



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE-
NÍVEL DOUTORADO**

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E QUALIDADE DE VIDA

Kerle Dayana Tavares de Lucena

João Pessoa – 2015

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E QUALIDADE DE VIDA

Tese de Doutorado apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde-Nível Doutorado- do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de doutora.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

ORIENTADORES: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

João Pessoa - PB

2015

L935v Lucena, Kerle Dayana Tavares de.
Violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida -
Kerle Dayana Tavares de Lucena – João Pessoa, 2015.
107f.
Orientadores: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, João
Agnaldo do Nascimento.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN
1. Violência doméstica contra a mulher. 2. Qualidade de
vida. 3. Relações de gênero.

UFPB/BC

CDU: 343.726.055.2 (043)

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E QUALIDADE DE VIDA

Data da aprovação: 14/12/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Orientador
(UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento

Orientador
(UFPB)

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coelho

Membro Interno
(UFPB)

Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu

Membro Externo
(USP)

Prof^a. Dr^a Italla Maria Pinheiro Bezerra

Membro Externo
(USP)

*Aos meus pais, Lúcia Lucena e Kerginaldo Lucena, amores maiores que eu. Obrigada por
tudo! Amo vocês!*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa Senhora, senti a presença de vocês em todos os momentos dessa construção, inclusive nos períodos monossilábicos;

Aos meus pais, **Lúcia e Kerginaldo**, pela confiança e investimento durante minha formação pessoal e profissional;

Aos meus amores, **Maria Vitória e João Guilherme**, irmã e sobrinho, bençãos em minha vida;

Ao meu irmão, **Katson Lucena**, pela torcida e auxílio na fase final deste estudo;

Ao professor Dr. **Rodrigo Vianna**, por ter aceitado conduzir a orientação deste estudo, mesmo no meio do percurso, com muita gentileza e pela autonomia dada durante o processo;

Ao professor Dr. **Hemílio Fernandes** pela preciosa contribuição para consolidação deste estudo. Minha eterna gratidão pelos ensinamentos e, sobretudo, disponibilidade em todos os momentos e etapas da tese. Qualquer agradecimento aqui seria muito pouco para expressar a sua importância na finalização deste ciclo;

Ao Professor Dr. **João Agnaldo Nascimento** pelo carinho e auxílio valioso na fase da qualificação, na apresentação dos resultados da pesquisa e por ter sido tão amável e generoso comigo;

Ao professor Dr. **Luiz Carlos de Abreu** por ter aceitado gentilmente participar da banca;

À professora Dr^a **Italla Pinheiro** pelo afeto, amizade perpetuada, trocas de experiências e por ter aceitado carinhosamente participar da banca;

A professora Dr^a **Ana Flávia D'Oliveira** por todo ensinamento e auxílio;

Aos meus amigos **Márcia Rique, Micely Pontes, Adriene Jacinto, Lucilla Vieira, Pedro Alberto** por estarem sempre presentes em minha vida, mesmo quando tentei afastá-los com minhas crises existenciais. Amo vocês!

As minhas alunas **Emília, Autha, Irla, Hosana, Karol Saad e Thaís** pela força tarefa na fase da coleta de dados;

As minhas colegas de doutorado **Eveline, Elma, Isabella e Danielly** pelos anseios compartilhados;

A professora doutora **Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva**, pelo aprendizado proporcionado desde a minha graduação;

Ao professor doutor **César Cavalcanti da Silva**, pela valiosa contribuição na minha formação acadêmica;

Às melhores tias do universo, **Cida, Neném e Fátima**, pelo apoio incondicional;

A **Layza Chaves** pela parceira firmada e pela amizade consolidada;

A **Yana Balduino**, pela escuta terapêutica durante a fase “fuzzy” do doutorado;

A **Chico** pela ajuda em diversos momentos durante a fase de Mestrado e Doutorado, principalmente no período de matrícula;

A **Analidia** pela gentileza na confecção das plaquinhas;

A **Hercília** e a **Cecília**, primas queridas e presentes;

A minha madrinha **Adiles Moraes**, pelos livros comprados durante a minha infância;

A **Neuma, Nilma, Lu, Suely e Manoel**, pelo carinho e torcida;

Ao pessoal do **Box 10 Crossfit Bessa Rodrigo Leite, Eudes Carvalho e Virgínia Leite**, pelo impulso e torcida;

As mulheres que lutam diariamente pelo fim da violência e por direitos iguais;

A todos que torceram por mim.

NOTAS SOBRE ELA:

Ela está cansada das conversas superficiais

Das vaidades sem sentido

Dos egos obesos e sufocantes

Desses amores sem embalagem

De ver a sua vida se perdendo em dias cinzas ou em festas coloridas

E de falar com pessoas ocas

E de escutar apenas a sua própria voz ecoando no vazio

Ela está cansada de dar satisfações

De ver as pessoas querendo amarrar nela

As cordas de marionete

As cordas do corpo perfeito

Da roupa certa

Da carreira ideal.

Ela nasceu sob a constelação da LIBERDADE

Uivará para a lua

Correrá pelos bosques

E não deixará ninguém roubar a sua vida.

Não mais. BASTA!

(Zack Magiezi)

RESUMO

A violência doméstica compreendida como sinônimo de violência contra a mulher é um fenômeno de múltiplas determinações, definida como qualquer ato baseado nas relações de gênero que resulte em danos físicos e psicológicos ou sofrimento para a mulher. Refere-se à hierarquia de poder, desejos de dominação e aniquilamento do outro. Pode ser utilizada algumas vezes conscientemente nas relações conjugais, pela violação da dignidade humana em sua integridade, como mecanismo para subordinação da mulher ao parceiro. Sabe-se que o conceito de qualidade de vida é um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico e seria a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas. A qualidade de vida envolve, portanto, níveis orgânicos, psicológicos, sociais, comportamentais, materiais e estruturais. Assim, o objetivo foi analisar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida. Trata-se de um Inquérito Domiciliar com recorte na atenção à saúde da mulher, exploratório, com abordagem quantitativa. Foi realizado com 427 mulheres residentes no município de João Pessoa. Atendendo a resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, após explicação dos objetivos, as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ressalta-se ainda, que o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e obteve sua aprovação sob CAAE de nº 20418813.0.0000.5183 em agosto de 2013. Utilizou-se para fins de tomada de decisão o Modelo de Regressão Logística. Evidenciou-se uma prevalência de violência doméstica contra a mulher em João Pessoa estimada em 54%. Verificou-se que as mulheres do presente estudo possuem uma baixa qualidade de vida (61,59). Das variáveis utilizadas no modelo apenas as que se referem ao domínio das relações sociais, avaliação geral da qualidade de vida, segurança e oferta de tratamento médica foram significantes estatisticamente. A repetição da VCDM com suas consequências impactantes deixa marcas inefáveis nas mulheres, minando sua autoestima e influenciando diretamente na qualidade de vida, conforme dados deste estudo.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Relações de Gênero; Violência Doméstica contra a Mulher.

ABSTRACT

Domestic violence understood as synonymous with violence against women is a phenomenon of multiple determinations, defined as any act based on gender relations that results in physical and psychological harm or suffering to women. It refers to the hierarchy of power, domination and suppression of desires of the other. Can be used sometimes consciously in marital relations, the violation of human dignity in its entirety, as a mechanism for subordination of women to partner. It is known that the concept of quality of life is a dynamic concept, broad, subjective and polysemic and it would be the sum of factors resulting from the interaction between society and environment, affecting life in relation to their biological and psychological needs. The quality of life therefore involves organic levels, psychological, social, behavioral, and structural materials. The objective was to analyze the association between domestic violence against women and the quality of life. This is a Household Survey to cut in health care of women, exploratory, with a quantitative approach. It was conducted with 427 women living in the city of João Pessoa. In view of Resolution 466/12 of December 12, 2012, the National Health Council, after explaining the objectives, the women who agreed to participate signed the Term of Free and Clear. It is worth noting that the research project was submitted to the Research Ethics Committee of the University Hospital Lauro Wanderley and obtained approval under CAAE n ° 20418813.0.0000.5183 in August 2013. It was used for decision-making purposes the model of logistic regression. It showed that the prevalence of domestic violence against women in Singapore estimated at 54%. It was found that women in this study have a low quality of life (61.59). The variables used in the model only those relating to the domain of social relations, overall assessment of quality of life, safety and medical treatment provision were statistically significant. The repetition of VCDM with its shocking consequences ineffable leaves marks on women, undermining their self-esteem and directly influencing the quality of life, according to data from this study.

Descriptors: Quality of Life; Gender relations; Domestic Violence against Women.

LISTA DE FIGURAS E QUADRO

Figura 1.	Mapa da cidade de João Pessoa-PB.....	49
Quadro 1.	Domínios e facetas do WHOQOL-bref.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dados Sociodemográficos.....	60
Tabela 2.	Estatísticas Descritivas dos domínios do WHOQOL-BREF.....	62
Tabela 3.	Resultados do ajuste final da regressão logística considerando os escores dos 4 domínios de QV.....	65
Tabela 4.	Resultados dos testes para comparação dos grupos de mulheres que sofreram VDCM com as que não sofreram.....	67
Tabela 5.	Resultados do teste de hipótese para comparação dos grupos de mulheres que sofreram VDCM com as que não sofreram.....	68

LISTA DE FÓRMULAS

Fórmula 1.	cálculo do tamanho da amostra.....	51
Fórmula 2.	cálculo para tamanho final da amostra.....	51
Fórmula 3.	cálculo do tamanho da amostra por bairro.....	51
Fórmula 4.	razão de chances.....	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	20
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
3.1. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER.....	22
3.2. CONCEITUANDO GÊNERO.....	32
3.3. QUALIDADE DE VIDA.....	39
3.3.1 Aspectos conceituais e históricos.....	39
3.3.2 Mensuração da qualidade de vida.....	42
3.3.3 Indicadores de qualidade de vida.....	44
4. MÉTODO.....	49
4.1 Desenho do estudo.....	49
4.2 População/critérios de inclusão e exclusão.....	49
4.3 Plano amostral.....	50
4.4 Coleta de dados.....	51
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	52
4.6 Aspectos éticos.....	54
4.7 Método estatístico.....	55
5. RESULTADOS.....	60
6. DISCUSSÃO.....	70
7. CONCLUSÕES.....	80
8. PRODUÇÃO ACADÊMICA.....	82
REFERÊNCIAS.....	85

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados- Tipo I

APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de Dados- Tipo II

APÊNDICE C-Termo de Consentimento Livre Esclarecido

APÊNDICE D- Lista de variáveis

ANEXO 1- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

“Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome”

(Clarice Lispector)

1 INTRODUÇÃO

A violência doméstica pode ser compreendida como sinônimo de violência contra a mulher, sendo fenômeno de múltiplas determinações, definida como qualquer ato baseado nas relações de gênero que resulte em danos físicos e psicológicos ou sofrimento para a mulher. Refere-se à hierarquia de poder, desejos de dominação e aniquilamento do outro. Pode ser utilizada algumas vezes conscientemente nas relações conjugais, pela violação da dignidade humana em sua integridade, como mecanismo para subordinação da mulher ao parceiro (MINAYO, 2006).

De acordo com o Mapa da Violência 2012, divulgado pelo Instituto Sangari, Lima et al (2013), afirma que a expressão da Violência Doméstica contra a Mulher (VDCM) traduzida em números representa uma taxa de violência homicida de 26,2 por 100 mil habitantes no Brasil, referente ao ano de 2010. Em uma análise por sexo, a taxa de violência homicida, referente aos dados relativos ao mesmo ano é de 4,4 por 100 mil habitantes no sexo feminino.

Diante da alta prevalência da violência, há três décadas, esse fenômeno tem despertado o interesse da sociedade, em virtude das graves consequências que acarreta e devido ao impacto direto sobre a saúde do indivíduo, quando não chega a causar a morte - decorrente das lesões e traumas físicos ou emocionais. Por esses motivos, a violência foi reconhecida como um problema de saúde pública, em meados dos anos 90 (OPAS, 2002).

A distribuição social da Violência contra a mulher no mundo aponta a violência doméstica como um tipo de violência universal e prevalente, praticada por parceiros ou pessoas muito próximas das mulheres. Por tratar-se de um fenômeno previsível, o processo de tomada de decisão tem a probabilidade de obter mais êxito com possibilidade de ações de prevenção, o que requer análise para seu controle (LUCENA et al, 2012).

A violência perpetrada contra as mulheres acompanha a humanidade em seu percurso histórico, apresentando diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades, de acordo com a variação do padrão de valores culturais que influenciam os juízos éticos de cada uma delas. Este tipo de violência se concretiza frequentemente no domínio privado, e o lar que em outras situações seria a referência de refúgio e proteção, nestes casos, configura-se como local privilegiado para a prática e a ocultação da violência. O risco de uma mulher sofrer algum tipo de agressão dentro da própria casa pelo seu companheiro é quase nove vezes superior ao risco de ser agredida na rua. (BRASIL, 2002).

Os dados sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM) no Estado da Paraíba e no município de João Pessoa não estão organizados em um Banco de dados que facilite o trabalho dos pesquisadores e oriente as autoridades a tomar decisões que possam prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência contra a mulher. Além disso, os dados existentes 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, razão pela qual esta proposta de investigação adquire também relevância (LUCENA et al, 2012).

Diante do exposto, no Estado da Paraíba, a VDCM tem sido enfrentada com a criação de Delegacias da Mulher (nove já instituídas em todo o Estado), das casas-abrigo, Centro de Referência da Mulher, além de terem desenvolvido rotinas para nortear as ações de profissionais da saúde, de modo a identificar, apoiar e encaminhar as mulheres vitimizadas (LUCENA et al, 2012).

A atenção em saúde ofertada às mulheres em situação de violência de gênero, ainda não é satisfatória (DIAS, 2008). Esta situação decorre da invisibilidade do fenômeno em alguns setores, como os hospitais de urgência, que em sua maioria, ainda não possuem instrumentos capazes de identificar o problema, evidenciando a predominância do modelo biologicista de assistência à saúde, cujo objeto de intervenção é o dano físico. Além disso, a especialização do saber e das práticas tendem a facilitar o distanciamento dos profissionais dos usuários, que passam a ser vistos como um conjunto de células e órgãos desconectados de sua classe social (SCHRAIBER, 2009).

