2,0 vezes maior que a incidência da cidade de João Pessoa, como, por exemplo, Grotão, Oitizeiro e o Bairro das Indústrias.

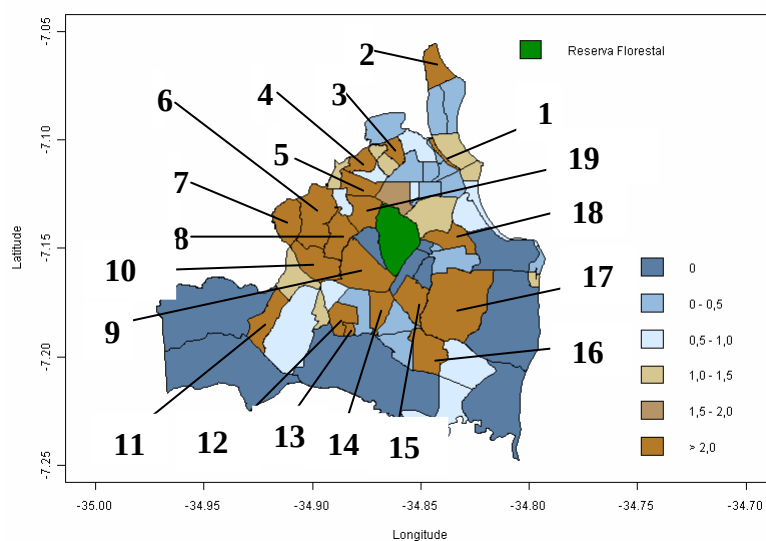
FIGURA 08: Distribuição Espacial do Risco Relativo de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2002-2005



De acordo com a **Figura 09**, para os anos de 2006 e 2007 observa-se que 19 bairros destacam-se por apresentarem os maiores riscos relativos, são eles: Bairro São José (1), Bessa (2), Grotão (13), Bairro das Indústrias (11), Mangabeira (17), Valentina (16), Bancários (18), Funcionários (12), Ernesto Geisel (14), José Américo (15), Cristo Redentor (09), Oitizeiro (10), Cruz das Armas (8), Ilha do Bispo (6), Alto do Mateus (7), Jaguaribe (19), Centro (5), Mandacaru (3) e Roger (5).

Os bairros que apresentaram os menores riscos foram: Jardim Oceania, Aeroclube, Barra de Gramame, Mumbaba, Mussuré, Alto do Céu, Bairro dos Ipês, Paratibe, Mussumagro, Portal do Sol, Distrito Industrial, Ernani Sátiro, Jardim São Paulo, Anatólia, Água Fria, Cidade dos Colibris, Cabo Branco, Miramar, Bairro dos Estados, Pedro Gondim, Brisamar, Trincheiras, Expedicionários e José Américo.

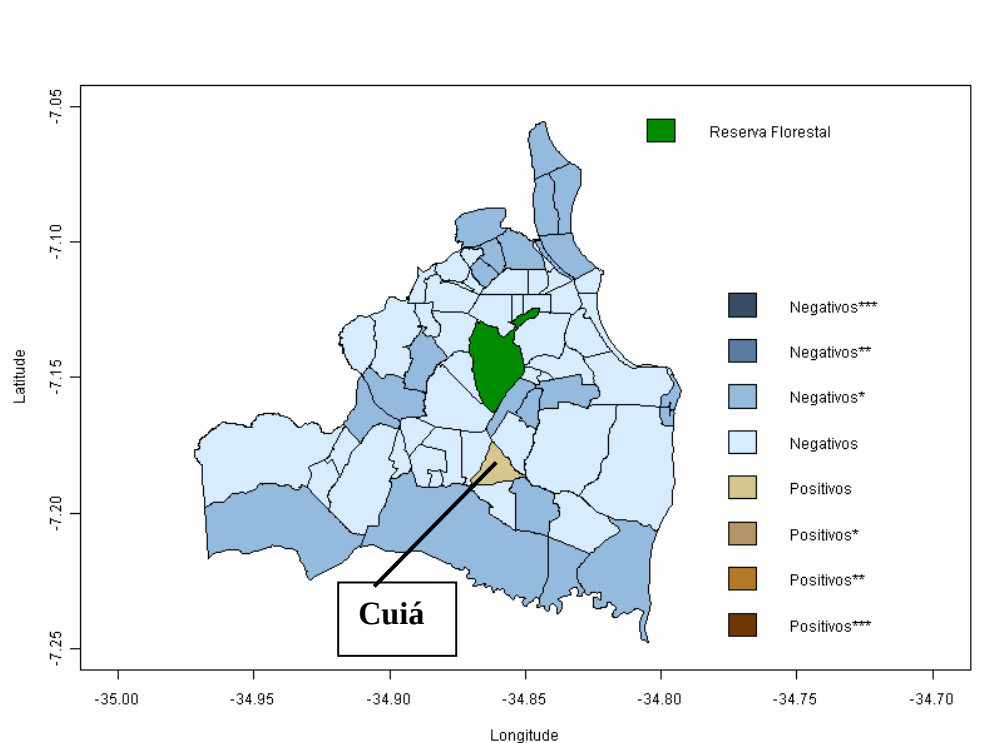
FIGURA 09: Distribuição Espacial do Risco Relativo de violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, 2006-2007



4.1.5 Índice de Getis e Ord Global e Local

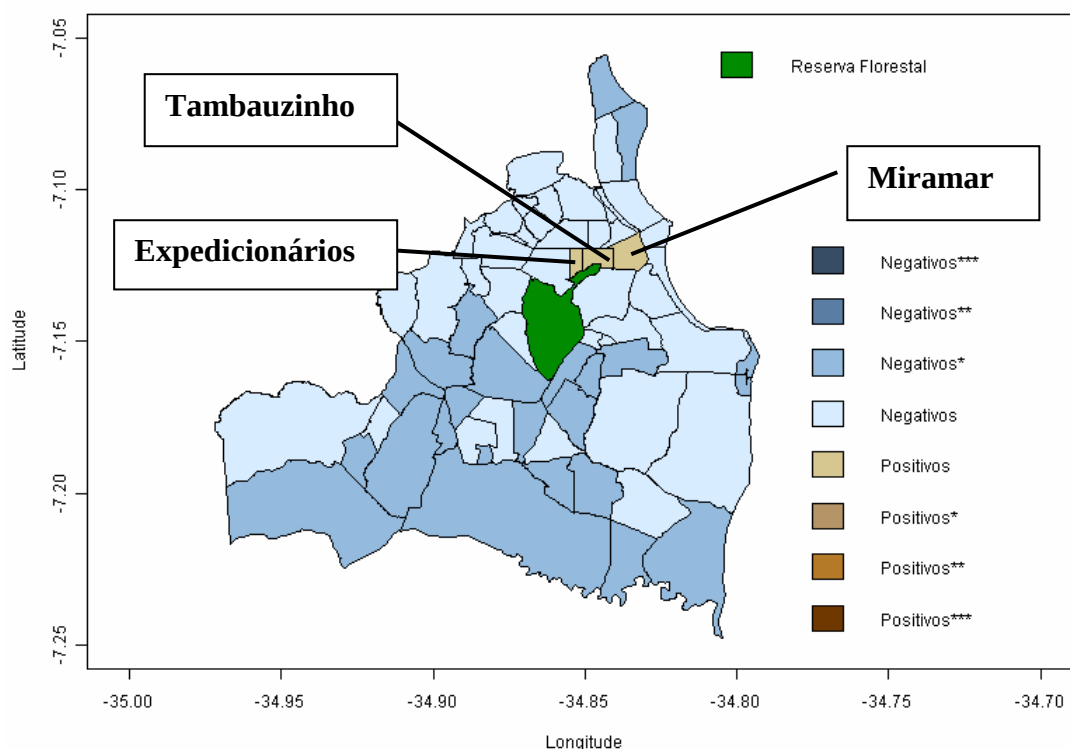
A autocorrelação espacial mede a relação da mesma variável nos diferentes bairros da cidade. O teste global de correlação espacial de *Getis e Ord* para o ano de **2002** apresentou significância estatística para a distância 0.0195° (1,95 km). O mapa de *Getis e Ord* local está apresentado na **Figura 10**. Observa-se que todos os bairros apresentaram correlação negativa entre a violência doméstica contra a mulher e o espaço, existindo apenas um bairro com aglomerado positivo, Bairro do Cuiá, mas não significativo.