Quando o enfoque é a violência sexual, a questão é pouco abordada nos espaços de reflexão teórica no campo da saúde coletiva e das políticas públicas de saúde. Apesar de esse ato violento representar, juntamente às agressões físicas, cerca de 70% dos motivos que levam mulheres a buscar os serviços de saúde, 50% procuram atenção à violência sexual e 22% buscam os serviços de emergência. O atendimento ofertado pelos profissionais da saúde às mulheres vitimizadas por violência sexual também é embrionário, não integral e limitado ao dano físico (LIMA et al, 2013).

A mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde, diferentes 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 situação de discriminação na sociedade, do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, é preciso identificar outros fatores relacionados à violência contra a mulher, bem como aprofundar discussões acerca do impacto desse fenômeno na vida das

mulheres e da sociedade. Ainda são necessários estudos para investigação desse evento nas comunidades urbanas e, sobretudo sobre a influência deste na qualidade de vida para obtenção de informações inéditas que podem ser utilizados para o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas comunidades, regiões e países.

Sabe-se que o conceito de qualidade de vida é um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico e seria a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas. A qualidade de vida envolve, portanto, níveis orgânicos, psicológicos, sociais, comportamentais, materiais e estruturais.

Configura-se como **Problema** a ser superado com base nos resultados desta pesquisa o desconhecimento da associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida urbana.

O estudo se **justifica** pela necessidade oportuna de se conceber e experimentar modelos de decisão que possam dar visibilidade ao fenômeno da violência doméstica contra a mulher, auxiliando gestores no processo de tomada de decisão no âmbito da construção e implementação de novas políticas públicas eficazes no enfrentamento da violência contra a mulher, promovendo uma melhor qualidade de vida para as mesmas. Nesse sentido, apresenta-se como **objeto de estudo: a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida.**

2 OBJETIVOS

- Geral

- Analisar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida.

- Específicos

- Descrever um modelo de tomada de decisão com foco na violência doméstica contra a mulher;
- Identificar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida;
- Estimar a prevalência da violência doméstica contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo;

ARGUMENTO DE TESE:

Esta pesquisa defende o argumento de que existe associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida urbana. Assim, os modelos de decisão utilizados contribuem para dar visibilidade ao fenômeno da violência doméstica contra a mulher, podendo ser utilizado por gestores no processo de tomada de decisão no tocante a implementação de políticas públicas potentes com foco na emancipação de gênero, promovendo qualidade de vida para mulheres.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação”.

Simone de Beauvoir

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

O termo violência doméstica contra a mulher (VDCM) foi adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU) desde a Assembleia Geral realizada em 1993. Embora muitos autores utilizem termos como “violência do parceiro íntimo” e “violência familiar contra a mulher”, para adoção do termo “violência doméstica contra a mulher” levou-se em consideração os inúmeros estudos realizados, sendo este o escolhido por tratar-se de uma aceção mais comum entre os trabalhos procedentes dos Estados Unidos.

A Declaração das Nações Unidas sobre a Erradicação da Violência contra as Mulheres em 1993 é considerada como um marco referencial para definição da violência doméstica contra a mulher, embora ainda se façam necessárias medidas concretas e monitoramento eficaz desse tipo de violência. A sua definição mais ampla ficou desde então estabelecida e a violência contra a mulher passou a ser definida como: qualquer ato de violência baseada no gênero que produza ou possa produzir danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais na mulher, incluídas ameaças de tais atos, a coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública quanto na privada.

Ângulo-Tuesta (1997), nos aponta a dificuldade de definição do termo mais adequado para essa problemática, destacando *violência contra a mulher*, *violência intra-familiar*, *violência conjugal*, *violência doméstica contra a mulher* e *violência de gênero*. Essa diversidade é resultante da inexistência de uma denominação única e deve-se à complexidade, amplitude e operacionalização do fenômeno estudado, ou seja, dependendo da área do conhecimento em que se coloca o problema, define-se sua conceituação e discussão.

Dantas-Berger e Giffin (2005) confirmam a autora ao afirmarem que essa delimitação conceitual é acostada em um tipo de ambiguidade terminológica, devido ao não-consenso para designar a violência praticada contra a mulher. As autoras consideram sinônimas 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 intra-familiar são outras possibilidades de eventos 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, de difícil 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 *violentia* e quer dizer força. Para Chauí (2006), a palavra violência possui cinco significados distintos, a saber:

1) 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 (CHAUÍ, 2006, p 123).

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, conforme a afirmação abaixo:

Entendemos por violência uma relação determinada das relações de força tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, com a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que quando a atividade e a fala de outrem são impedidas, há violência (CAHUÍ, 1985, p 38.).

A palavra violência também pode estar vinculada à noção de ato moralmente reprovável, tendo, portanto, uma conotação negativa. No entanto, não se pode generalizar o fato de que todo ato violento seja moralmente reprovável, a exemplo da violência por legítima

defesa. Assim, para que um ato seja caracterizado como violento pelo menos as seguintes condições deve ser considerado: causar um dano a terceiros; usar a força (física ou psíquica); ser intencional; e ir contra a livre e espontânea vontade de quem é objeto do dano (MORI, 1994 apud FERREIRA; SCHRAMM, 2000).

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 (BRITO et al., 2005). 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 90, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes, sendo destes 400 mil por homicídio (MINAYO; SOUZA, 2003).

A violência contra a mulher pode ser explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade entre os sexos. Esta se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas, como um dos mecanismos ideológicos capaz de legitimar o *status quo*, entre os quais se encontram as classificações sociais e nesta a classificação sexual (GUEDES et al, 2009).

A violência contra as mulheres tem-se produzido sob a organização hierárquica do domínio masculino nas relações sociais entre os sexos. É um tipo de relação social historicamente delimitada, culturalmente legitimada e cultivada, na qual a mulher está exposta a agressões objetivas e subjetivas, tanto no espaço público como no privado. As consequências da violência sofrida pela mulher materializam-se em agravos biológicos, psicológicos e sociais que dificultam sua experiência de viver a igualdade humana e social plenamente. 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.

Desse modo, a violência contra a mulher é um tema que se refere às relações sociais que pretendem sua dominação e submissão constituindo, assim, um tipo de relação social de poder. Por ser produzida nas relações sociais, ou seja, na dinâmica política e histórica das sociedades, ela é percebida, na atualidade, sobretudo como desigualdades de gênero.

Saffioti (2004), ao refletir sobre as desigualdades entre as minorias enfatiza que as categorias sociais subalternas no Brasil são constituídas por mulheres, negros, pobres e crianças. Considerando essa hierarquia, a mulher negra e pobre e a criança estariam em último lugar, enquanto o macho branco, rico e adulto no topo dessa escala, constituindo uma minoria

a desfrutar o que a autora denominou de grande poder ou macro poder. No entanto, a vitimização de mulheres não depende apenas do exercício do macro poder, caso contrário, haveria uma redução considerável no número de vítimas, uma vez que as classes dominantes são em número muitas vezes menor do que as das classes dominadas. Desse modo, a autora explica a disseminação do processo de vitimização de crianças, considerando que:

[...] o agressor detém pequenas parcelas de poder, sem deixar de aspirar ao grande poder. Em não se contentando com sua pequena fatia de poder e sentindo necessidade de se treinar para o exercício do grande poder, que continua a almejar, exorbita de sua autoridade, ou seja, apresenta a síndrome do pequeno poder (SAFFIOTI, 2004, p 134).

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. Estas formas de violência geralmente não se apresentam isoladamente, tendo como manifestação mais extrema o homicídio (BRASIL, 1993).

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, 2002).

Violência de **gênero** é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social **homens** exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela

violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo esta necessidade de fazer uso da violência.

Várias formas de violência de gênero são perpetradas contra as esposas sem que o agente imediato destas práticas seja, necessariamente, o patriarca. Ao contrário, este até parece afável em várias circunstâncias. A ordem patriarcal de gênero, rigorosamente, prescinde mesmo de sua presença física para funcionar. Agentes sociais subalternos, como os criados, asseguram a perfeita operação da bem azeitada máquina patriarcal. Até mesmo a eliminação física de quem comete uma transgressão de gênero pode ser levada a cabo na ausência do patriarca por aqueles que desempenham suas funções (SAFIOTTI, 2004).

A violência doméstica é definida por Schraiber et al. (2002), 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 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. (D'OLIVEIRA, 2000, p.25)

Neste estudo, utilizou-se 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.

Com base nas definições apresentadas, tomou-se violência doméstica contra a mulher na perspectiva de gênero, desta forma foram utilizadas ambas como sinônimas, bem como violência conjugal, pois tais denominações possibilitam-nos abordar de maneira mais ampla, formas tradicionais de violência, incluindo a violação dos direitos humanos da mulher.

Diversos autores assinalam que para as mulheres, tanto a construção de papéis sexuais, da identidade de gênero, como das relações entre os gêneros - incluindo as respostas de mulheres que vivem em situações de violência - envolve processos permanentes de

acomodação e resistência (MOREIRA et al., 1992; ANYON, 1990; URIBE E SÁNCHEZ, 1988).

Portanto, verifica-se que a construção das relações sociais entre os gêneros tem um significativo caráter de **ambiguidade**, que significa “a capacidade de um discurso de construir e desconstruir-reconstruir, o poder das práticas sociais de modelar condutas masculinas e comportamentos femininos e de inová-los” (SAFFIOTI, 1995).

Nesse sentido, para Saffioti (1995) a construção da ideologia de gênero:

[...] Procede através da naturalização das diferenças que foram socialmente construídas, podendo, por conseguinte, ser transformadas. No contexto do pensamento ideológico, a apresentação das diferenças como naturais constitui uma necessidade. Sem este requisito, o uso da diferença, para fins discriminatórios, não alcança eficácia política.

Na sociedade, a visão dualista, já citada, impõe-se para criar uma ideologia na qual a violência de gênero aparece como “intrínseca à relação conjugal” (MOREIRA et al., 1992, p.184), tolerando-se a violência como medida repressiva e corretiva, de responsabilidade individual, protegida pelo silêncio sobre o que acontece entre quatro paredes. Por outro lado, expressa-se também nas normas, nos valores, nas ideias e nos ditados populares sobre o que deveriam ser as respostas das mulheres para enfrentar situações de violência como as que acontecem nas relações entre homens e mulheres.

Heise et al. (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 o Informe sobre o “Desenvolvimento Mundial” elaborado pelo Banco Mundial que, em 1993, privilegiou a saúde, apresentando 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 estabelecidas 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.

Ainda segundo este informe, em nível mundial, a carga da vitimização de gênero para a saúde entre mulheres de 15 a 44 anos compara-se à representada por outros fatores de risco e doenças, que já são prioridades importantes na agenda mundial, incluindo HIV, tuberculose,

sepses durante o parto, câncer e doenças cardiovasculares. Alguns dos problemas que prejudicam a saúde física das mulheres são as doenças de transmissão sexual, inflamação pélvica, gravidez não desejada, aborto espontâneo, dor pélvica crônica, lesões, dores de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas/álcool, asma, síndrome de intestino irritável, condutas nocivas para a saúde (fumo, sexo sem proteção) e incapacidade permanente ou parcial (HEISE et al., 1994).

De acordo com Giffin (1994), no Brasil, um estudo realizado em 1987 revelou 2.000 casos de violência contra a mulher, 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, praticada por parceiros, resultaram em agravos à saúde/saúde mental, como: lesões permanentes, problemas crônicos, entre os quais: 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 (GIFFIN, 1994).

No Estado da Paraíba, dados sobre as causas de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) revelaram, entre 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 as agressões, 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 e exclusivamente biologicista (COELHO, 2001).

Desse modo, mesmo uma violência reconhecida não é devidamente valorizada nos serviços de saúde o que favorece sua invisibilidade como fenômeno social interferindo no processo saúde-doença. Nesse contexto, a violência doméstica praticada contra as mulheres constitui um problema de saúde pública e coletiva e, como tal, requer a articulação dos

serviços de saúde com outras instituições, como as Secretarias de Segurança e Delegacias da Mulher. Requer também uma reformulação na área da educação, na formação dos Recursos Humanos, e, a adoção de estratégias para o enfrentamento do problema em foco, que com este estudo esperamos contribuir para a sua visibilidade e compreensão (LUCENA e SILVA, 2007).

A ideologia feminista determinava que as mulheres rejeitassem tudo o que era definido pelo mundo masculino: a maternidade, o desejo de casar-se, a relação entre mulheres e espaço doméstico x homens e espaço público; a separação entre o espaço público e o privado, o mundo da produção e o da reprodução; as relações hierárquicas entre os sexos. Todos esses elementos, ou pelo menos grande parte deles, eram vistos como elementos que haviam sido naturalizados e pouco ou nada tinham a ver com a natureza feminina. No Brasil, os estudos de gênero foram incorporados sem que os grupos feministas tivessem alcançado a radicalização de propor um mundo essencialmente feminino (BARSTED, 1998).

A violência contra a mulher é um tema que se refere às relações sociais que pretendem sua dominação e submissão constituindo assim, um tipo de relação social de poder. Por ser produzida nas relações sociais, ou seja, na dinâmica política e histórica das sociedades, ela é percebida na atualidade, sobretudo, como desigualdade de gênero. Para Scott (1991) gênero é um termo que se refere aos domínios estruturais e ideológicos existentes nas relações entre os sexos, denunciados com veemência pelo movimento feminista, com ênfase no caráter social das distinções baseadas no sexo, indicando rejeição ao determinismo biológico e valorizando o aspecto relacional da reciprocidade para a compreensão de homens e mulheres.

Com o intuito de coibir a violência 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 da violência contra a mulher. Entre os avanços, podemos dizer que a Lei traz 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.

Não podemos negar os avanços trazidos pela Lei que trata especificamente da violência doméstica, porém, é preciso que se desenvolvam estratégias eficazes para a sua implementação na prática, integrada a uma política social destinada à mulher em vários

âmbitos, de modo a permitir a formação de uma teia social de suporte. 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 conjugal são mais profundas e encontra-se na desigualdade de gênero que é transversal a todos os aspectos da sociedade e da vida material e existencial de homens e de mulheres.

Isso significa que as bases da violência conjugal encontram-se nas relações sociais mais amplas que precisam ser consideradas para que a relação entre os gêneros se torne equitativa. Um passo importante para o combate à opressão feminina e à violência conjugal é o fomento ao desenvolvimento da igualdade como conteúdo no âmbito da educação, desde o nível de escolaridade mais simples ao mais complexo da formação profissional das diversas categorias profissionais que apresentam intercessão com a área da saúde (GUEDES, 2004).

Em relação às consequências da violência na vida e saúde das mulheres, Guedes (2004), Lucena e Silva (2007), confirmaram em seus estudos, que em João Pessoa, a violência impacta significativamente a saúde física, mental e social das mulheres por ela vitimizadas. Problemas como hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, stress, acidente vascular encefálico, paralisia facial, e comprometimentos da sexualidade foram referidos pelas participantes dos estudos como consequências diretas da violência sobre a saúde e a vida social das mulheres participantes do estudo.

Lucena et al (2010), ressaltam a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar de forma sensível e eficaz com as mulheres vítimas de violência que buscam os seus cuidados. Assinalam também que seu enfrentamento não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na sua prevenção primária. Atualmente, o modelo de atenção tendo como centro a família coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero.

Ressalta-se que apenas a igualdade de gênero não é suficiente para igualar socialmente as mulheres, mas, ela pode ser um começo para a emancipação das mulheres, pois desigualdade de classe é flagrante quando pensamos no enorme contingente de mulheres sem acesso à informação, ao conhecimento e aos espaços qualificados do mercado de trabalho. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda dos serviços públicos de saúde e é nesses locais que buscam o acolhimento e a atenção às suas necessidades em saúde.

Por sua complexidade, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor 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 têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, a OMS criou um instrumento denominado “World Organization Violence Against Women” (WHO VAW STUDY), que objetiva estimar a violência doméstica contra a mulher. Nesse instrumento, quanto maior o escore, maior a diversidade de atos de violência sofridos por elas. Nesse estudo, utilizou-se o instrumento validado para estimar sua ocorrência, seus atores determinantes e a associação com a qualidade de vida em conjunto com o WHOQOL-BREF.

3.2 CONCEITUANDO GÊNERO

O termo gênero é definido como a construção social do sexo e se diferencia da variável sexo porque esta refere-se à dimensão biológica da caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos, reconhecida como essencial e inata na determinação das distinções entre homens e mulheres (MEYER, 2005).

Ao considerarmos a formação do sujeito como um processo social, permeado pela cultura, permite-nos afirmar que nos constituímos e nos reconhecemos a partir de nossas relações, que aprendemos a sermos homens e mulheres, compreendemos nossas funções dentro do contexto social ao qual pertencemos (SAFIOTTI, 2004).

É inegável a constatação de que somos seres biologicamente diferentes, pertencemos a categorias de sexos opostos. Geneticamente, ou somos do sexo masculino ou feminino. O que se deve questionar é a desigualdade estabelecida dentro de uma ordem social na qual, homens, são figuras dominantes e as mulheres subjugadas. É possível perceber a abordagem de dois aspectos distintos: quando falamos em diferenças, estamos nos situando na ordem do natural, do biológico; em contrapartida, quando nos reportamos às desigualdades entre homens e mulheres, caminhamos pelo social, política e cultural.

O campo de estudos de gênero consolidou-se ao final da década de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista e desde essa época vem sendo incorporado pela academia, nas diversas áreas de pesquisa, a fim de discutir e analisar a condição do homem e da mulher na sociedade à luz das desigualdades entre os sexos (SCOTT, 1991).

Gênero como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres é uma construção social e histórica. O conceito tem sido construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem os modelos de masculinidade e de feminilidade e os padrões de comportamento, aceitáveis ou não, para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais e os desequilíbrios decorrentes dessa desigualdade se refletem nas leis, políticas e práticas sociais (SCOTT, 1991).

Villela e Arilha (2003), afirmam que é a partir da concepção de gênero que ocorre o controle sobre o corpo das mulheres:

[...] O gênero seria um modo operatório da relação de poder entre homens e mulheres. É a valorização negativa ou inferior dos atributos do feminino, ou seu inverso, a atribuição de uma suposta feminilidade aos fatos sociais ou características humanas pouco apreciadas que media e possibilita o processo de dominação e subordinação das mulheres, processo este que é necessário para que se efetive o controle sobre seus corpos e, conseqüentemente, a apropriação da sua capacidade reprodutiva (p.113).

Nesse contexto, que coloca a mulher sob a visão de que sua sexualidade está voltada apenas à reprodução, as pessoas tomam como natural a divisão entre o masculino e o feminino, o que permite que as mulheres construam sua imagem alicerçada na visão masculina (FERRANTE, 2008).

Bourdieu (1995), 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, é um modo de fixação e evocação do passado que impede que seja pensado. Seu funcionamento ocorre através de transferências de esquemas geradores, os quais, segundo Bourdieu (1995, pag 138.):

[...] 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 (BOURDIEU,1995, pag 138.):

Desta forma, segundo Bourdieu (1995), as mulheres definem suas condutas e percebem-se a partir da visão masculina, 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, as quais a parte dominada aceita passivamente, por uma submissão impensada construída pelos dominantes. Essas relações são moldadas a partir de dicotomias, que agem como categorias de percepções. Dessa forma, quando a parte dominada questiona alguma dessas categorias, ele aplica a si mesmo, sem o saber, o ponto de vista dominante, adotando, de algum modo, para se avaliar, a lógica do preconceito desfavorável (FERRANTE, 2008).

E dessa maneira, também se aplicam as desigualdades nos corpos sexuados, que são construídos pelo mundo social, justificadas por diferenças biológicas. Conforme explica Bourdieu (1995, p. 145):

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.

Assim, as desigualdades de gênero se consolidam através dos corpos das mulheres e sobre a naturalização do papel feminino por sua função reprodutora. Cardoso (1994, p.13), afirma que:

Ela 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 (CARDOSO, 1994, p.13)

Gênero corresponde, portanto, a uma categoria histórica, passível de ser modificada, pois foi constituída por relações sociais, culturais e políticas, permeadas por instituições, símbolos culturais, identidades subjetivas e conceitos normativos, formado por uma rede de relações, que por sua vez são geradas pelas relações de gênero. O conceito desenvolvido coloca a mulher num patamar secundário, inferior e desigual ao homem, surgindo assim, as desigualdades, que deve ser analisada, combatida e explicada com o objetivo de tornar essas relações não mais entre desiguais, mas entre diferentes (RAMALHO, 2002).

Segundo Ramalho (2002), as narrativas fundadoras da cultura ocidental organizavam-se em volta dos dois sexos desiguais, os homens eram os protagonistas e às mulheres restava apenas um papel secundário no drama social. Desta forma, as mulheres eram consideradas o segundo sexo que existia em função do primeiro, o homem. Essa 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, considera-se a naturalização essencial do feminino e do masculino, ou sobre os gêneros naturalizados, uma vez que as sociedades são construídas a partir das culturas, e estas são 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, constituindo, na atualidade, uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade (RAMALHO 2002).

À 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, sobretudo, a dimensão biológica, em uma interpretação que atende a interesses sociais dominantes (GUEDES; SILVA, 2007).

Segundo Chauí (1995), a ideologia das classes hegemônicas é um instrumento de dominação que se manifesta em um conjunto de regras práticas e objetivam-se nos procedimentos institucionais, jurídicos, políticos, morais e culturais para exercer e manter a dominação.

A abordagem de gênero tem permitido aos pesquisadores compreender e enfrentar as desigualdades nas relações produzidas entre os sexos à luz dos diferentes contextos sociais e históricos, nos quais a submissão e a desigualdade contribuem para a manutenção do *status quo* que atende aos interesses dos grupos hegemônicos (GUEDES et al, 2009).

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, o processo 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. No entanto, aquilo que se anuncia como novo modelo é ainda somente uma intenção que ainda não se realiza na prática profissional, mesmo nos novos serviços instituídos a partir do advento do SUS. Parece

que mudaram os serviços, mas se mantêm os mesmos processos de trabalho do modelo antigo, aquele que se afirma pretender superar. Isso porque na assistência à saúde das mulheres não se incorpora a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença que a abordagem de gênero comporta na área da saúde. Contudo, segundo Fonseca (2005), a subalternidade social feminina reflete-se diretamente nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto nos consumos dos serviços de saúde, que muitas vezes são tão prejudiciais, quanto nas 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.452).

Esse referencial teórico suporta o argumento de que gênero é uma categoria sociológica de análise capaz de abranger a análise da investigação entre o que se anuncia no plano da política com o que se realiza nas práticas profissionais, como trabalho de saúde, e de enfermagem como profissão dessa área de conhecimento, pois ao se mudar a política e a organização dos serviços é necessário mudar também os instrumentos de trabalho para que se configure um novo processo de trabalho.

A perspectiva de gênero é uma abordagem que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres, contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico, clássico, cujas consequências impactam a vida de relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher das possibilidades de sua emancipação social. Tradicionalmente, a mulher tem sido compreendida no contexto de um “universo feminino” que compõe os processos de reprodução social. Nesse sentido, a importância e o significado das relações entre os gêneros foram historicamente negligenciados, pois, a visão essencialista dominante tem valorizado, no “universo feminino”, a mulher enquanto reprodutora da espécie humana e o seu papel na família, voltado, sobretudo, para o cuidado com os filhos, com o lar e com a vida doméstica.

Segundo Fonseca (2005) as práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las. A autora afirma ainda que, para haver uma prática generificada na assistência saúde da mulher, ou seja, para que o processo de trabalho em saúde da mulher opere com seu potencial transformador é imprescindível que se considere 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. 453).

Diante do exposto e considerando os processos de trabalho como um dos pilares que dão suporte ao conceito da categoria modelo de assistência argumenta-se que, o trabalho que qualifica a atenção à saúde da mulher, na perspectiva de gênero, precisa superar o modelo de atenção limitado à reprodução biológica que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência.

A superação desse modelo implica, além de anunciar novas intenções, concretizá-las, para o que urge rever seu processo de trabalho posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres o saber crítico sobre a situação de opressão que a abordagem de gênero encerra.

3.3 QUALIDADE DE VIDA

3.3.1 Aspectos conceituais e históricos

O termo e o conceito de qualidade de vida (QV) surgiram com o crescimento e o desenvolvimento econômico, ocorridos após a Segunda Guerra Mundial, embora alguns estudos apontem indícios do termo na década de 1930. No entanto, a expressão qualidade de vida (QV) foi empregada, pela primeira vez, em 1964, pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, ao declarar que os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas. Desde então, a qualidade de vida passou a ser um dos temas mais discutidos e pesquisados em diversas áreas e ocupa cada vez mais espaço na política da saúde e na população (LANDEIRO et al, 2009) .

Conforme o autor supracitado, no Brasil, esse conceito começou a ser aplicado a partir de 1970, inicialmente relacionado às práticas dos serviços de saúde. Com o advento da Constituição de 1988 e com a criação do SUS, o foco da QV passou a se dirigir para os pacientes, principalmente os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Não existe uma definição consensual sobre QV, mas os pesquisadores parecem concordar que a qualidade de vida é um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico. O termo era inicialmente associado a melhorias no padrão de vida, sobretudo ligado a bens materiais. Posteriormente, passou a incorporar sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer enfim, aspectos psicológicos, físicos, sociais e econômicos.

Alguns estudiosos defendem a teoria de que todas as pessoas têm um plano para sua vida e a qualidade de vida seria a diferença entre as esperanças e expectativas do indivíduo e a realidade presente; quanto menor esta diferença, melhor a qualidade de vida. A qualidade de vida seria a somatória de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas. A qualidade de vida envolve, portanto, níveis orgânicos, psicológicos, sociais, comportamentais, materiais e estruturais. (MONTEIRO et al 2010; FORATTINI, 1991).

Apesar de não haver uma única definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua proteção na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Nessa definição, a OMS toma como base a natureza

multifatorial da qualidade de vida e inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual. (VAAL; BRAGA; ALMEIDA, 2006).

O conceito de QV é um termo utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas e no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde. Nesse contexto questiona-se como transformar informações subjetivas, que envolvem conceitos individuais, em dados objetivos e mensuráveis e, também, como essas informações podem ser quantificadas e comparadas entre populações diferentes (SEIDL E ZANNON, 2004; PINTO-NETO E CONDE, 2008).

Para Soares et al (2009), duas tendências predominam quanto à conceituação de qualidade de vida: “qualidade de vida como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Na primeira tendência, qualidade de vida tem um sentido mais amplo, compatível com a definição da OMS. Este é um conceito que reflete a complexidade do construto e busca inter-relacionar o meio ambiente com os aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, e crenças pessoais.

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) tem um sentido mais restrito, que implica os aspectos mais diretamente associados às doenças ou intervenções em saúde que significa o valor que é atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial.

Adota-se neste estudo o conceito de qualidade de vida definido por Herculano (2000) enquanto direito de cidadania, e o seu conceito é o fundamento de um conjunto de indicadores. É proposto um conceito de QV, no qual a questão ambiental se agregue aos demais itens mensurados pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesta concepção a qualidade de vida é definida como a soma das condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades. A QV inclui a acessibilidade à produção e ao consumo, aos meios para produzir cultura, ciência e arte, bem como pressupõe a existência de mecanismos de comunicação, de participação e de influência nos destinos coletivos, através da gestão territorial que assegure água e ar limpos, higiene ambiental, equipamentos coletivos urbanos, alimentos saudáveis e a disponibilidade de espaços naturais amenos urbanos, bem como a preservação de ecossistemas naturais.

Em consonância com este conceito, Adriano, et al (2000), enfatiza que a qualidade de vida de uma população está associada às suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. O conceito de bem-estar, de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade, de acordo com cada cultura

Conforme Landeiro et al (2009) observa-se atualmente um interesse crescente pela avaliação da QV, acreditando que as informações acerca do tema servem de indicadores para: avaliar a eficácia, a eficiência e o impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos; comparar os procedimentos; avaliar os custos e os benefícios dos serviços prestados; aprovar e definir tratamentos; definir estratégias na área de saúde; e monitorar a manutenção da qualidade de vida dos pacientes.

Na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá, em 1986, foram definidas cinco áreas operacionais para implementar a estratégia de promoção da saúde: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças nos estilos de vida e reorientação dos serviços de saúde. Para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local, surge o Movimento Cidades Saudáveis, uma estratégia de promoção da saúde que tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da população (ADRIANO, et al, 2000).

Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável ela deve proporcionar aos seus habitantes: um ambiente físico limpo e seguro; um ecossistema estável e sustentável; alto suporte social, sem exploração; alto grau de participação social; necessidades básicas satisfeitas; acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; economia local diversificada e com inovação; orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; serviços de saúde acessíveis a todos e alto nível de saúde.

No Brasil, ainda são poucos os projetos em desenvolvimento. Algumas experiências estão sendo desenvolvidas, mas o principal entrave para efetividade do projeto é a mudança na gestão municipal. Para garantir a continuidade é preciso investir em um pressuposto básico: a participação social.