FIGURA 10: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2002.



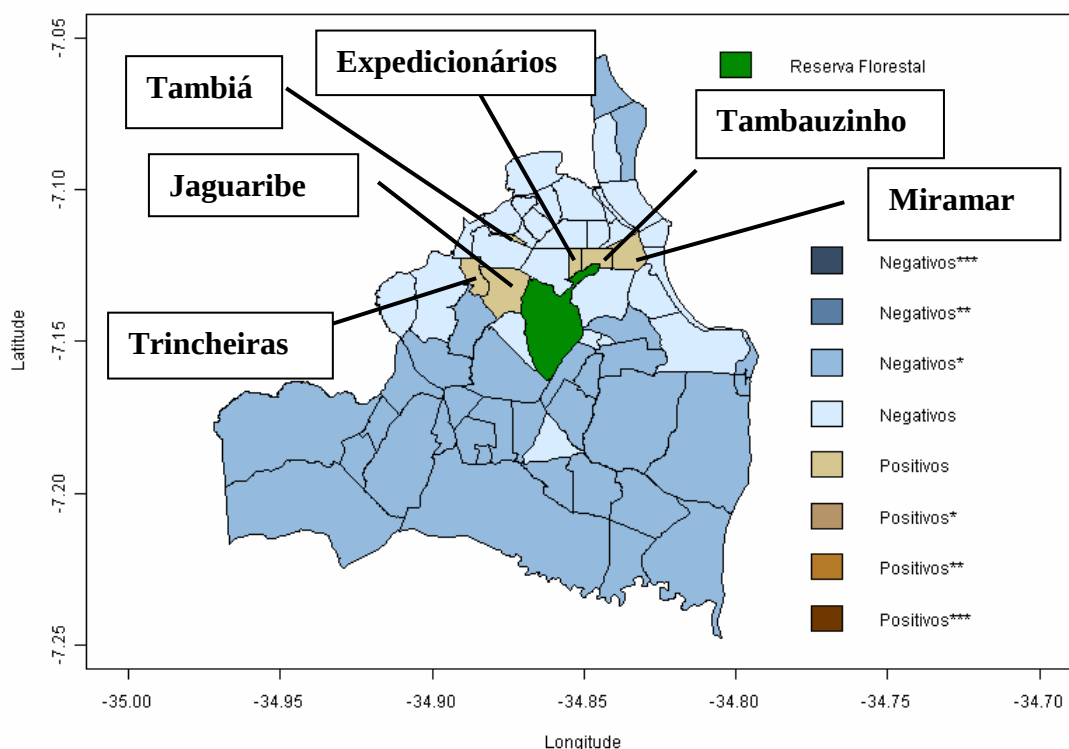
Nos dados referentes ao ano de 2003, o índice de *Getis e Ord* para a violência doméstica contra a mulher obteve significância estatística para a distância $0,06^\circ$ (6,66 km). O mapa local para a respectiva distância está apresentado na **Figura 11**. Para esse ano estudado observa-se que a maioria dos bairros apresentou correlação negativa não significativa entre a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e o espaço, porém três bairros apontaram aglomerados positivos, Expedicionários, Tambauzinho e Miramar, porém, não significativo.

FIGURA 11: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2003.



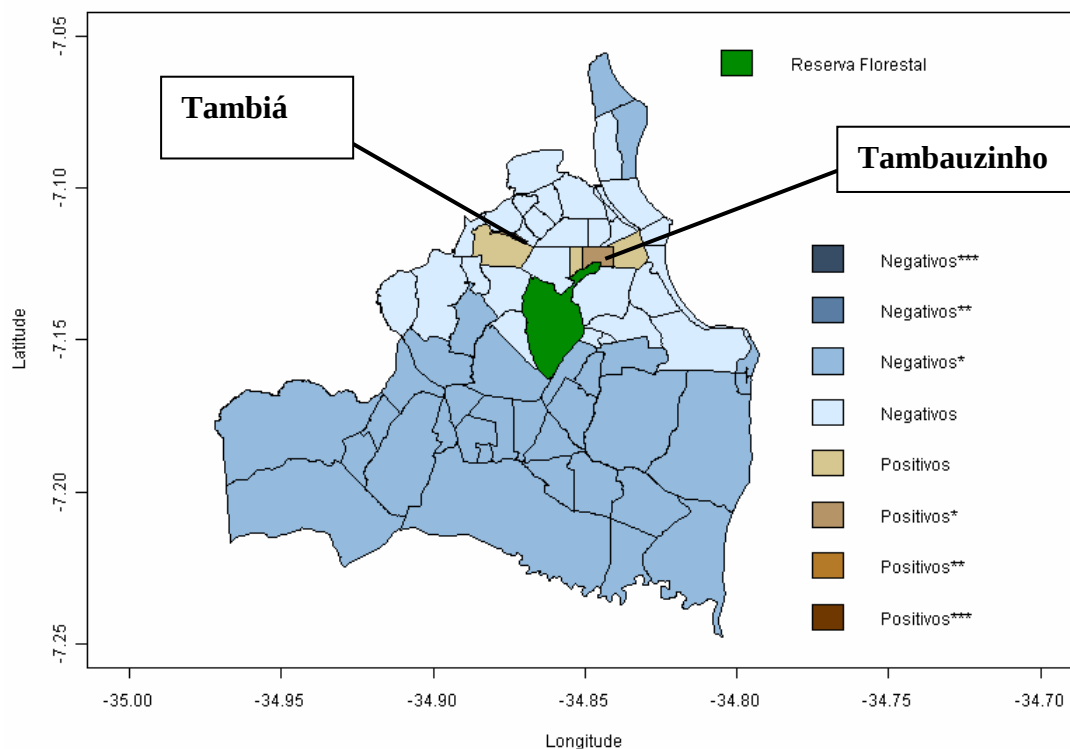
Para o ano de 2004, o índice de *Getis e Ord* apresentou significância estatística para a distância $0,06^\circ$ (6,66 km). O mapa local para a respectiva distância está apresentado na **Figura 12**. Observa-se que os bairros Tambiá, Expeditionários, Tambauzinho, Miramar, Jaguaribe, Trincheiras apresentaram correlação positiva entre a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e o espaço, porém não significativa. As demais regiões apresentaram correlação negativa não significativa.