3.3.2 Mensuração da qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida e sua mensuração, inicialmente, tinham por objetivo complementar as análises de sobrevida, somando-se aos demais parâmetros clínicos. Entretanto, esta avaliação teve seu escopo ampliado quando passou a integrar as análises de custo-efetividade (MONTEIRO, et al, 2010).

Assim, para medir qualidade de vida, dois pontos sugerem indagação: a percepção da população acerca da qualidade de vida precede a análise daqueles que a observam? Ou vice-versa, pois a percepção só pode ser concebida a partir de cenários construídos e consolidados no imaginário coletivo? Em ambos os enfoques, qualidade de vida conduz aos processos da estrutura da vida, do campo ou da cidade (ROCHA, et al, 2000)

Os instrumentos comumente utilizados para mensuração da QV são divididos em dois grupos: instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Os instrumentos genéricos se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas. Esta diversidade de aspectos organizam-se em conjuntos, chamados de dimensões ou domínios, que são medidas de forma individualizada e ponderada. São úteis para documentar a extensão das incapacidades em qualquer estudo, seja na população geral ou em grupo de pacientes, independentemente das condições subjacentes, facilitando a comparação do impacto entre diferentes programas terapêuticos. São também utilizados em ensaios clínicos onde há um desfecho clínico pré-existente bem definido, e naqueles onde ocorre a necessidade de se comparar o tempo de sobrevida com a qualidade da sobrevida, como na quimioterapia para doenças malignas. Os questionários genéricos objetivam avaliar, de forma geral e global aspectos relacionados com a QV. O SF 36 (Medical Outcomes Study 36 – item short- form health survey) e o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) (NOBRE, 1995).

O Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36, traduzido e validado no Brasil é largamente utilizado em todo o mundo demonstrando propriedades de reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações. É um instrumento multidimensional, composto por 36 itens, que avaliam dois componentes: saúde física (CSF) e a saúde mental (CSM).

O CSF apresenta as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde).

O CSM consta das dimensões: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Os resultados de cada componente variam de 0 a 100 (do pior para o melhor escore de saúde), com média de 50 e desvio padrão 10 (TEIXEIRA, 2009).

Conforme Fleck *et al* (2000) e Pedroso *et al* (2010), o WHOQOL foi inicialmente desenvolvido com 100 questões (WHOQOL-100) e o seu desenvolvimento envolveu a participação de vários países, representando diferentes culturas, tendo sido desenvolvida uma versão brasileira. No entanto, a necessidade de instrumentos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. O instrumento é formado por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, sendo composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

Os instrumentos específicos são especialmente utilizados na área da saúde e dirigidos aos aspectos da qualidade de vida relevantes aos pacientes com diferentes morbidades onde se pretende estudar as suas condições particulares, ou comparar os resultados obtidos após uma determinada terapêutica, além de fornecerem estimativas validas dos distúrbios das atividades de vida diária e do bem-estar. Como exemplo destaca-se o questionário desenvolvido para verificar a melhora da qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise, o King's health questionnaire aplicado em portadores de incontinência urinária e o questionário da *McGill* para avaliação da intensidade da esfera sensitiva e afetiva da dor (LANDEIRO, 2011; MACHADO, 2007)

Herculano (2000) propõe um índice para a qualidade de vida, baseado nas questões ambientais e no índice de desenvolvimento humano (IDH). Conforme o autor para mensurar a QV seria necessário quantificar os níveis de conhecimento e tecnologia desenvolvidos e os mecanismos para o seu fomento; canais institucionais para participação e geração de decisões coletivas; mecanismos de acesso à produção (financiamentos); mecanismos de acessibilidade ao consumo (distribuição de renda, de alimentos e acesso aos equipamentos coletivos - água, luz, saneamento, etc.); canais democratizados de comunicação e de informação; proporção de áreas verdes para a população urbana; proporção de áreas de biodiversidade protegidas; organismos governamentais e não-governamentais voltados para a implementação da

qualidade de vida (volume de recursos financeiros e de pessoal alocados para as políticas socioambientais).

Tradicionalmente, os índices elaborados têm medido a qualidade de vida do indivíduo, avaliando indicadores específicos, mas o índice de qualidade de vida urbana (IQVU), desenvolvido em Belo Horizonte, ao contrário, busca medir a qualidade de vida do munícipe enquanto morador da cidade.

O IQVU é um índice multidimensional intra-urbano (composto por 38 Indicadores) que quantifica a desigualdade espacial no interior do tecido urbano da cidade em termos do acesso e disponibilidade dos bens e serviços, apontando as áreas mais carentes de investimentos públicos e expressando, em números, a complexidade de fatores que interferem na qualidade de vida dos diversos espaços de Belo Horizonte. O IQVU possui três características básicas: 1) avalia a quantidade e a qualidade da oferta de bens e serviços públicos e privados no espaço intraurbano; 2) é composto por indicadores passíveis de atualização em um curto intervalo de tempo (anuais ou bienais); e 3) é calculado a partir de informações provenientes dos próprios órgãos municipais e dos prestadores de serviços públicos.

Este índice é calculado para 80 unidades intraurbanas, denominadas Unidades de Planejamento (UP). Na metodologia de cálculo os 38 indicadores são agrupados em 23 componentes e estes em 10 variáveis representativas das dimensões mais importantes da Qualidade de Vida Urbana – Abastecimento, Cultura, Educação, Esportes, Habitação, Infra-estrutura, Meio Ambiente, Saúde, Serviços Urbanos e Segurança Urbana –, sendo que cada variável recebe um peso específico de acordo com a sua importância relativa. Quanto maior o valor da nota obtida, melhor a oferta e a acessibilidade aos serviços considerados.

3.3.3 Indicadores de qualidade de vida

Para análise da qualidade de vida da população brasileira são propostos alguns indicadores tais como o IDH, o Produto Interno Bruto (PIB) e o Índice de Desenvolvimento Municipal Sustentável (IDMS).

O IDH foi desenvolvido em 1990 pelos economistas Amartya Sen; Mahbub ul Haq, e vem sendo usado desde 1993 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no seu relatório anual. É uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do

padrão de vida) a nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc.

O produto interno bruto (PIB) representa a soma (em valores monetários) de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região durante um período determinado. O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de mensurar a atividade econômica de uma região. Na contagem do PIB, considera-se apenas bens e serviços finais, excluindo da conta todos os bens de consumo de intermediário. O IDMS é uma ferramenta para aplicação do conceito de desenvolvimento municipal sustentável, capaz de evidenciar as prioridades municipais e regionais a partir do equilíbrio das dimensões social, ambiental, cultural, econômica e político-institucional.

No sistema de registro de dados do ministério da saúde (DATASUS), os indicadores relacionados à qualidade de vida são o IDH, o (indicador de qualidade material de vida (IQMV) e os anos potenciais de vida perdidos (APVP)).

Herculano (2000) propõe alguns pontos indicativos da QV das populações:

- **Qualidade habitacional:** média de pessoas por m² domiciliar; quantidade de domicílios ligados às redes de abastecimento de água, de eletricidade, de esgotos, de telefonia; extensão dessas redes e das vias urbanas calçadas;
- **Qualidade educacional:** matrículas escolares/ população em idade escolar; nível médio de escolaridade; nível médio de escolaridade feminina (considerada como fator alavancador de desenvolvimento); número de professores secundários/ população em idade escolar; número de jornais e de livros vendidos; número de livrarias disponíveis; número de centros culturais/ população;
- **Qualidade da saúde:** expectativa de vida; mortalidade infantil; morbidade materna; número de leitos e de médicos à disposição da população; relação de mortes por pacientes hospitalares; quantidade de proteína animal distribuída à população de menos de 15 anos, pela rede pública de ensino e pelas creches;
- **Condições de trabalho:** quantidade de acidentes de trabalho/ população trabalhadora industrial e agrícola; extensão das jornadas; níveis salariais médios por setor; presença de mão de obra infantil/ total da população trabalhadora; o grau de diferença entre as rendas mais altas e mais baixas advindas do trabalho assalariado;
- **Diversidade e horizontalidade na comunicação social:** número de aparelhos de rádios e televisões; número de estações emissoras; número e tiragens de jornais impressos; quantidade

de salas para cinemas e teatros; número de horas semanais de programas de rádio e tv por cidade com informativos sobre saúde, meio ambiente, cidadania e educativos em geral; comunicação comunitária (quantidade de jornais, emissoras de rádio e televisão por bairro); quantidade de bibliotecas por cidade e bairro; relação de emissoras, jornais e revistas por proprietário; número de computadores ligados à Internet;

► **Qualidade do transporte coletivo:** assentos/hora disponíveis sobre trilhos para a população urbana e interurbana; assentos/hora por veículo coletivo; tempo médio de deslocamento entre a moradia e o local de trabalho;

► **Qualidade ambiental urbana:** área verde e/ou áreas amenas urbanas per capita; distância média das moradias a essas áreas; níveis de emissão de CFC (clorofluorcarbono), de dióxido de carbono e de outros dejetos químicos; volume e qualidade da água potável disponível; destino dado ao lixo; valor de equipamentos industriais antipoluição existentes/valor da produção;

► **Qualidade ambiental não urbana:** níveis de acidificação e de contaminação tóxica dos solos; evolução da área de desertificação em relação à área total agrícola e de florestas; taxa de desflorestamento x taxas de reflorestamento; distância da área destinada a rejeitos radioativos em relação à área de vida das populações;

► **Qualidade, pluralidade e horizontalidade nos canais de decisão coletiva:** recursos financeiros e de pessoal destinados à gestão - governamental e não-governamental – dos itens acima; velocidade na tramitação processual administrativa e judicial; existência de conselhos democráticos deliberativos, plurais e paritários; acessibilidade à candidatura a cargos eletivos. Gutierrez (2007), apresenta alguns índices do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que são utilizados para demonstrar avanços na qualidade de vida:

► **População Economicamente Ativa (IPEA)**

O índice percentual da População Economicamente Ativa (PEA) por ramo de atividade. é o primeiro indicador do IBGE que trata da qualidade de vida e é um dos fatores mais importantes do aumento geral do padrão de vida.

► **Taxa de analfabetismo**

É um indicador educacional. É consenso que ser ou não alfabetizado é fundamental para a qualidade de vida. A capacidade de ler e escrever dá acesso à informação, abre espaço em termos de oportunidade de emprego e possibilita uma integração social mais ampla.

►Serviços Públicos Básicos

A qualidade de vida depende também de vários indicadores que expressam serviços públicos básicos. Dentre eles destaca-se a oferta de rede geral de água, de rede sanitária, coleta de lixo, de eletrificação residencial e de estabelecimentos de saúde e médicos por mil habitantes.

►Saúde

A saúde das populações é um dos principais fatores de impacto sobre a QV, refletida dentre outros pelo aumento da expectativa de vida.

►Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil e a expectativa de vida ao nascer é um dos principais indicadores da QV de uma população e a melhora de ambos é o reflexo da melhora dos outros indicadores.

►Políticas Integradas

Para melhoria da qualidade de vida é necessário o desenvolvimento de ações integradas vinculadas à educação, à cultura, à economia e ao trabalho. A qualidade de vida se potencializa na educação social da população e na busca constante pela cidadania. Em outras palavras, o caráter educativo e pedagógico justifica a inserção da qualidade de vida nas políticas públicas, já que a condição de vida e estilo de vida, incontestavelmente, são fatores primordiais para o avanço global.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”.
(Paulo Freire)

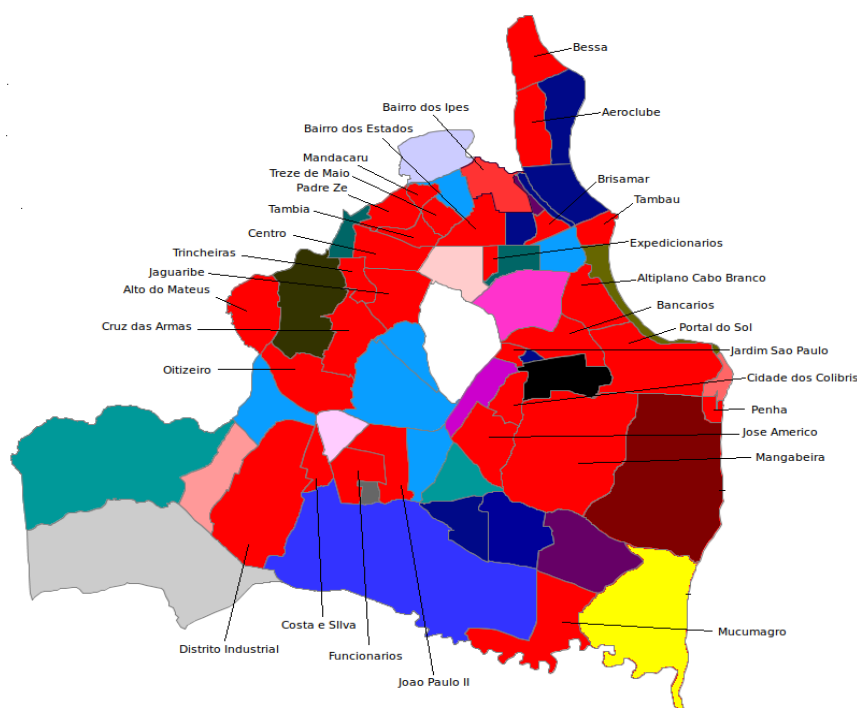
4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Inquérito de base populacional, transversal, exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. A unidade de análise foram os domicílios no município de João Pessoa-PB. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2013 a dezembro de 2015.

João Pessoa é a capital do estado da Paraíba, tem cerca de 750.000 mil habitantes e sua região metropolitana formada por outros municípios forma um milhão e cento e cinquenta mil habitantes. É a cidade com maior economia do Estado representando 30,7% das riquezas produzidas na Paraíba. É o maior índice de desenvolvimento humano do estado (IDH), com 0,783 (JOÃO PESSOA, 2013).

Figura1: Mapa da cidade de João Pessoa-PB



Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2015.

4.2 População/critérios de inclusão e exclusão

A população foi composta por mulheres acima de 18 anos residentes no município cenário do estudo. Utilizaram-se como critérios de inclusão desse estudo os domicílios da cidade de João Pessoa, que residam mulheres maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão

foram: domicílios com mulheres surdas-mudas; domicílios sem conformação familiar e os domicílios onde a mulher não possuía capacidade cognitiva para responder o questionário.