FIGURA 12: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, no ano de 2004



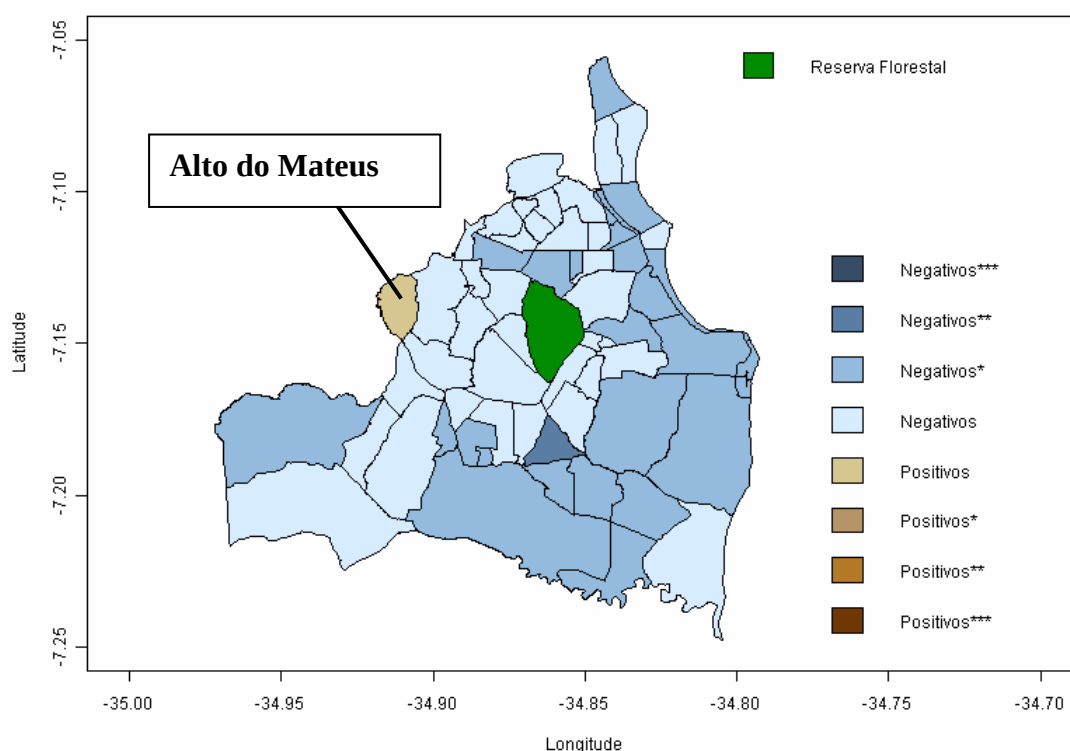
A aplicação da Estatística global de *Getis e Ord* apresentou aglomerados espaciais de violência doméstica contra a mulher para o ano de 2005, porque os valores eram maiores que o nível de significância de 0,05. Considerando as distâncias testadas de 0,01° (1 km) e 0,15° (15 km), foi observado que a distância a qual se obteve correlação espacial foi $d = 0,0195^\circ$ (1,95 km). A partir daí gerou-se o mapa local, conforme se observa na **Figura 13**. Observa-se a ocorrência de uma aglomeração espacial de valores positivos e significativos nos bairros de Tambiá e Tambaúzinho e de aglomerações de baixos valores significativas nas demais regiões da cidade. Os bairros assinalados foram os que apresentaram aglomerações com significância positiva.

FIGURA 13: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, em 2005



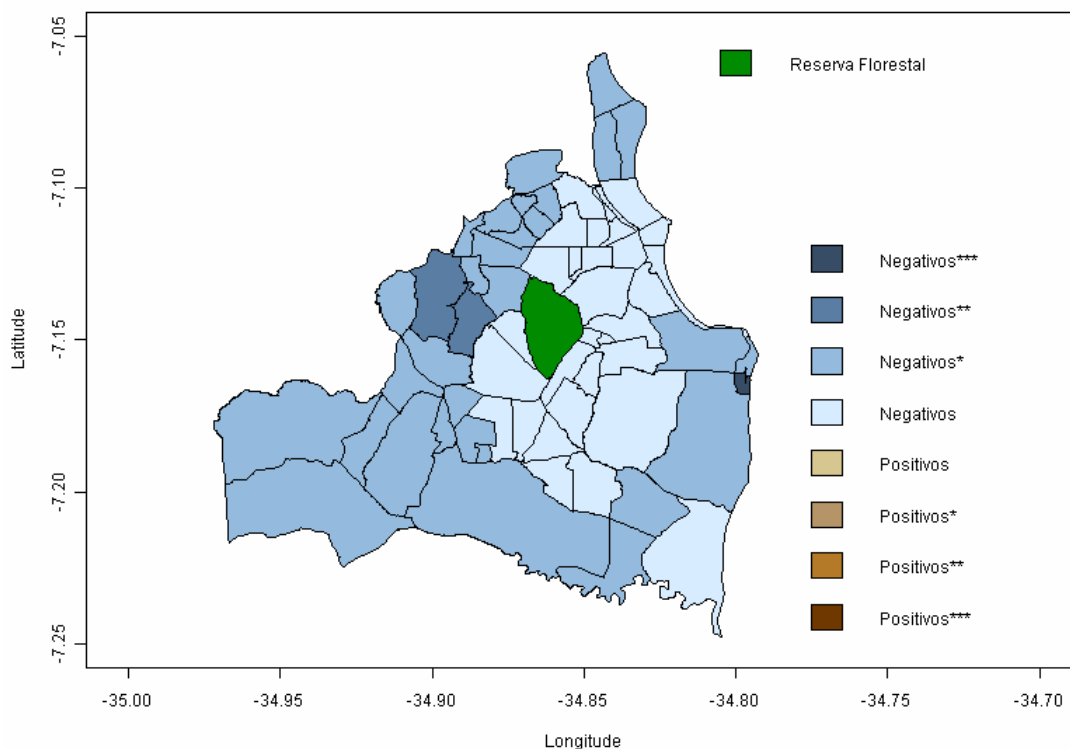
O teste global de autocorrelação espacial de *Getis e Ord* para o ano de 2006 apresentou significância estatística para a distância 0.0169° (1,69 km). O mapa de *Getis e Ord* local está apresentado na **Figura 14**. Observa-se que no Bairro Alto do Mateus existem aglomerados espaciais, porém não significativo. As demais regiões da cidade de João Pessoa apresentaram correlação negativa entre a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e o espaço e outras apresentaram correlação negativa com significância.

FIGURA 14: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, no ano de 2006



O índice global de *Getis e Ord* para o ano de 2007 apresentou significância estatística para a distância 0.0169° (1,69 km). O mapa local para a respectiva distância está apresentado na **Figura 15**. Observa-se que a maioria dos bairros apresentaram correlação negativa significativa entre a ocorrência de violência doméstica contra a mulher e o espaço.

FIGURA 15: Distribuição Espacial da Estatística de *Getis e Ord* local para violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa-PB, no ano de 2007.



Através dos mapas locais gerados, observamos que a distribuição da violência doméstica contra a mulher na cidade não seguia uma tendência espacial claramente definida. Desta maneira, realizamos o índice global de *Getis e Ord*, como modelo de decisão no sentido de constatar autocorrelação espacial da violência doméstica contra a mulher. Verificamos que alguns anos apresentaram aglomerados significativos, cujo p-valor era inferior ou igual a 0,05. Com a observação dos mapas gerados para estes, foi identificada uma tendência dos valores positivos com significância entre 0,025 e 0,050 na região ao norte da Reserva Florestal nos anos de 2002 a 2005.

Contudo, para os anos de 2006 e 2007 todos os valores foram maiores que o nível de significância de 0,05, apontando a ausência de aglomeração espacial com significância da violência doméstica contra a mulher para o período e dados estudados. Quando existem áreas cuja aglomeração é negativa, corresponde a regiões de baixa incidência significativa, ou seja, há relevância estatística, do ponto de vista epidemiológico. Salientamos que o fato de não identificar áreas prioritárias não significa

dizer que não exista violência doméstica contra a mulher, mas que são significativamente menores em relação às demais com p-valor de 0.05.

"Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância".

(Simone de Beauvoir)

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Para Santos (2008), o espaço é uma instância da sociedade e, como tal, ele contém e é contido pelas demais instâncias, como a político-institucional e a cultural-ideológica. Assim, pode-se dizer que a essência do espaço é social.

Isso significa que o espaço não pode ser apenas formado pelas coisas, os objetos geográficos, naturais e artificiais que juntos compõem a Natureza. O espaço é tudo isso mais a sociedade, enfoque que nos permite incluir as relações sociais, como as que se estabelecem entre homens e mulheres e produz a igualdade ou a desigualdade entre os seres do sexo masculino e feminino. O mesmo autor explica que o território é também dinâmico, sempre mudando de significação, na medida em que o movimento social lhes atribui, a cada momento histórico, frações diferentes do todo social.

Nesse contexto, o ser humano, o meio ecológico, a infraestrutura e o meio social, são elementos do espaço passíveis de submissão à variações quantitativas e qualitativas, porque estes são os dois níveis complementares da experiência social. Desse modo, os elementos do espaço geográfico podem ser considerados como variáveis - nível quantitativo, que busca a universalização - e como categorias ou conceitos que traduzem significados - nível qualitativo, que busca estabelecer relações entre a parte investigada e a totalidade social.

A especificidade de cada lugar pode ser entendida como uma valorização inerente a cada variável e como significação que se traduz em conceitos (SANTOS, 2008). Isso significa que cada lugar atribui aos elementos constituintes do espaço uma relação valorativa (em relação ao universal) e um significado particular (em relação à totalidade social), conforme os estudos de Minayo; Sanches (1993) e Turato (2005), sobre as abordagens metodológicas de enfoque quantitativo e qualitativo.

Nessa perspectiva, a cidade é um espaço geográfico e geopolítico onde se produzem e se aplicam os conceitos e outros instrumentos de trabalho com potencial conservador/transformador da realidade social. A elaboração e aplicação de políticas públicas são oportunidades e momentos para essa prática social. Tais situações comportam diferentes enfoques metodológicos e requerem o emprego de uma multiplicidade de ferramentas que contribuam para a definição de prioridades e ampliação do acesso da população aos bens e serviços públicos.

Entre tais ferramentas, destacamos a relevância da utilização do conhecimento da área do Geoprocessamento, especificamente o Sistema de Informações Geográficas-SIG, nos estudos sobre a distribuição espacial de problemas e análises de situações de saúde, como a violência doméstica contra a mulher, tema e parte do objeto deste estudo. O SIG permite identificar as vulnerabilidades de grupos populacionais, informação de valor para o processo da tomada de decisão, por ocasião da elaboração e adoção de políticas públicas, bem como para a planificação e gestão dos serviços e processos de trabalho, as quais organizam e executam o conjunto de intenções que compõem as políticas públicas.

Neste estudo, a utilização da Análise Espacial da Violência Doméstica contra a Mulher revelou que não existe um padrão específico da violência de gênero. O fenômeno manifestou-se distribuído em todas as regiões territoriais do cenário investigado. Os resultados apontam a composição de Mapas de Incidência; do Risco Relativo e do Índice de *Getis e Ord*, permitindo a produção de um Modelo de Decisão em Saúde que pode ser aplicado por gestores no enfrentamento da violência doméstica, por identificar as áreas com maior risco de mulheres sofrerem danos físicos, emocionais e sociais, em decorrência desse tipo de violência.

Nesse sentido, o mapeamento das áreas de maior risco direciona a atenção dos poderes públicos, para a possibilidade de adotar a decisão permitida pelo Modelo de Decisão, focalizada no nível local, com potencial ampliado, para centrar esforços nas piores condições identificadas. Isso favorece a racionalização dos recursos destinados para a alta, média e baixa complexidade, na atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica. De posse desse conhecimento, as medidas podem ser racionalmente escolhidas para o enfrentamento dos problemas na prática profissional, ampliando as chances de sua resolutividade.

O estudo também comprova um dos argumentos do referencial teórico de gênero: o de que a violência doméstica contra a mulher é um fenômeno que perpassa todas as classes sociais ou os diferentes segmentos sociais. Nesta investigação, a violência doméstica de gênero se apresentou em todos os bairros, indistintamente, porém houve aglomeração espacial significativa em dois bairros, conforme já apresentado nos resultados. Isso implica a necessidade de intervenções prioritárias nesses territórios no processo de tomada de decisão, o que não exclui as áreas em que a incidência de violência doméstica contra a mulher se apresentou com um índice menor.

Nesse enfoque, o enfrentamento dos problemas de saúde da mulher em situação de violência doméstica necessita da ação intersetorial e transdisciplinar, ou seja, os serviços precisam de comunicação eficaz entre si e de adequação de informações para selecionar seus conteúdos e objetivos. O envolvimento do território, nessa questão, permite potencializar as ações de saúde, sob a forma de práticas multiprofissionais, em contextos que requerem a intersetorialidade e o acompanhamento permanente, situações que se aplicam ao problema da violência de gênero.

Segundo Paim (2006), o SIG precisa ser mais amplamente empregado pela área da saúde, como ferramenta de gestão, considerando sua importância para estabelecer a relação entre as desigualdades em saúde e as condições de vida, uma vez que os serviços de saúde não se restringem ao seu conceito burocrático e estrutural nem são meros lugares geográficos onde se aplicam as técnicas das especificidades profissionais. Os serviços de saúde são partes de um sistema que pressupõe conceitos e práticas multiprofissionais interligados, que precisam ser pensados, discutidos, planejados e executados no sentido de promover a vida biológica, psicológica e social saudáveis dos seres humanos.

Por essas razões, reafirmamos o argumento de que a prática profissional, para a elaboração e aplicação de políticas de enfrentamento da violência de gênero, que dispuser da microlocalização dos problemas (a identificação e mensuração dos riscos/vulnerabilidade para o evento e de outros aspectos epidemiológicos como a incidência e a apropriação de informações sobre território, sobre a distribuição espacial) e de informações confiáveis da Geografia Crítica; dos instrumentos da Estatística e da Informática, poderá apoiar os profissionais no processo de tomada de decisão com maior possibilidade de eficácia e eficiência no atendimento das necessidades sociais, no tocante à saúde da mulher, em situação de violência de gênero.