4.3 Plano amostral

O plano amostral utilizado para produção de dados desta tese foi a partir da amostragem estratificada por bairros da cidade de João Pessoa. A população-alvo foi definida como sendo todos os domicílios da cidade, sendo a lista destes domicílios fornecida pela Prefeitura de João Pessoa considerando o ano de 2014 como referência. A seleção da amostra então foi realizada segundo método de alocação ótima ao número de domicílios por bairro, e considerando custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo, conforme descrito por Cochran (1977) e Valliant et al(2013). Quadras em cada bairro foram percorridas pela equipe de pesquisadoras, e foram incluídos na amostra, todos os domicílios em que residiam mulheres maiores de 18 anos, sendo estas mulheres as selecionadas para participar da pesquisa. Dessa forma, foi necessário considerar a seguinte notação:

- $N \rightarrow$ Número total de domicílios pertencentes à população-alvo, considerando como base os dados fornecidos pela Prefeitura de João Pessoa, usando como referência o ano de 2014, $N = 143479$ domicílios;
- $H \rightarrow$ Número de bairros da grande João Pessoa. Neste caso, $H = 64$;
- $N_h \rightarrow$ Número de domicílios pertencentes ao bairro h ($h = 1, \dots, 64$)
- $W_h = N_h/N \rightarrow$ Percentual de domicílios do bairro h ;
- $n_h \rightarrow$ Número de domicílios da população-alvo da amostra, pertencentes ao bairro h ;
- $y_{hi} \rightarrow$ Valor da variável de interesse para a mulher entrevistada no i -ésimo indivíduo selecionado no bairro h , em que:

$$y_{hi} = \begin{cases} 1, & \text{se a mulher do } i\text{-ésimo domicílio do bairro } h \text{ sofreu violência} \\ 0, & \text{se a mulher do } i\text{-ésimo domicílio do bairro } h \text{ não sofreu violência} \end{cases}$$

- $p_h \rightarrow$ Valor de referência populacional considerado no cálculo do tamanho da amostra no bairro h . Este valor foi obtido a partir do estudo realizado por Lucena (2012) em sua pesquisa de mestrado;
- $d \rightarrow$ Margem de erro considerada na estimação de proporções. Para esta pesquisa foi definida uma margem de erro de 4,5%;

- $z \rightarrow$ Valor tabelado da distribuição normal considerando o nível de confiança. Neste trabalho foi decidido utilizar um nível de confiança de 95%, logo $z = 1,96$;

Dessa forma, temos que o tamanho da amostra foi calculado da seguinte forma:

$$n = \frac{A^2}{B} ,$$

em que:

$$A = \sum_{h=1}^H N_h \sqrt{p_h(1-p_h)} \quad B = \frac{d^2}{z^2} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^H \left(\frac{N_h}{N} \right) p_h(1-p_h) \quad (1)$$

O presente estudo considerou eventuais perdas nas entrevistas (possível perda de 10% nas entrevistas), o tamanho final da amostra calculado pode ser dado pela expressão a seguir:

$$n_F = n + 0,10n = 1,1n \quad (2)$$

Por fim, uma vez que o tamanho da amostra é calculado para toda a população, o tamanho da amostra para cada bairro segundo a alocação ótima é dado pela seguinte expressão:

$$n_h = n_F \times \frac{C}{D} , \quad (3)$$

em que:

$$C = N_h \sqrt{p_h(1-p_h)} \quad D = \sum_{h=1}^H N_h \sqrt{p_h(1-p_h)}$$

Assim, o tamanho da amostra obtido foi de 403 domicílios, dos quais se entrevistou uma mulher em cada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão de pesquisa. Porém, devido ao fato de vários pesquisadores estarem em campo, ao final da coleta foram obtidas 427 entrevistas.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por entrevistadoras que foram submetidas a um treinamento prévio e atenderam aos critérios de: ser estudantes universitárias da área da saúde e ter disponibilidade de no mínimo oito horas semanais para a coleta. As visitas foram

realizadas nos domicílios selecionados para a pesquisa onde após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido a responsável pelo domicílio respondeu as questões da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de um roteiro semiestruturado, conforme APÊNDICE A.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: 1) Instrumento WHO VAW STUDY validado para estimar a violência de gênero contra a mulher 2) Instrumento WHOQOL BREF validado para avaliação da qualidade de vida.

No roteiro semiestruturado foram coletadas informações acerca das características familiares e de indicadores socioeconômicos, tais como: número de moradores, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade dos membros e condições econômicas (fonte de renda), número de trabalhadores em cada família, renda familiar, renda per capita, participação em programa de complementação de renda e apoio social; local de residência; condições de moradia; acesso a serviços públicos de saneamento básico; acessibilidade e condições de assistência à saúde, educação, segurança e transporte; condições de saúde, rede social e apoio social.

Para avaliar a QV utilizou-se do instrumento denominado WHOQOL-BREF. Este é composto por 26 questões, sendo duas sobre auto-avaliação da QV e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100. Para a composição das questões do WHOQOL-bref foi selecionada a questão de cada faceta que apresentava a maior correlação com o escore médio de todas as facetas. Assim, o WHOQOL-bref é composto por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, perfazendo configuração expressa no Quadro 1:

QUADRO 01. Domínios e facetas do WHOQOL-bref.

Domínios	Facetas
Domínio 1- Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho
Domínio 2- Psicológico	8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração. 10. Autoestima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 - Relações Sociais	14. Relações pessoais 15. Suporte (Apoio) social 16. Atividade sexual
Domínio 4 – Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer. 23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 24. Transporte

Fonte: The WHOQOL Group (1998)

A transcrição textual da sintaxe do WHOQOL-bref se apresenta da seguinte forma:

- Verifica-se inicialmente se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- Invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida;

- Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
- Os escores dos domínios são convertidos para uma escala de 0 a 100;
- Os respondentes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento) foram excluídos da amostra.

4.6 Aspectos éticos

Atendendo a resolução 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, após explicação dos objetivos, as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) Ressalta-se ainda, que o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley e obteve sua aprovação sob CAAE de nº 20418813.0.0000.5183 em agosto de 2013 (ANEXO 1).

No início os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel* 2008), em seguida pelo programa SPSS for Windows versão 18.0 (*Statistical Package for the Social Science*) e, posteriormente, transferidos para outro pacote estatístico (*software R*, versão 2.14.1).

Realizou-se uma análise descritiva, a partir de frequências absolutas e relativas para as variáveis: sociodemográficas; VDCM e QV, além da média para as variáveis contínuas. Estimou-se também a prevalência da VDCM para atender a um dos objetivos do estudo. Em seguida, o método estatístico de regressão logística foi utilizado para identificar as variáveis relevantes para a variável resposta, viabilizando, assim, o processo de tomada de decisão.

Nesta etapa foi considerado um nível de significância de 10%, menos criterioso por se tratar de uma triagem. Enquanto que para o ajuste do modelo final consideramos um nível de significância de 5%, já que para efeito de tomada de decisão, diversos estudos consideraram a

probabilidade menor do que 0,05 como o valor limite para considerar que um efeito observado não é consequência do acaso.

4.7 Método estatístico

Regressão Logística:

A Regressão Logística sinônimo de modelo logístico linear pode ser compreendida como uma alternativa para analisar respostas binárias por meio de um conjunto de variáveis independentes (CORDEIRO, LIMA NETO, 2004). No contexto das últimas décadas, os modelos de regressão apresentaram notório reconhecimento por sua aplicabilidade e desenvolvimento, em consequência do avanço teórico científico e pela otimização do processamento computacional (BARRETO, 2011).

Nessa perspectiva, a Regressão Logística trata-se de uma técnica usada para analisar a influência de fatores (variáveis) no surgimento de um determinado fenômeno ou característica, por meio do estabelecimento de uma relação estatística entre o fenômeno e as variáveis que caracterizam a população exposta ao fenômeno em estudo (HOSMER; LEMESHOW, 1989).

O modelo logístico é adequado quando se quer estudar casos em que a variável resposta (dependente) é qualitativa (categórica). Assim, é possível analisar situações nas quais se pretende estimar a ausência ou a ocorrência de um evento (variável resposta) a partir de um conjunto de fatores (variáveis explicativas) (TRIOLA, 2008), tornando-se, portanto, adequado para o objeto de estudo dessa pesquisa (violência doméstica contra a mulher).

Esse modelo de regressão é interessante quando a variável resposta há somente dois grupos de interesse (resultados) que podem representar sucesso (no caso desse estudo, “sim” para violência sofrida) ou fracasso (“não” quando não houve violência). Os valores da variável resposta y serão 0 ou 1, conforme indica a fórmula 01 (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003):

$$Y = \left\{ \begin{array}{l} \text{Será 1 – se o evento de interesse ocorre, então a } P(y_i = 1) = \pi_i \\ \text{Será 0 – se o evento de interesse não ocorre, então a } P(y_i = 0) = 1 - \pi_i \end{array} \right\}$$

Nas situações em que y_i assume apenas dois valores (0 ou 1), a distribuição da variável dependente é Bernoulli, um caso especial da distribuição binomial representada pela seguinte notação:

$$(y_i | x_i) \sim \text{Bin}(n_i, \pi_i) \quad i = 1, 2, \dots, n$$

Onde,

- $y_i = [y_1, y_2, \dots, y_n]$ é um vetor que contém os valores de n observações da variável resposta (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003);
- n_i corresponde ao número de observações ou valores de cada variável independente $x_{i1}, x_{i2}, x_{i3}, \dots, x_{ip}$; $x_i = [1, x_{i1}, x_{i2}, \dots, x_{ip}]^T$ representa um vetor de valores de p variáveis independentes (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003);
- π_i representa a probabilidade de sucesso da variável resposta dado x .

Também foi utilizada nesta tese, a relação $\frac{\pi_1}{1 - \pi_1}$ denominada *odds*. Esta fica condicionada ao incremento de uma unidade na variável explicativa x . A razão condicionada à mudança de uma unidade na variável explicativa x é denominada *Odds Ratio*, ou Razão de Chance, representada a seguir (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003):

$$\hat{\theta}_R = \frac{\pi_1 / 1 - \pi_1}{\pi_0 / 1 - \pi_0} = e^{\hat{\beta} j} \quad j = 1, \dots, p \quad (4)$$

Logo, a razão de chances é uma estimativa que traduz a influência da oscilação dos valores das variáveis explicativas no valor esperado da variável resposta, de modo que o acréscimo de uma unidade ao valor da variável preditora representa um acréscimo proporcional na probabilidade do sucesso ocorrer (MONTGOMERY; PECK; VINING, 2003).

Teste de Hipóteses:

De acordo com Triola (2008), os métodos estatísticos contemporâneos estão configurados como ciência, tecnologia e lógica, e por isso se aplicam à investigação e resolução de problemas de diversas áreas do conhecimento humano. Segundo o mesmo autor, a estatística é reconhecida como um campo da ciência e uma tecnologia quantitativa aplicável à ciência experimental e observacional, por meio da qual se pode mensurar e estudar as incertezas e os efeitos de algum fenômeno, inclusive os sociais como a VDMC, como também auxilia no planejamento das ações.

Nesse contexto, a formulação de hipóteses tem sido muito empregada em pesquisas de diversas áreas interdisciplinares. Para decidir se uma determinada hipótese é confirmada por um conjunto de dados, é necessário ter um procedimento objetivo para aceitar ou rejeitar a hipótese (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Para realização do teste de hipóteses, inicia-se com a afirmação de que a média da população é igual a algum valor μ_0 . Essa afirmação sobre o valor do parâmetro da população é conhecida como hipótese nula H_0 . A hipótese alternativa, conhecida como H_1 , é uma segunda afirmação que contradiz H_0 . Assim, juntas, as hipóteses nula e alternativa cobrem todos os valores possíveis das médias μ da população e consequentemente uma das duas afirmações é verdadeira (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Neste estudo, utilizou-se o teste de hipótese para avaliar se existiam diferenças entre o escore de qualidade de vida das mulheres que sofreram violência doméstica com as mulheres que não sofreram, sendo a H_0 : não há diferença estatística entre os escores de QV das mulheres que sofreram VDCM com os das mulheres que não sofreram VDCM. Já a Hipótese alternativa foi H_1 : existe diferença estatística entre os escores de QV das mulheres que sofreram VDCM com as das que não sofreram VDCM.

Se os valores amostrais não forem compatíveis com o valor suposto na hipótese nula ela é rejeitada. Caso contrário, caso não haja evidências suficientes para duvidar da validade da hipótese nula, não se pode rejeitar a afirmação (PAGANO, GAUVREAU, 2004).

Ainda é importante ressaltar que os testes de hipóteses se dividem em paramétricos e não-paramétricos. Os paramétricos são aqueles que utilizam os parâmetros da distribuição, ou uma estimativa destes, para o cálculo de sua estatística. Já os não-paramétricos utilizam, para o cálculo de sua estatística, postos atribuídos aos dados ordenados e são livres da distribuição de probabilidades dos dados estudados. Quando se fala em distribuição amostral, está relacionada a uma distribuição de probabilidade, ou seja, uma distribuição teórica que descreve o comportamento de uma determinada estatística. As principais estatísticas utilizadas nos testes de hipóteses possuem modelos conhecidos. Têm-se a distribuição normal, a distribuição t (de Student) a distribuição χ^2 (qui-quadrado), a distribuição F (de Snedecor) como as principais (PAGANO; GAUVREAUL, 2004).

Para Pagano e Gauvreal (2004), desde que se assumam as formas das distribuições originais como conhecidas e que somente os valores de certos parâmetros, como as médias e desvio-padrão, não o sejam, os testes se classificam como paramétricos. Em contrapartida, se os dados não satisfazem as suposições feitas pelas as técnicas tradicionais, métodos não paramétricos devem ser utilizados. Existem inúmeros testes estatísticos tanto paramétricos quanto não paramétricos, por esta razão, alguns itens devem ser levados em consideração na escolha da prova estatística para determinada situação, destacando-se: a maneira como a amostra foi obtida, a natureza da população da qual se extraiu a amostra e o tipo de mensuração ou escala empregado e ainda o tamanho da amostra disponível. Uma vez

determinados a natureza da população e o método de amostragem, ficará estabelecido o modelo estatístico.

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”.
Boaventura de Souza Santos

5 RESULTADOS

Conforme descrito na metodologia deste estudo, a amostra foi constituída por 427 mulheres, excluindo-se 03 questionários por não atenderem aos critérios de inclusão, analisou-se 424 mulheres. A média da idade das mulheres entrevistadas foi de 35 anos. Os resultados estão apresentados na seguinte sequência:

- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MULHERES;
- ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DA VDCM E AVALIAÇÃO DA QV;
- VDCM ASSOCIADA AOS DOMÍNIOS DA QV.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS MULHERES

Tabela 1. Distribuição da amostra, segundo estado civil, escolaridade, raça, filhos, renda e ocupação, João Pessoa, 2015.