Assim, apesar da violência doméstica ser um fenômeno que atravessa todas as classes sociais, os riscos para a ocorrência do evento são maiores nos espaços geográficos de condições sociais menos favorecidas ou de maior desigualdade social. Segundo Barata (2009, p. 13), “em todas as sociedades, as situações de risco, os comportamentos relacionados à saúde e ao estado de saúde físico e mental tendem a variar entre os grupos sociais”, em decorrência das desigualdades sociais, categoria contemplada pela teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

A referida autora acrescenta que essa teoria é largamente empregada na América Latina, e sua versão, no Brasil, enfatiza o modo de vida. O enfoque engloba,

além do espaço geográfico, aspectos materiais relacionados aos mecanismos de acumulação do capital, distribuição do poder, reprodução social e aspectos simbólicos, de modo que tais mecanismos “indicam a posição de classe e a reprodução social [...] como os principais determinantes do perfil de saúde e doença” (BARATA, 2009, p.18).

Sposati (1996; 2001) aborda os indicadores territoriais na construção do Mapa da Exclusão/Inclusão Social de São Paulo, quando revela as expressões territoriais das desigualdades sociais. Propõe como dispositivo analítico do fenômeno, estudos transdisciplinares, com aplicação de diversas linguagens metodológicas para análise das dinâmicas socioespaciais em múltiplas escalas, tendo como referência o território local, a cidade, porque a desigualdade social constitui um elemento básico para dimensionar indicadores territoriais no enfrentamento da questão social urbana, principalmente no estudo da relação exclusão/inclusão social e, conseqüentemente, para a elaboração de políticas públicas inclusivas.

Assim, a espacialização das informações sobre a violência doméstica, no cenário investigado, permite refletir sobre a necessidade de se qualificar os profissionais - com enfoque em conteúdos da abordagem de gênero - para atender a mulheres em situação de violência. Evidenciamos também, a necessidade de se equipar os serviços públicos de atenção, para atender as necessidades desse segmento populacional - como as Equipes de Saúde da Família, que são diretamente responsáveis pelo cuidado e compõem a rede do sistema de saúde da zona urbana de João Pessoa -, uma vez que o fenômeno se encontra disseminado em bairros onde se concentram as classes sociais populacionais que mais utilizam os serviços públicos de saúde. O fato requer enfrentamento, desde a etapa do planejamento das políticas até sua realização, como trabalho de práticas multiprofissionais.

No sentido de superar o planejamento tradicional em saúde – que, de acordo com Paim (2006), pode-se apresentar de modo agregado, normativo e orientado, para atender às demandas - porque pressupõe uma clientela homogênea e uma rede de serviços que compartilha interesses e objetivos, defendemos que o planejamento em saúde considere, em suas decisões, as diferentes situações reais de vida dos diversos grupos sociais. Para tanto, dispomos de mecanismos técnico-científicos, como o SIG, que pode ser empregado no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, pois, ainda segundo Paim (2006), o SIG se apresenta como um instrumento adequado, para subsidiar um novo enfoque: o do planejamento estratégico em saúde, que pressupõe um sistema interligado de serviços que formam uma rede articulada de serviços. Por isso o

SIG apresenta potencial: por produzir informações que favorecem a resolutividade de problemas e necessidades de saúde no território.

O reconhecimento da violência contra a mulher como uma questão de saúde pública, por seu impacto nos âmbitos biológicos, social e psicológicos, que requer acesso a um tipo complexo de atenção e de serviços de saúde, exige o tratamento da questão sob enfoques que extrapolam os recursos tradicionalmente empregados pela área da saúde, requerendo a intersecção da saúde com outras áreas do conhecimento humano.

Segundo Barata (2009, p.77), há uma corrente de pensamento sobre gênero que defende o argumento de que a condição de gênero é importante para os estudos dos perfis epidemiológicos, no que se refere às diferentes determinações e mediações que influenciam o processo saúde-doença, tendo em vista que “as relações de gênero atravessam todas as dimensões da vida social, possuem dinâmica própria, independente de outros processos sociais e são marcadas pelo antagonismo na relação de dominação das mulheres pelos homens”.

Apesar de a violência de gênero ser um fenômeno muito antigo, frequente ainda, na atualidade, e impactar várias dimensões do âmbito social, somente nas últimas décadas o evento tem adquirido visibilidade no mundo. Segundo Saffioti (2002), cerca de 30% das mulheres já experimentaram a violência conjugal ao menos, uma vez; 23% estão sujeitas diariamente à violência doméstica; um, em cada cinco dias de falta ao trabalho de uma mulher, é decorrente da violência sofrida em casa, e, em cada cinco anos de violência doméstica, a mulher perde 1 ano de vida.

Na América Latina e no Caribe, segundo dossiê realizado pela Rede Feminista de Saúde, 25% a 50% das mulheres sofrem violência doméstica, 33% sofrem abuso sexual, entre os 16 e 49 anos, e, ao menos, 45% delas são objeto de ameaças, insultos e destruição de bens pessoais. Em algum momento de suas vidas, metade das mulheres latino-americanas sofre algum tipo de violência, segundo o documento, todavia esse não é somente um problema dos países pobres ou emergentes (NOBRE, 2009).

Nos Estados Unidos, pesquisas indicam que 20% das mulheres sofrem, durante a vida, ao menos, um tipo de agressão física infligida pelo parceiro; anualmente, entre três e quatro milhões de mulheres são agredidas, em suas casas, por pessoas de sua convivência íntima neste país. No Canadá, a violência de gênero atinge quase um quarto

da população feminina, e, no Reino Unido, 30% das mulheres sofrem violência doméstica a cada ano (NOBRE, 2009).

Embora a Epidemiologia Clássica tenha considerado a variável sexo como indicador de padrões de comportamentos específicos para homens e mulheres, essa disciplina não pondera sobre a complexidade das relações de gênero, assim, a variável sexo, dos estudos epidemiológicos tradicionais, não abrange as múltiplas facetas que o conceito de gênero encerra, sobretudo, a que se refere à assimetria do poder entre os dois sexos (BARATA, 2009). O poder é uma das categorias que mais contribui para a formulação do conceito de gênero e sua assimetria, e, nas relações entre homens e mulheres, é um dos fatores responsáveis pela desigualdade que autoriza a violência e impacta o estado da saúde física e mental de mulheres.

Essa reflexão nos remete à concepção foucaultiana, sobre o poder por ele referido como:

A ocupação de um lugar estratégico numa determinada sociedade, que possibilita a um sujeito social influenciar pessoas e modificar suas condutas. Essas estratégias passam pelo controle amplo do Estado, mas, simultaneamente, pelo exercício de micro-poderes, atualizados nas relações familiares, afetivas, sexuais, de trabalho; elas atravessam, enfim, todo o corpo social, nas suas porosidades e capilarizações, na forma de biopoder: um poder que se torna investimento/controle sobre o corpo e sobre a vida, mas que produz, ao mesmo tempo, possibilidades de resistência (FOUCAULT, 2003, p. 225).

Tal formulação permite considerar que as mulheres, embora alvo de violência possa empoderar-se, para se libertar da opressão de gênero. No Brasil, as mulheres dispõem de um mecanismo legal para o enfrentamento da violência: trata-se da Lei Maria da Penha, instrumento formal de proteção à mulher, em vigor, que defende um ideal de justiça, traduzido na possibilidade de igualdade entre homens e mulheres, mas ainda sem alcance satisfatório no cotidiano, uma vez que esse tipo de violência contra a mulher atinge índices alarmantes na atualmente, no país.

No Estado da Paraíba, em 2009, 26 mulheres foram assassinadas. Segundo dados da Delegacia da Mulher, foram instaurados, neste ano, 187 inquéritos de violência doméstica praticada contra mulheres, dos quais apenas 55 estão em andamento (SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA, 2010). O Centro de Referência da Mulher Ednalva Bezerra, serviço ligado à Coordenadoria de Políticas para as Mulheres da Prefeitura de João Pessoa, notificou, em 2009, 608 atendimentos às mulheres vítimas de violência (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA, 2010).

A igualdade entre os sexos pressupõe o reconhecimento dos direitos de cidadania da mulher, valor requerido por algumas delas, desde o movimento de mulheres pela revogação da Lei *Oppia*, em Roma Antiga, no ano de 195 a.C Hesketh (2003) e, mais recentemente, por muitas mulheres, socialmente organizadas no movimento feminino, que teve início no século XX. Isso significa que, no plano político e social, as mulheres não assistem à sua dominação passivamente. Tem havido resistências históricas ao processo da submissão da mulher à dominação de gênero, que a relegou ao espaço privado e inferioriza seu estatuto jurídico e social, ainda na atualidade.

Segundo Schraiber; D'Oliveira (2008), apesar do poder explicativo da abordagem de gênero, há dificuldade de incorporação do conhecimento sociológico sobre o tema, pela área da saúde, especificamente naquilo que precisa ser traduzido em procedimentos tecnológicos, que se revela nas práticas profissionais e nos processos de trabalho.

Além da predominância de uma assistência em saúde da mulher tradicional, fragmentada e de enfoque, sobretudo, biológico, há outros fatores que constituem óbice para a aproximação com uma assistência integral e eficaz, entre os quais Guedes; Silva; Fonseca (2009, p. 626) apontam “a influência das identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, a submissão”. As autoras acrescentam ainda, que essas identidades não se encontram apenas nas mulheres que sofrem violência doméstica, mas também nos profissionais dos serviços de saúde que negligenciam a situação pela naturalização da opressão feminina na sociedade.

Para Almeida (2010), o saber que orienta as práticas profissionais da atenção à saúde da mulher em situação de violência de gênero, está voltado, para tratar, sobretudo, os danos físicos, excluindo sentimentos e a subjetividade que afetam a saúde mental dessas mulheres e a sua capacidade, para enfrentar o problema. Nesse enfoque, um saber conservador alimenta as práticas profissionais e reproduz a opressão de gênero, desse modo, a inadequação do saber instrumental constitui um obstáculo para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde com potencial transformador da realidade.

No sentido de ultrapassar a assistência tradicional, que se traduz como superação paradigmática, D'Oliveira *et al* (2009) defendem que a forma de compreender e delimitar o problema a ser trabalhado é essencial, para orientar uma dada intervenção. Neste estudo, essa reflexão pode ser aplicada ao processo de tomada de

decisão, uma vez que, “para cada definição do que venha a ser violência e qual a sua relação com a saúde, uma determinada intervenção é proposta e realizada, respondendo a finalidades sociais diversas” D’OLIVEIRA *et al* (2009, p. 1039).

A reorientação da atenção à saúde, dirigida ao grupo populacional, sujeito do estudo, no sentido de enfrentar a violência de gênero depende, portanto, de uma decisão que implica na reformulação dos objetivos e de outros elementos dos processos de trabalho, adotados nos serviços. Deve também, segundo Brasil (2004), apoiar-se na organização de redes integradas de serviços que traduzam em ações o enfrentamento dos desafios - como o que a violência doméstica constitui, na atualidade - por meio da identificação de necessidades e problemas de saúde.

Nessa perspectiva, recomendamos a utilização eficaz da ampla rede intersetorial, na atenção à saúde da mulher principalmente nas áreas prioritárias - Casas-Abrigos, Centros de Referência e Reabilitação, Defensorias e Delegacias da Mulher, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretarias de Saúde e de Planejamento-, para a garantia da integralidade e da efetividade do atendimento à mulher em situação de violência. A recorrência a esses instrumentos de enfrentamento depende de decisões quanto à necessidade de instalação, escolha adequada de lugar geográfico e geopolítico apropriados para sua constituição, que podem ser informados pelo SIG.

Nesse contexto, para a articulação dos serviços, torna-se necessário a presença, em todas as instituições, de ações interligadas com outros serviços e sujeitos sociais, incluindo a construção de mapas que demonstrem a vulnerabilidade social das pessoas que residem nos territórios, a escuta qualificada e a reflexão crítica, no que concerne à atenção integral das mulheres em situação de violência (D’OLIVEIRA *et al*, 2009), fortalecendo o processo de tomada de decisão.

Guedes (2006) aborda a importância de proporcionar às mulheres em situação de violência de gênero, um percurso seguro ao longo dessa rota de serviços por elas trilhada, evitando-se uma dupla violência, ou que elas passem por mais uma situação de desgaste emocional, ou submetam-se a (re) vitimização, ao serem atendidas de modo ineficiente, em cada setor. Nesse sentido, destacamos a importância da política de educação permanente e a qualificação sobre as questões de gênero e violência, para os profissionais envolvidos com a atenção às mulheres em situação de violência.

*“Se você é capaz de tremer de indignação a cada
vez que se comete uma injustiça no mundo, então
somos companheiros.”
(Ernesto Che Guevara)*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o reconhecimento da responsabilidade do Estado, como instância definidora das políticas públicas, entre as quais as referentes à saúde da coletividade - que articula as práticas profissionais em saúde à superestrutura social - a perspectiva do planejamento e da gestão, nessa área, assume lugar de destaque. Esse enfoque requer a consideração da interdisciplinaridade e pressupõe o emprego de mecanismos e instrumentos, necessários para sua consecução, entre os quais se encontram os Sistemas de Informações Geográficas.

A recorrência a tecnologias e soluções inovadoras oferece suporte ao processo de tomada de decisão em saúde pública, na planificação e desenvolvimento de políticas que buscam respostas efetivas, dirigidas à prevenção e/ou controle de danos à saúde, para o melhoramento da qualidade de vida das pessoas e das condições sociais das cidades. Essa recorrência tem-se intensificado, sobretudo depois da ampliação do conceito de saúde e da situação jurídico-política da condição de ser a saúde um direito do cidadão e um dever do Estado brasileiro.

Tal interpretação da saúde permite destacar velhas práticas sociais como novos problemas de saúde, a exemplo da violência de gênero, um fenômeno secularmente praticado, mas somente, na contemporaneidade, constituído como um problema de saúde pública. Nesse contexto, os problemas de saúde requerem a apreciação dos múltiplos fatores no que se refere à sua gênese e desenvolvimento, envolvendo também as possibilidades de se recorrer a múltiplos instrumentos de apoio para sua visibilidade e localização espacial, por meio de ferramentas computacionais no campo do Geoprocessamento.

Além dos instrumentos precisos, as investigações em saúde de enfoque quantitativo não descartam a possibilidade de cotejar seus dados com o enfoque qualitativo, para considerar algumas categorias que enriquecem as explicações de seus resultados, por permitir revelar a gênese e as conseqüências dos fenômenos, sobretudo, quando o tema se refere a conteúdos complexos, como os que informam a violência doméstica ou de gênero.