Variáveis	n	%
Estado Civil		
Casada	150	36%
Solteira	103	24%
Divorciada	86	20%
União Consensual	85	20%
Total	424	100%
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	108	25%
Fundamental Completo	145	34%
Médio incompleto	50	12%
Médio completo	28	7%
Superior completo	93	22%
Total	424	100%
Raça		
Branca	204	48%
Preta	121	29%
Amarela	5	1%
Parda	94	22%
Total	424	100%
Filhos		
Não	84	20%
Sim	340	80%
Total	424	100%
Situação Empregatícia		
Empregada	298	70%
Desempregada	100	24%
Outros	26	6%
Total	424	100%

Fonte: dados da tese.

Ao observar a Tabela 01 que, em relação ao estado civil, 55% das mulheres vivem com o companheiro. De acordo Adeodato (2006) que traçou o perfil de mulheres que sofreram VDCM, 64% viviam com o parceiro e na pesquisa de Garcia (2008) 72,2%.

Quanto à variável escolaridade, observa-se que 25% das mulheres extraídas da amostra não concluíram o ensino fundamental e 22% possuíam ensino superior completo. Estudos realizados por LIMA (2011) evidenciaram níveis mais baixos de escolaridade (34%). Outro trabalho apontou que 52,6% da amostra não concluíram o ensino fundamental. (GARCIA, 2008; MOTA, 2007).

No estudo realizado por Silva (2010), a variável escolaridade influenciou na ocorrência do evento, afirmando que quanto maior o poder aquisitivo das mulheres, menor a tolerância com o agressor. Já na pesquisa de Lima (2011) esta variável não teve significância estatística para a ocorrência de VDCM.

Para Adeodato (2006), os dados de VDCM que envolvem mulheres de maior poder aquisitivo e com melhor escolaridade podem estar subnotificados pela tendência de ocultar o fenômeno nesse estrato social. Porém, na presente pesquisa, os dados de violência em mulheres com nível superior foi praticamente igual às que possuíam apenas o fundamental incompleto, revelando a necessidade de emancipação da opressão de gênero.

No que concerne à variável raça/cor, 48% das mulheres se autodenominaram brancas. Como esta variável é autorreferida, pode-se ter o viés do dado mascarado, considerando que muitas mulheres podem pertencer à outra etnia. Na pesquisa realizada por Lima (2011), também apontou mulheres brancas como maioria nos dados analisados.

No tocante às variáveis: filhos e vínculo empregatício, 80% das mulheres possuem filhos e 70% exercem atividade remunerada. Para Alves (2005) e Silva (2010), os filhos podem impedir as mulheres de romper com o ciclo da violência e seu agressor. As mulheres independentes acreditam que o agressor pode mudar e a relação conjugal melhorar, segundo estudo feito por Garcia et al, (2008). A esperança as deixa em uma condição de subordinadas, apesar de não dependerem financeiramente do agressor, dificultando o rompimento do silêncio das mulheres vitimizadas.

ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DA VDCM E AVALIAÇÃO DA QV

Como o levantamento foi realizado considerando o total de domicílios da cidade para o cálculo da amostra e não o total de mulheres, logo, o indicador encontrado também foi relacionado ao número de domicílios. A fórmula da prevalência global foi dada pela média ponderada das prevalências estimadas para cada bairro:

$$\hat{P}_{total} = \sum_{h=1}^H W_h * \hat{P}_h$$

Onde,

- H é a quantidade de bairros que tiveram casos de violência (nessa pesquisa, $H=55$);
- h é o índice identificador de bairros, em que h varia de 1 a 55;
- W_h é o percentual do estrato h ($\frac{N_h}{N}$);
- $\hat{P}_h$ é o estimador centrado da prevalência de cada bairro

Apesar da cidade de João Pessoa possuir 64 bairros, alguns deles foram agregados, tais como: Bancários, Mumbaba, dentre outros, devido a região geográfica ser grande para o tamanho de amostra e assim obterem-se mais informações, resultando em 55 bairros. Depois de calculado a prevalência de cada bairro, realizou-se o cálculo da prevalência global estimada para o município de João Pessoa no tocante a violência doméstica contra a mulher em 2015 foi de 54,40% ao nível de significância de 95%.

Os dados apresentados por esse estudo acerca da prevalência da violência doméstica contra a mulher estimada para João Pessoa (54%) em 2015 corroboram com os dados divulgados pela OMS e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Eles evidenciaram não existir nenhum país ou cidade imune à violência. Das violências interpessoais, a praticada pelo homem contra a mulher é considerada, como um dos maiores problemas mundial na atualidade, com valores entre 10 e 69% de incidência, ocorrendo, cotidianamente, no espaço privado e doméstico (BARRETO et al, 2009).

Observa-se na Tabela 02, que as mulheres da amostra obtiveram o escore maior no domínio das relações sociais e o menor no domínio do meio ambiente.

Tabela 2. Estatísticas Descritivas dos domínios do WHOQOL-BREF. João Pessoa, 2015.

DOMÍNIOS	MÉDIAS	MEDIANA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
FÍSICO	67,94	66,85	2,38	61	74
PSICOLÓGICO	63,48	63	2,48	53	69,3
RELACÕES SOCIAIS	69,84	69	3,1	64	76
MEIO AMBIENTE	51,03	51	2,53	45	56
IQV GERAL	61,59	60,84	1,88	56	67,59

Fonte: dados da tese.

Pode-se afirmar que, de acordo com os resultados apresentados na Tabela 2, IQV GERAL das mulheres deste estudo corresponde a 61,59 numa escala de 0 a 100. No estudo realizado por Lima (2011), o escore das mulheres que sofreram violência de gênero foi 42, 14. Outros estudos que compararam de maneira geral, a QV de homens e mulheres, revelaram que, a QV das mulheres é inferior a dos homens (ALVES, 2005).

Monitorar a qualidade de vida das mulheres que sofreram violência doméstica significa reduzir as iniquidades desse segmento tratado de forma desigual socialmente. Para tanto, é necessário implementar políticas públicas com foco na saúde da mulher por meio de uma articulação intersetorial, além de aperfeiçoar os mecanismos que possam coibir a VDCM, mobilizando diversos atores sociais no tocante ao compartilhamento das decisões com instrumentos que possam garantir direitos constitucionais aos mulheres vitimizadas.

No presente estudo, ao observar os resultados apresentados na Tabela 2 quanto aos escores de cada domínio, verifica-se que o domínio das relações sociais foi o que obteve melhor média dentre os demais domínios (69,84), corroborando com as pesquisas realizadas por Lima (2011), cujo escore desse domínio foi de 51,9 e por Castro (2010) que apresentou uma média superior (77,9). Este fato pode estar relacionado ao apoio social ofertado às mulheres que sofrem VCDM e o suporte familiar.

O suporte de uma rede social e familiar é reconhecido pelas mulheres como fundamental no processo de superação da violência perpetrada pelo parceiro íntimo. Estudo aponta que 82,2% das mulheres agredidas, amparavam-se na atenção familiar e de amigos quando sofriam violência (LIMA, 2011).

Observa-se ainda, de acordo com Tabela 2, o domínio meio ambiente com a menor média (51,03), corroborando com diversos estudos que avaliaram a qualidade de vida das mulheres de maneira geral (38,3) e (55,2) (LIMA, 2011; GORDIA et al, 2007). Nesse domínio, as mulheres responderam a questões sobre ambiente físico, recursos financeiros, moradia, entre outros, podendo estar relacionado à dependência financeira da maioria das mulheres, ocasionando relações de submissão.

Após a apresentação destes dados optou-se por comparar os escores das mulheres da amostra que sofreram VDCM com o escore das mulheres que não sofreram VDCM para assim verificar se há significância estatística. Os resultados foram apresentados no tópico que segue.

VDCM ASSOCIADA COM OS DOMÍNIOS DE QV

Para atender aos objetivos da tese foi proposto um modelo de decisão (Regressão Logística) no qual a variável resposta, dicotômica, é a indicação do registro de violência (*ind viol*)

Nesse modelo, utilizou-se como variável dependente, a ocorrência da violência doméstica contra a mulher e como variáveis explicativas: as sociodemográficas (*V4 a V11*), as de qualidade de vida (*q1 a q 26*), o bairro (*classbairro*) e os domínios (*dom1; dom2; dom3; dom4*), conforme Apêndice D.

Foi aplicado o teste geral (*Omnibus tests*) o qual evidenciou que as variáveis explicativas utilizadas no modelo podem ser calcular a probabilidade de ocorrência de VDCM (valor $p < 0,0001$). Calculou-se em seguida o coeficiente R^2 de Nagelkerke cujo valor foi 19% mostrando que com estas variáveis explicativas se atinge 19% da variabilidade total (escala de 0 a 100%). Esse valor sugere que pesquisas futuras incluam outras variáveis no modelo, dado que algumas variáveis foram excluídas pelo método *Stepwise*.

E por fim, foi utilizado o teste de Hosmer-Lemeshow (valor $p = 0,095$), neste caso, aceita-se a hipótese nula de que este modelo é compatível com os dados, ou seja, há evidência suficiente para afirmar que as previsões obtidas com ele são estatisticamente iguais ao observado na realidade. O teste de Hosmer-Lemeshow é muito utilizado em regressão logística com a finalidade de testar a bondade do ajuste, em outras palavras, o teste comprova se o modelo proposto pode explicar bem o que se observa. O teste avalia o modelo ajustado através das distâncias entre as probabilidades ajustadas e as probabilidades observadas.

Após a realização dos testes supracitados, foi realizado o ajuste geral do modelo de decisão final apresentados na Tabela 3:

Tabela 3. Resultados do ajuste final da regressão logística considerando os escores dos 4 domínios de QV.

Variáveis	Estimativas dos coeficientes	Erro padrão	p-valor	Razão de Chance (RC)	Intervalo de confiança de 95% para a RC	
					Inferior	Superior
Avaliação da satisfação da qualidade de vida	-0,058	0,024	0,017	0,943	0,899	0,990
Domínio 3 (Relações Sociais)	-0,041	0,009	0,000	0,960	0,943	0,977
Necessidade de tratamento médico	0,202	0,086	0,019	1,224	1,033	1,450
Sensação de segurança	-0,286	0,104	0,006	0,751	0,612	0,922
Intercepto	3,334	0,702	0,000	-	-	-

Fonte: dados da tese.

Ao analisar todas as variáveis utilizadas na pesquisa e ajustar do modelo de regressão logística, verificou-se que após a aplicação do método *Stepwise* as variáveis consideradas significativas para explicar a probabilidade de ocorrência de violência doméstica foram as seguintes:

- **Avaliação da satisfação da qualidade de vida;**
- **Domínio 3 (Relações Sociais);**
- **Necessidade de tratamento médico;**
- **Sensação de segurança;**

Verificou-se analisando cada variável separadamente no modelo escolhido, evidências que:

- Quanto maior é a avaliação da satisfação da qualidade de vida, menor será a probabilidade de ocorrência de violência (estimativa do parâmetro negativa). Em termos da razão de chance associada a esta variável, verifica-se que pelo fato do valor 1 não estar contido no intervalo, tem-se que uma mulher diminui em $(1/OR=1/0,943)$ 6% a sua chance de sofrer violência quando a avaliação da satisfação aumenta;

- b) Quanto mais uma mulher está inserida em suas relações sociais, menor será a probabilidade de ocorrência de violência (estimativa do parâmetro negativa). Em termos da razão de chance associada a esta variável, verifica-se que pelo fato do valor 1 não estar contido no intervalo, tem-se que uma mulher diminui em $(1/OR=1/0,960)$ 4,2% a sua chance de sofrer violência quando a avaliação da satisfação aumenta;
- c) Quanto mais a mulher necessita de atendimento médico para tratamento da saúde, maior será a probabilidade de ocorrência de violência (estimativa do parâmetro positiva). Em termos da razão de chance associada a esta variável, verifica-se que pelo fato do valor 1 não estar contido no intervalo, tem-se que uma mulher aumenta em $(OR=1,224)$ 22,4% a sua chance de sofrer violência quando a avaliação da satisfação diminui;
- d) Quanto maior é a sensação de segurança da mulher, menor será a probabilidade de ocorrência de violência (estimativa do parâmetro negativa). Em termos da razão de chance associada a esta variável, verifica-se que pelo fato do valor 1 não estar contido no intervalo, tem-se que uma mulher diminui em $(1/OR=1/0,751)$ 33,16% a sua chance de sofrer violência quando a avaliação da satisfação aumenta.

Não foram encontrados estudos quantitativos semelhantes na literatura, associando violência doméstica com qualidade de vida, dificultando assim a comparação dos resultados. Porém na pesquisa realizada por Adeodato (2006) que comparou violência doméstica com QV, utilizando o instrumento *General Health Questionnaire* (GHQ), concluiu que mulheres que apresentam depressão e necessidade de tratamento médico possuem baixa qualidade de vida, alertando os profissionais de saúde acerca dessa patologia associada à VDCM.

Em uma pesquisa realizada com mulheres australianas vítimas de violência doméstica, evidenciou-se uma associação significativa entre distúrbios mentais, disfunção psicossocial e violência de gênero, revelando a influência e impacto na saúde das mulheres que sofrem a violência de gênero (REES, et al, 2011).

Após a utilização do Modelo de Regressão Logística, realizou-se a comparação entre os grupos formados pelas mulheres que sofreram algum tipo de violência e o grupo de mulheres que não sofreram algum tipo de violência, considerando os escores dos 4 domínios de qualidade de vida, bem como o índice geral da qualidade de vida (IQV) que é função dos escores dos 4 domínios.

Para verificar a normalidade da distribuição dos dados da violência doméstica contra a mulher aplicou-se os testes de Lilliefors e Shapiro-Wilk. 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. Ao analisar o escore do índice geral de qualidade de vida (IQV) através dos testes de Lilliefors e teste Shapiro-Wilk verificou-se para ambos os testes, ao nível de 95%, que existe evidência para afirmar que a distribuição do IQV é normal, porém a distribuição dos escores dos demais domínios não é normal como mostra a Tabela 4. Os testes foram realizados a partir do software estatístico R.

Tabela 4. Resultados dos testes para comparação dos grupos de mulheres que sofreram VDCM com as que não sofreram.

Variável	Lilliefors (teste KS)		Shapiro-Wilk	
	Valor da Estatística de teste	p-valor	Valor da Estatística de teste	p-valor
Escore Domínio 1 (Físico)	0,088	0,000*	0,974	0,000*
Escore Domínio 2 (Psicológico)	0,070	0,000*	0,987	0,000*
Escore Domínio 3 (Relações Sociais)	0,145	0,000*	0,930	0,000*
Escore Domínio 4 (Meio Ambiente)	0,087	0,000*	0,982	0,000*
IQV	0,031	0,390	0,997	0,431

Fonte: dados da tese.