Por sua complexidade, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor de saúde. Entre as dificuldades, para superar tal desafio encontram-se os obstáculos para o seu diagnóstico, tais como os fatores de ordem cultural, a falta de orientação dos usuários e dos profissionais de saúde, fazendo parecer que ambos os

grupos de sujeitos envolvidos com a temática de gênero têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, uma política de saúde da mulher traduzida como medidas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher, bem como a prevenção de problemas - como o que se refere a mulheres em situação de violência doméstica - devem ser enfrentados, considerando-se a análise de situações locais, das cidades e do campo, ou seja, a elaboração de uma Política Nacional de Saúde deve considerar os espaços geopolíticos locais, como instância que vivencia a problemática na realidade concreta e também como instância local de decisão sobre a produção, distribuição e consumo de serviços e bens de saúde.

Disso decorre a importância das ferramentas do campo do Geoprocessamento, no caso, o Sistema de Informações Geográficas, como tecnologia a que a gestão pode recorrer, para subsidiá-la na elaboração de planos e para promover a articulação entre as situações locais ou as políticas municipais e estaduais com a Política Nacional do Sistema de Saúde. A gestão em saúde que considerar o espaço como um território que expressa, além de problemas, os valores de cultura de grupos sociais que ocupam espaços geopolíticos nas cidades e nos campos, amplia a variedade de situações territoriais sobre as quais precisa intervir para o enfrentamento de problemas, bem como para sua prevenção.

Portanto, a proposta que tem como objetivo mais amplo – *investigar a distribuição espacial de violência doméstica contra a mulher, para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão nas políticas de saúde da mulher* – por meio da identificação e distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher; da verificação da incidência da violência doméstica em mulheres, no município de João Pessoa – PB, entre os anos de 2002 e 2007, para produzir um modelo de tomada de decisão com foco na saúde da mulher - apresenta-se como uma contribuição ao debate, para enfrentar um dos grandes desafios do planejamento e da gestão em saúde, o processo de tomada de decisão, no sentido de concretizar o Sistema Único de Saúde – SUS.

Ressaltamos que o avanço do SUS significa uma das maiores conquistas da área da Saúde, por ser parte da realização do processo de democratização do país assegurada pela Constituição de 1988 e pautada em princípios filosóficos, como o da integralidade e o da equidade. Tais temas estão relacionados às necessidades de saúde da mulher em situação de violência doméstica e, como tal, precisam ser considerados

pelo trabalho das práticas profissionais, como o trabalho do planejamento e da gestão em saúde.

Finalmente, destacamos a importância dos estudos multiprofissionais e da transdisciplinaridade para o enfrentamento dos problemas da área da saúde, como é o caso do processo de tomada de decisão, na elaboração de políticas públicas para atender à mulher em situação de violência, aqui abordado. Reforçamos, também, a necessidade de que a educação formal, a acadêmica, e a educação em serviço, a permanente, contemplem os discentes e os profissionais envolvidos com as questões de saúde, com conteúdos que se entrecruzam nas diferentes áreas do conhecimento, favorecendo situações nas quais os problemas podem encontrar respostas eficazes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALLISON, G; ZELIKOW, P. **Essence of decision**: explaining the Cuban missile crisis. New York: Addison Wesley Longman, 1999.

ALMEIDA, L R de. Atenção a mulheres vítimas de violência doméstica: o trabalho das práticas profissionais na atenção básica, 2010. **[Trabalho de Conclusão de Curso]**. Universidade Federal da Paraíba, 2010.

ALVES, A A L. Distribuição Espacial da Mortalidade Infantil na cidade de João Pessoa-PB, entre 2006 e 2007, 2009. **Dissertação [Mestrado]** Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

ANGULO-TUESTA A.; JESÚS A. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde, 1997. **Dissertação [Mestrado]** Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

ASSUNÇÃO, R M. **Estatística Espacial com Aplicações em Epidemiologia, Economia e Sociologia**. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística, 2001.

BAILEY, T. C. Métodos estatísticos espaciais em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p.1083-1098, 2001.

BARCELLOS, C.; RAMALHO, W. Situação atual do geoprocessamento e da análise de dados espaciais em saúde no Brasil. **Revista IP – Informática Pública**, v. 4, p.221-230, 2002.

BARATA, R.B. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal a saúde**. 1º Ed. São Paulo: Fiocruz, 2009.p. 13, 17 e 77.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP – **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Norma Operacional Básica, jan-96**. Brasília, DF,1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde**, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Plano de ação para o período 2004 a 2007**. Brasília: DAPE, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Técnica de Saúde da Mulher**: síntese das diretrizes

para a política de atenção integral à saúde da mulher- 2004 a 2007. Resumo das atividades realizadas em 2003. Brasília, DF, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399 GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Publicada no Diário Oficial a União nº 39, Seção 1, de 23/02/06.

BRASIL, Lei n. 11.340 de 22 de setembro de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 de set 2006.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina** 3.ed. 1998 Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.p.142-145.

CÂMARA, G. *et al.* **Análise espacial e Geoprocessamento**. 2. ed. São José dos Campos: INPE, jul. 2002. Disponível em: www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/analise/cap1-intro.pdf. Acesso em: 25 de out. 2010.

CARVALHO, M. S.; PINA, M F.; SANTOS, S M. **Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde**. Brasília, DF: OPAS/Ministério da Saúde, 2000.

CARVALHO, M. S.; SANTOS, R S. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 21, n.2, p. 361-378, mar./abr. 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2005.

_____. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Moderna, 2006.p.341-342.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. e KASHIWAGI, N. M. Geoprocessamento e a promoção da saúde: desigualdades sociais e ambientais em São Paulo. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.36, n.5, p. 559-567, 2002.

COELHO, E C. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001. 180f. **Tese- (Doutorado em Enfermagem)** - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo.

CORREIA, V R M. *et al.* Uma aplicação do sensoriamento remoto para a investigação de endemias urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 23, n. 5, p.1015-1028, mai 2007.

COSTA, M A. *et al.* Detecção de Conglomerados Espaciais com Geometria Arbitraria. **IP. Informação pública**. v. 8, n. 1, 2006.

CRESSIE, N. **Statistics for Spatial Data**. Chichester: John Wiley, 1991.

DANTAS-BERGER, S M ; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2. p.417-425, 2005.

DE FERRANTE, F G. Violência contra a mulher: A percepção dos médicos das Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão Preto-SP. 167 f. **Dissertação –[Mestrado]**- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, 2008.

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. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1037-1050, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413 Acesso em 15 out. 2010.

DRUCK, S. *et al.* **Análise Espacial de Dados Geográficos**. Brasília, DF: EMBRAPA, 2004.

FERRARI, R. **Viagem ao SIG: Planejamento Estratégico, Viabilização, Implantação e Gerenciamento de Sistemas de Informação Geográfica**. Curitiba: Sagres, 1997.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.39, sup 4. p. 450-459, 2005.

FOUCAULT, M. Estratégia, Poder-Saber. Coleção Ditos e Escritos, v.4. **Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

GARCIA, S O. Violência doméstica e as políticas de atenção à criança vitimizada: um estudo bibliográfico. 2006. 66 f. **Monografia – (Especialização em Saúde Coletiva com enfoque em saúde da família)** – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GIFFIN, K M. Mulher e saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 7, n. 2, p.133-134, 1994.

GOMES, R. G. S. *et al.* **Análise Espacial dos atendimentos de urgência realizados no hospital municipal Santa Isabel dos pacientes residentes em João Pessoa no período de agosto de 2007 a maio de 2008**. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Recife, 2009.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

GUEDES, R N. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero, 2006. **Dissertação- (Mestrado)** - Centro de Ciências da Saúde/ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

GUEDES, R N; SILVA, A T M C. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.9, n.2. p. 362-378. 2007.

GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C. da; FONSECA, R.M.G.S. da. A violência de gênero e processo saúde-doença das mulheres. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 13, p. 625-631, 2009.

HEISE, L ; PITANGUY, J ; GERMAIN, A. **Violencia contra la mujer: La Carga Oculta sobre la Salud**. Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D.C,1994.

HESKETH, M. A. (ORG) **Cidadania da mulher, uma questão de justiça**. Brasília, DF: Editora OAB, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, João Pessoa, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, João Pessoa, 2009.

JEKEL, J F.; ELMORE, J G.; KATZ, D L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. São Paulo: Artmed, 2002.

JOÃO PESSOA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br>, Acesso em 10/08/2010.

JOÃO PESSOA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Segurança Pública. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br>, Acesso em 12/09/2010.

JOÃO PESSOA, Prefeitura Municipal de. Secretaria Municipal de Planejamento. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br>, Acesso em 10/10/2010.

KLEINDORFER, P. R. Decision making in complex environments: new tools for a new age. In: HOCH, S. J.; KUNREUTHER, H. C.; GUNTHER, R. E. (Eds.). **Wharton on making decisions**. New York: John Wiley & Sons, p. 115-129, 2001.

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

LAURENTIS, R.; BUCHALLA, C. M. Indicadores da saúde materna e infantil: Implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 1, p. 18-22, 1997.

LUCENA, K. D. T; SILVA, A. T. M. C. O impacto da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no estado da Paraíba. **Relatório de Pesquisa**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2007.

LUCENA, K. D. T. A abordagem de gênero no contexto do trabalho no PSF do município de João Pessoa-PB. **Monografia-[Trabalho de Conclusão de Curso]**-Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2008.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo, Peirópolis, 1998.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MENDES, E V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M C S; SANCHES, O. Quantitativo- Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? IN: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 239-262, jul/set, 1993.

MINAYO, M C S. Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF, 2005.

_____. Violência e Saúde. **Coleção Temas em Saúde**. Editora: Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

MORAES, R M; SOUZA, I C A. Utilização de Sistemas de Informação Geográfica na Análise Espacial de Dados de Saúde Pública na Paraíba entre os anos de 1998 e 2001. **[Relatório de PIBIC]**. UFPB, João Pessoa, 2003.

NOBRE, M T. Um Panorama da Violência Contra a Mulher em Aracaju na Década de 90. **Revista da Fapese**, v.5, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2009;

OMS, Organização Mundial de Saúde: **Relatório Mundial sobre violência e saúde**, Genebra, 2002.

PAIM, J S. **Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação**. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.p. 7-30.

PAIM, J S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

RAMALHO, M I. A Sogra de Rute ou intersexualidades. In: SANTOS, B.S. (org.) **Globalização: fatalidade ou utopia?** Porto: Afrontamento, v.1, p.525-555, 2001.

ROUQUAYROL, M Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SAFIOTTI, H. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Labrys, estudos feministas número 1-2, julho/ dezembro 2002.

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, B. S. A construção multicultural da igualdade na diferença. **Cadernos CES: Centro de Estudos sociais Faculdade de Economia**, Universidade de Coimbra. Oficina nº 135. Coimbra-Portugal, p. 62, 1999

SANTOS, M. **Espaço e Método**. 5Ed. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. **O Brasil no estudo multipaíses sobre saúde da mulher e violência doméstica e sexual contra a mulher: relatório preliminar.** Brasília (DF): Ministério da Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS/UNESCO; 2000.

_____. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital** – CARPETA - Universidade de São Paulo, n. 14, p. 229-236, 2008.

_____. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.4, v. 14, p. 1019-27, 2009.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** Trad. de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. 2ª ed. Recife: SOS Corpo, 1995.

SILVA, A H A; MORAES, R M. de. Comparação dos métodos scan e getis&ord para detecção de conglomerados espaciais da incidência da tuberculose no município de João Pessoa-Paraíba nos anos de 2004 e 2005. In: Simpósio Brasileiro de Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação, 2., 2008, Recife. **Anais do II Simpósio Brasileiro de Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação**, 2008.

SILVA, J. X.; ZAIDAN, R. T. **Geoprocessamento e análise ambiental: aplicações.** 2ª Ed. (org.) Editora Bertrand, Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

SILVA, L. J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.13, n.4, p. 585-593. ISSN 0102-311X, 1997.

SPOSATI,A. **Mapa de exclusão/ Inclusão Social de São Paulo** (org).Educ. 1996.

SPOSATI,A. **Cidade em Pedacos.** São Paulo: Brasiliense, 2001.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. IN: **Revista Saúde Pública.** v.39, n.3, p.507-14. www.fsp.usp.br/rsp, 2005.

Apêndice A

Ficha de transcrição dos registros da Delegacia da Mulher

1-Dados de identificação:

Nº de Registro:

Nome/ Iniciais:.....Idade.....Escolaridade.....

Profissão/Ocupação.....Situação Civil.....

Bairro:

2-Dados sobre a situação da denúncia.

Data da denúncia:

Queixa principal:

Agravo à saúde:

Agressor:

Histórico da situação de violência sofrida:

Encaminhamento dado ao caso:

Apêndice B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Eu, **KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA**, mestranda do curso de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, pretendo realizar uma pesquisa intitulada, **Análise Espacial da Violência Doméstica contra a Mulher no Município de João Pessoa entre os anos de 2002 e 2007**, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e do Prof^o. Dr. Ronei Marcos de Moraes. O estudo tem como objetivo geral: investigar a distribuição espacial de violência doméstica contra a mulher para subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão nas políticas de saúde da mulher. Para a realização deste estudo, solicito sua participação e autorização, garantindo preservar o anonimato, o sigilo das informações e o direito a sua desistência em qualquer momento, sem qualquer dano, prejuízo ou lesão à sua pessoa, conforme a Resolução 196/96. Informo que usado um roteiro semiestruturado de entrevistas por meio dos boletins de ocorrência e posteriormente transcritos para um banco de dados para manter a autenticidade das informações, contudo, nenhum nome será divulgado em nenhum momento ou situação. Ao término desta pesquisa gostaria de solicitar sua autorização para apresentá-la em sala de aula, seminários, congressos, bem como publicar em revistas científicas.

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e aceito participar da mesma de livre e espontânea vontade, sem que isto traga nenhum dano para mim.

João Pessoa, PB ____/____/____

Assinatura do participante

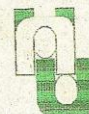
Pesquisadora – Kerle Dayana Tavares de Lucena

Rua: Desembargador Pedro Batista da Silva, 102, Torre. Tel: 83/88484502





UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA-UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY-HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 18/06/07, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **O IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA SAÚDE-SAÚDE MENTAL DE MULHERES NO ESTADO DA PARAÍBA**. Protocolo nº 024/07, da pesquisadora responsável ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW, um resumo sucinto dos resultados, no final da pesquisa.

João Pessoa, 18 de junho de 2007.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW- 4º andar
Campus I - Cidade Universitária, Bairro: Castelo Branco - João Pessoa-PB.
CEP: 58059-900 Fone (83) 32167302 CNPJ: 24098477/0007-5
E-mail - cephulw@hotmail.com