*Significante estatisticamente.

Dado que os testes de normalidade utilizados forneceram evidência de que a variável IQV possui distribuição normal, o próximo passo é utilizar um teste t para comparar as médias do IQV referentes aos grupos das mulheres que sofreram violência e que não sofreram violência, respectivamente.

Em relação aos demais domínios, dado que os testes de normalidade utilizados forneceram evidência de que a distribuição dos escores destes domínios não possui distribuição normal, foi considerado o teste não paramétrico de Wilcoxon (Teste W) para avaliar se os dados de escores provenientes dos dois grupos não são homogêneos. Os resultados dos testes são apresentados na tabela 5 a seguir:

Tabela 5. Resultados do teste de hipótese para comparação dos grupos de mulheres que sofreram VDCM com as que não sofreram.

Variável	Médias		p-valor do teste de comparação entre grupos
	Grupo 1 (mulheres que sofreram violência)	Grupo 2 (mulheres que não sofreram violência doméstica)	
Escore Domínio 1 (Físico)	65,33	70,59	0,0002* (Teste W)
Escore Domínio 2 (Psicológico)	60,13	67,31	0,0000* (Teste W)
Escore Domínio 3 (Relações Sociais)	64,71	75,37	0,0000* (Teste W)
Escore Domínio 4 (Meio Ambiente)	48,23	53,90	0,0002* (Teste W)
IQV	59,62	66,80	0,0000* (teste t)

Fonte: dados da tese.

*Significante estatisticamente.

Ao nível de confiança de 95%, os resultados dos testes de comparação de grupos mostram evidência de que, para todos os escores individuais dos domínios, bem como para o escore geral da qualidade, existe evidência estatística de que há diferença entre os grupos de mulheres que sofreram e que não sofreram violência doméstica.

Observando-se o índice geral de qualidade de vida, por exemplo, verifica-se que a média deste escore é maior no grupo das mulheres que afirmaram não ter sofrido nenhum tipo de violência. Para os demais escores de domínios, a interpretação é análoga, porém como foi considerado um teste não-paramétrico, o que se pode afirmar é que os dois grupos são heterogêneos em relação a cada um dos escores.

“Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça.”
Cora Coralina

6 DISCUSSÃO

Pode-se constatar que a violência é uma realidade presente no cotidiano das mulheres que a sofrem e tal situação afeta a saúde e a qualidade de vida delas. Este estudo revelou uma alta prevalência de VDCM (54%). Na pesquisa pioneira de Heise et al. (1994), que reuniu dados de 35 estudos em 24 países, e no estudo feito pela OMS (2005) com dados de 15 estudos em 10 países diferentes, foi comprovada estatisticamente a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres, o que reitera o fenômeno como um grave problema de saúde pública.

Palazzo et al. (2008) afirmam que 40% a 70% dos homicídios ocorridos no mundo, contra o sexo feminino, são acometidos por parceiros íntimos; sendo que, em São Paulo, essa prevalência foi de 27% e, em Pernambuco, de 34%. Segundo o mesmo estudo, no que se refere à violência física, destaca-se que, na faixa etária de 20 a 29 anos, no sexo feminino, houve prevalência superior de vitimização (40,9%) em relação ao sexo masculino (21,1%).

A VDCM é previsível e, portanto, deve ser enfrentada não apenas no campo da Filosofia e do Direito, mas também na área da saúde. Nessa perspectiva, defende-se a relevância de se intervir nos termos da saúde, com ações intersetoriais, seja na recuperação das vítimas, seja, sobretudo, prevenindo novos danos.

Salienta-se que a VDCM está mais transparente e menos aceitável, isso se deve provavelmente aos movimentos ativistas de enfrentamento da violência contra a mulher. Esse fato pode explicar os valores mais altos das taxas de violência doméstica da população de mulheres brasileiras. A menor aceitabilidade da violência perpetrada pelo parceiro íntimo pode desencadear uma maior sensibilidade e maior visibilidade da violência doméstica. Diferenças culturais sobre a facilidade de expressão também podem ser fatores de desvendamento da violência contra as mulheres. (SCHRAIBER et al., 2007).

Embora haja avanço no enfrentamento do fenômeno, as mulheres ainda vivenciam, em suas relações sociais do cotidiano, situações sociais e simbólicas veladas, que envolvem questões de gênero. Inegavelmente, essas situações acometem a saúde psicológica, física, bem como a qualidade de vida das mulheres. Todavia, as formas como elas dão significado à violência doméstica não são ainda totalmente conhecidas e compreendidas de maneira sistematizada. Isso se reflete no fato de que a dificuldade atual para se lidar com o problema da violência e atender as vítimas é enorme, tanto por parte dos profissionais da rede básica de saúde que assinalam como barreiras aspectos relacionados às vítimas, a falta de conhecimento

e de habilidades próprias para abordar situações de violência, quanto pela estrutura do serviço de saúde.

Ao se considerar que homens e mulheres são responsáveis pela reprodução social dessa dominação androcêntrica que constitui uma ordem social de dominação injusta e violenta, vê-se que tal condição se perpetua, apesar de algumas conquistas e mudanças obtidas pelo feminismo. Essa realidade acompanha a humanidade em seu percurso histórico e só será passível de transformação por meio de intervenções políticas que possam incidir em várias instâncias como educação, igreja, família e estado que atuam na reprodução social da ordem dominante (BOURDIEU, 2010).

O ciclo da violência inicia-se de uma forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e consequências. O agressor muitas vezes não lança mão inicialmente de agressões físicas, mas coíbe a liberdade individual da vítima e fomenta humilhações e constrangimento. Dessa maneira, antes de agredi-la fisicamente, a importuna com o intuito de baixar a autoestima da mulher vitimizada para que, depois, ela tolere as agressões físicas. Portanto, a violência psicológica em geral precede à física; no entanto, a primeira deve ser identificada independente de sua relação com a segunda. A mulher vítima da agressão tende a aceitar, justificar as atitudes do agressor e protelar a exposição de suas angústias até a situação se tornar insustentável (SILVA, 2007).

A qualidade de vida é um conceito elaborado pela sociedade a partir de suas experiências, dos conhecimentos que têm significados e valores que conferem a suas histórias em um determinado tempo e espaço nos quais vivem. Portanto, a qualidade de vida é uma definição construída socialmente e carrega em si uma identidade cultural específica que, por sua vez, reflete um padrão considerado por determinada sociedade como propiciador de satisfação e bem-estar.

Pode-se considerar que saúde e trabalho, como núcleo central, são reconhecidos pelas mulheres desse cenário como dois elementos fundamentais para se obter qualidade de vida além de serem os mais essenciais nessa representação socialmente construída, nesse espaço e tempo em que habitam, para se obter satisfação e bem-estar de viver (MINAYO, 2000).

Ao associar VDCM e QV constatou-se que o domínio “relações sociais” foi significativo estatisticamente, ou seja, uma mulher que usufrui de uma rede de apoio social sofre menos violência do que as que não foram vítimas da VDCM. O convívio social ligado a fatores de reciprocidade e solidariedade sustenta a base das relações sociais. A ausência dessa ligação com os bons valores de convívio social prejudica a qualidade das relações sociais; essa dinâmica aumenta a intolerância impressa na resolução de conflitos e diminui o uso do

diálogo como fator importante. Esse processo estimula a retroalimentação da violência pela maior produção de conflitos mal resolvidos (GALHEIGO, 2008).

Apesar dos domínios “físico” e “psicológico” não terem sido significativos quando associados à qualidade de vida das mulheres que sofreram violência doméstica, acredita-se que a opressão, como forma de violência, gera um silêncio impactando a vítima, deixando-a numa condição de subordinada. Segundo Schraiber (2003), é exatamente esse silêncio de algumas mulheres sobre as situações de violência vividas que pode gerar uma invisibilidade para o problema da violência contra a mulher no âmbito da assistência à saúde.

A mesma autora afirma que esse silêncio impede a notificação e também a recusa de intervenção como atitudes que mascaram a violência. Além disso, afirma que o silêncio e a invisibilidade diante da violência são consequências de medos ou vergonha, contribuindo para a perpetuação da violência.

Na pesquisa realizada por Schraiber (2003), em uma amostra de 322 mulheres, 39,7% delas mencionaram a coerção e a dominação ao definirem a violência, reconheceram que essa é uma forma de violência importante e citaram que traz efeitos psicológicos e até de maior constrangimento que os efeitos da violência física, pois provocam “feridas que não cicatrizam”. A coerção e dominação obtidas como uma das definições de violência em tal estudo pode ser comparada à opressão encontrada aqui na representação social de violência, pois ambas caracterizam uma forma de violência simbólica.

Adeodato et al (2005), em seus estudos sobre qualidade de vida e a presença de doenças como a depressão em mulheres que sofrem a violência, revelaram que a maioria das vítimas de agressão (72%) desenvolve um grau de depressão clínica significativa. A grande maioria das mulheres que vivenciam a violência (78%) também apresenta sintomas como ansiedade e insônia, e 24% daquelas que sofrem agressões iniciaram o uso de remédios ansiolíticos após o começo dos episódios. Um dado que aponta um impacto na qualidade de vida é aquele que mostra que 39% das mulheres desse estudo que sofrem violência já cogitaram cometer suicídio. O estudo conclui que a violência sofrida pelas mulheres no domicílio, por parte de seus parceiros provoca efeitos como a má qualidade de vida e prejuízos para sua saúde mental como depressão, baixa autoestima e apatia que, por sua vez, podem ser responsáveis por dificultar a busca da mulher pela resolução de seu sofrimento.

Na presente pesquisa, evidenciou-se que mulheres que sofreram VDCM possuem qualidade de vida de 59,61 numa escala de 0 a 100, enquanto as que relataram não sofrer violência possuem um IQV de 66,79, na mesma escala, evidenciando a influência da violência na qualidade de vida das mulheres, reafirmando o argumento de tese deste estudo.

Meneghel et al. (2011) alertam para o fato de que os episódios de VDCM não devem ser encarados no nível institucional como situações individuais e passíveis meramente de abordagens com tratamentos específicos centrados no dano físico. Pelo contrário, os autores defendem que a questão necessita ser considerada como violação ética dos direitos humanos das mulheres; Porém precisa-se compreender o fato enquanto fenômeno social cuja questão central se encontra nas desigualdades de gênero. Logo, o foco deve ser atuar nas iniquidades de gênero e não somente ofertar atendimentos que abrandam consequências e efeitos de âmbito individual e comportamental.

Considera-se que a desigualdade de gênero é questão central do fenômeno da violência e, assim, pode-se ponderar que a opressão, enquanto fator que envolve desigualdade de poder e submissão, também constitui um núcleo fundamental para se compreender a violência como fenômeno social advindo das iniquidades de gênero. Dessa maneira, a opressão representa uma forma de exercer o poder do valor patriarcal dominante de masculinidade e, ao mesmo tempo, também faz perpetuar as iniquidades de poder expressas nas relações desiguais de gênero.

Apesar de nenhuma variável sociodemográfica ter obtido significância estatística na associação à VDCM e QV, Gomes (2007) afirma que o poder do homem é socialmente legitimado como esposo e pai. Essa imposição normativa constrói relações familiares permeadas pelo medo e qualquer desvio dos padrões naturais pode desencadear conflitos. A maioria dos casos de violência contra as crianças é marcada por relações interpessoais assimétricas e hierárquicas. A vitimização física ocorre no processo de disciplinamento. Contudo, pais que utilizam a punição como medida disciplinar praticam o incentivo à violência intergeracional ao mostrar para seus filhos que a violência consiste numa forma apropriada para resolver seus conflitos.

A variável “segurança física e proteção” teve significância estatística, ou seja, este fato exerce influência na VDCM, estando associado à qualidade de vida das mulheres. Apesar a Lei Maria da Penha, muitas mulheres não se sentem seguras e protegidas para denunciar o agressor. Para Schraiber (2009), as mulheres não denunciam o agressor por medo e dificuldade pessoais para reagir e verbalizar a violência, temor pela própria segurança e pela segurança de seus filhos; falta de controle sobre suas vidas; esperança de que o agressor mude, visto que ele promete mudar; medo de perder os filhos; disposição para proteger o parceiro seja por motivos econômicos ou afetivos. Vê-se que, nesse sentido, as mulheres se encontram submissas diante de sentimentos como o medo e a humilhação que a violência provoca. Dessa forma, denunciar torna-se difícil quando a mulher se encontra submissa.

Um estudo que analisou a trajetória de enfrentamento da violência percorrida por algumas mulheres mostrou que denunciar ou decidir romper com o silêncio diante da situação de violência requer lidar com aspectos facilitadores e dificultadores. Dentre os aspectos facilitadores para reagir contra a violência, estão incluídas atitudes pessoais, como por exemplo, sentimentos de exaustão e revolta prolongados diante de várias humilhações e abusos, além da consciência do aumento da violência em geral e do potencial risco de vida que correm. Com relação aos fatores dificultadores para a reação, encontram-se os próprios sentimentos que a mulher enfrenta como o medo, a culpa e a vergonha, além de entraves de cunho familiar, material e institucional (MENEGBEL et al., 2011).

Os entraves de cunho institucional são a ineficiência do sistema em garantir a proteção da mulher diante de seu agressor, o despreparo e a burocracia do sistema jurídico e legal, o despreparo de profissionais de saúde para lidar com as mulheres que vivenciam situações de violência, a falta de acompanhamento e de responsabilização em muitos casos de violência atendidos na rede assistencial em saúde. Tais aspectos geram muitos casos de falta de orientação adequada para a mulher e sua consequente revitimização (MENEGBEL et al., 2011).

A busca por tratamento médico também obteve relevância estatística, evidenciando que esta variável está associada a VDCM, influenciando na QV das mulheres vitimizadas. A VDCM possui um enfoque diferenciado uma vez que é praticada por um agressor que possui relações íntimas com a vítima. O uso da força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguma mulher contra seus interesses, vontades e desejos, resulta em danos à saúde física e mental pela violação da dignidade humana em sua integridade (RODRIGUES, 2015).

Ainda segundo Rodrigues (2015), a amplitude da VDCM pode ser encontrada a partir de dados mundiais que apontam uma frequência de mais de 50% dos assassinatos terem como autor do crime o parceiro íntimo da vítima. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 a 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada.

Em relação ao Brasil, o fenômeno da VDCM é um dos maiores problemas de saúde pública, atingindo um quarto da população, excluindo-se os casos subnotificados (SAFFIOTI, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (2004) e com a OMS (2002), oito países, inclusive o Brasil em dois estados (São Paulo e Pernambuco), reconheceram que a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual atinge prioritariamente a população feminina, na faixa etária de 15-49 anos. Em Pernambuco, 34% das mulheres entrevistadas relataram ter

sofrido violência física e/ou sexual por parte do parceiro e apresentaram problemas de saúde decorrente do episódio como: dores, desconforto severo, problemas de concentração e tontura, tentativas de suicídio e uso frequente de álcool, configurando a violência como uma questão de saúde física e mental. Salienta-se que apenas 11% dessas mulheres buscaram os serviços de saúde.

No tocante ao Estado da Paraíba no ano de 2013, este ocupou a oitava posição dentre os estados brasileiro com maior incidência de mortes de mulheres segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA). Tal pesquisa relatou que 29% dessas mortes ocorreram no domicílio. Os Dados do Núcleo de Análise Criminal e Estatística (NACE) da Secretaria da Segurança e da Defesa Social (SEDS) apontaram que nesse mesmo ano foram contabilizados 118 casos de homicídios femininos (PARAÍBA, 2014). De acordo com o Centro da Mulher 8 de Março, desses 118 homicídios, 35 deles foram motivados pela violência doméstica. Os números são elevados principalmente se considerarmos a subnotificação dos casos e que os óbitos expressam apenas a ponta de um *iceberg* visto que o fenômeno da VDCM abrange atos e situações que nem sempre culminam em morte, mas que podem representar para as mulheres envolvidas perdas potenciais na qualidade de vida (RODRIGUES, 2015).

Decorridos mais de dez anos do relatório da OMS, o qual associa os temas violência e saúde, o impacto da violência na saúde de mulheres vitimizadas já é do conhecimento dos profissionais de saúde, pela magnitude e relevância do problema, como defendem D'Oliveira *et al.* (2009), entretanto ainda há dificuldades em identificar e cuidar das “vítimas” dessa experiência. A violência impacta significativamente corpo e mente de mulheres. Participantes de estudos em diferentes partes do mundo referem variada sintomatologia como consequência direta da violência em sua saúde: problemas como hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, stress, acidente vascular encefálico, paralisia facial, sangramentos vaginais e comprometimentos da sexualidade, maior tendência ao suicídio (MORENO, *et al.*, 2005). A vida social de algumas participantes também é fortemente comprometida pelos traumas gerados pela violência.

D'Oliveira *et al.* (2009) e Schraiber *et al.* (2005) evidenciaram em pesquisa que os serviços de saúde fazem parte da rota percorrida por mulheres em situação de violência, muito mais do que outras que não passam por essa experiência. Suas principais queixas referem-se a distúrbios e patologias físicas e mentais e, quando utilizam os serviços de atenção básica, fazem-no em decorrência de doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais (LUCENA *et al.*, 2012).

Seguindo a mesma linha da pesquisa supracitada, Porto (2006) afirma que as mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto a busca pelos serviços da Atenção Primária ainda é pouco resolutive, pois os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos mecânicos e nada resolutivos, o que demonstra fragilidade no processo de trabalho.

O saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos excluindo sentimentos e a subjetividade que afetam a saúde mental dessas mulheres e a sua capacidade de enfrentamento do problema, constituindo, nesse enfoque, um saber conservador da opressão de gênero. Desse modo, a inadequação do saber instrumental constitui um obstáculo para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde que seja transformador da realidade.

De acordo com estudos de investigação nos serviços de saúde, feitos por Kronbauber e Meneghel (2005), há altas prevalências anuais de casos de violência perpetrada contra as mulheres por seus parceiros íntimos. Os estudos revelam que a prevalência varia de 4 a 39%, com uma prevalência de 55% de violência psicológica, 38% de violência física e 8% de violência sexual. Os autores concluíram que as mulheres nessas condições têm expectativas de serem ouvidas e acolhidas, entretanto isso dificilmente se efetiva na atenção. Sugg e Inui (1992, p.3159) afirmam que são criadas barreiras no atendimento às mulheres, pelos profissionais, por falta de tempo e de recurso, medo de ofender as mulheres, falta de qualificação e frustração por perceber a não resposta de muitas usuárias aos conselhos que recebem (RODRIGUES, 2015).

Tudo que é construído socialmente é passível de transformação. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou o Manifesto do ano 2000, assinado por milhões de pessoas em todo o mundo, a favor de seis diretrizes básicas: respeitar a vida, rejeitar a violência, dividir recursos, redescobrir a solidariedade, ouvir para compreender e preservar o planeta. Tais valores são condizentes com a prática de refletir sobre as crenças e comportamentos necessários para que mudanças individuais, institucionais e nas relações sociais ocorram e influenciem positivamente no sentido de superar a violência. Além disso, a cultura da paz só se faz eficiente na medida em que for possível desconstruir a realidade social da ordem dominante que legitima a violência (MELMAN et al., 2009).

Os resultados desta pesquisa fomenta o debate para que novos estudos sejam produzidos associando a VDCM com a QV, não apenas no âmbito da saúde das mulheres, mas em todos os aspectos, analisando o contexto social e os determinantes e condicionantes

do processo saúde e doença. Salienta-se que muitas mulheres não compreendem a violência de gênero como um tipo de agravo e por vezes, negam o fato, o que também pode ter mascarado o IQV geral da pesquisa.

Outros fatores tornam o fenômeno invisível, tornando o problema ainda mais complexo e de difícil abordagem, como questões de tabu, o medo, o preconceito, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, a tendência à medicalização dos casos e à pouca articulação entre os setores da sociedade.

Em suma, a violência doméstica contra a mulher, vem afetar direta e negativamente a qualidade de vida das mulheres vitimizadas em diversos aspectos, pois interfere na saúde física e psicológica da mulher, na sociedade e suas relações sociais, trazendo consequências, também, para o sistema de saúde. A VDCM, sutil ou declarada, produz marcas no corpo e na alma de quem as vivencia ao impactar de forma negativa em vários aspectos da vida da mulher vitimada, principalmente na saúde. Condições que afetam a saúde das pessoas consequentemente implicarão repercussões negativas e prejuízos para a qualidade de vida.

Considerando a complexidade da VDCM, fenômeno essencialmente cultural, somente passível de mudança significativa gradativamente ao longo das gerações, ressalta-se que qualquer mudança de comportamento envolve reflexão, questionamento em várias instâncias sociais como a família, a escola, o trabalho, a igreja, dentre outras. Essas mudanças na forma de pensar e agir que podem ocorrer ao longo das gerações com o passar do tempo histórico, podem, sim, ocasionar a formação de uma nova ordem social.

A violência doméstica ainda representa um desafio para o setor 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 têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno (BRASIL, 2006).

Infelizmente sabe-se que apenas a igualdade de gênero não é suficiente para igualar socialmente as mulheres, mas, ela pode ser um começo para a emancipação delas, pois desigualdade de classe é flagrante quando se pensa no enorme contingente de mulheres sem acesso à informação, ao conhecimento e consequentemente aos espaços qualificados do mercado de trabalho. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda dos serviços públicos de saúde e é nesses locais que buscam o acolhimento e a atenção às suas necessidades em saúde.

O Estado enquanto instância definidora das políticas públicas, entre as quais as referentes à saúde da coletividade - deve articular as práticas profissionais em saúde à

superestrutura social e a qualidade de vida. Esse enfoque requer a consideração da interdisciplinaridade e pressupõe o emprego de mecanismos e instrumentos, necessários para sua consecução, entre os quais se encontram o Modelo de Tomada de Decisão.

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 (LUCENA et al, 2012).

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.

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 origem e as consequências dos fenômenos, sobretudo, quando o tema se refere a conteúdos complexos, como os que informam a violência doméstica associada à qualidade de vida.

“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”.

Rosa Luxemburgo

7 CONCLUSÕES

O estudo aponta que as mulheres da amostra possuem baixa qualidade de vida (61,59). O IQV de quem sofreu violência (59,61) é menor do que o das mulheres que não sofreram (66,79).

A prevalência global estimada da VDCM para o município de João Pessoa em 2015 foi de 54,40% ao nível de significância de 95% reafirmando a importância de se construir políticas públicas com enfoque na emancipação de gênero.

A repetição da VDCM com suas consequências impactantes deixa marcas inefáveis nas mulheres, minando sua autonomia e influenciando diretamente na qualidade de vida, conforme dados deste estudo.

Infelizmente, as pesquisas que relacionam as duas temáticas abordadas ainda é escasso e pouco se conhece acerca do impacto da VDCM na QV das mulheres vitimizadas. Os dados obtidos através dessa tese, bem como os modelos de tomada de decisão utilizados, poderão subsidiar os gestores no processo de tomada de decisão na área da saúde da mulher.

O estudo evidenciou que nenhuma variável sociodemográfica exerceu influência na ocorrência de VDCM associada à QV. Discutir e refletir sobre a temática, nesse sentido, tem a intenção de superar a opressão e invisibilidade do fenômeno das VDCM. No âmbito da assistência à saúde, é necessário qualificar os profissionais na perspectiva de gênero, isto requer responsabilização institucional e intersetorial dos serviços, bem como suporte de conhecimento teórico aos profissionais de saúde envolvidos na assistência à saúde das vítimas de violência.

Portanto, a proposta que tem como objetivo mais amplo – Analisar a associação entre a violência doméstica contra a mulher e a qualidade de vida – 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. Por tudo isso, este estudo ratifica a tese defendida de que a VDCM influencia na QV das mulheres, comprovada a partir do Modelo de Decisão denominado Regressão Logística e do teste de hipóteses.

No sentido de fomentar debates, despertar novos desdobramentos e possibilidades futuras, este trabalho apresenta o quão potente pode ser o uso de novas estratégias e abordagens para discutir o problema da violência doméstica contra a mulher, associando-o a qualidade de vida urbana.

*“O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentando e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem”.*
Guimarães Rosa

8 PUBLICAÇÕES ACADEMICAS

Durante todo período do Doutorado fiquei inserida na produção científica. Sou docente dos cursos de Graduação em Medicina e em Enfermagem, selecionei alguns alunos e no grupo de pesquisa Gênero e Qualidade de Vida fui produzindo em conjunto com alunos e professores. Os artigos que seguem são fruto do projeto maior intitulado: INQUÉRITO DOMICILIAR SOBRE QUALIDADE DE VIDA URBANA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, coordenado pelo professor doutor Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

A maioria das publicações envolve pesquisa qualitativa, considerando que ainda não possuía a coleta e análise do banco de dados do inquérito domiciliar. No transcorrer da coleta de dados, foi feito recortes do objeto de estudo com foco na saúde da mulher, dentre eles: violência com prostitutas, práticas profissionais; realidade assistencial; revisão integrativa da fundamentação teórica da tese, impactos da violência doméstica na saúde das mulheres.

Artigos Completos publicados:

LIMA HS, SILVA ATMC da, SOUZA JÁ, LUCENA, KDT. Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 7(esp):6964-72, dez., 2013.

PAULINO JB, LUCENA KDT de, SILVA ATMC da et al. A realidade assistencial oferecida à mulher em situação de violência doméstica. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 8(9):2975-82, set., 2014

LUCENA KDT de, LIMA WR de, DEININGER LSC et al. Emancipação das mulheres em sua condição de oprimidas e subordinadas ao homem: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(9):9254-63, set., 2015.

SILVA, AS; LUCENA, KDT; DEININGER, LSC; COELHO, HFC; VIANNA, RPD; ANJOS, UU. Analysis of domestic violence on women's health. **Journal of Human Growth and Development**, 25(2): 182-186, 2015.

OLIVEIRA, AEC de, DEININGER LSC, LUCENA KDT de. O olhar das mulheres sobre a realização do exame citológico cérvico-uterino. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(1):90-7, jan., 2014.

SANTOS SF, LUCENA KDT DE, DEININGER LSC; COELHO, HFC; VIANNA, RPD; SOARES, MESM. Unveiling the understanding of women about domestic violence. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, 9(10):9440-5, Oct., 2015.

Artigos aceitos para publicação:

SILVA, EG da, LUCENA, KDT de, DEININGER LSC; CAMPOS, HFC; WANDERLEY, BMS. Violência de gênero sob o olhar das mulheres prostitutas. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(1):680-5, jan., 2016.

Artigos submetidos

LUCENA, KDT; VIANNA, RPT; CAMPOS, HFC; NASCIMENTO, JÁ; BEZERRA, IMP; ABREU, LC. Associação entre Violência Doméstica contra a Mulher e Qualidade de Vida. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015.

Trabalhos publicados em Congresso Internacional

LUCENA, KDTL; VIANNA, RPT; ANJOS, UU. Emancipação da Opressão de Gênero no contexto da Estratégia Saúde da Família. 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Fortaleza, abril, 2014;

LUCENA, KDTL; VIANNA, RPT; ANJOS, UU. A violência doméstica contra a mulher e sua relação com a saúde. 2º Congresso Internacional de Saúde da Mulher. João Pessoa, outubro, 2014.

Trabalhos aprovados em Congresso Internacional

LUCENA, KDT; VIANNA, RPT; CAMPOS, HFC. Fatores relacionados à violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo. 12º Congresso Internacional da Rede Unida. Campo Grande, março, 2016.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, GV et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**; 39(1): 108-113; 2006.

ADRIANO, J. R.; WERNECK, G. A. F.; SANTOS, MAX A.S.; SOUZA, R. C. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2000. p.53-62.

ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas à ideologias de papéis sexuais. Cadernos Pesquisa São Paulo. v. 73. 1990. p.13-25.

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

ALMEIDA, M.A.B.; GUTIERREZ, G. L.; Índices de qualidade de vida no Brasil: instrumento para Análise crítica dos indicadores e das políticas públicas. **Revista de Gestão Industrial**. 2007.

ALVES, SLB; DINIZ, NMF. Eu digo não, ela diz sim: a violência conjugal no discurso masculino. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2005, vol.58, n.4, pp. 387-392. ISSN 1984-0446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400002>

BRASIL. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. 2004. Acesso em: 10 de novembro 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf.

BRASIL. Camara dos deputados. Lei Maria da Penha nº11.340. Brasília. 2010.

BARSTED, L.L.; PITANGUY, J. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

BARRETO, L B. Identidade das prostitutas em belo horizonte: as representações, as regras e os espaços. *Pesq Práticas Psic.* 2011;5(2):193-205. Available from: http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume5_n2/Barreto_e_Prado.pdf

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 9ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____, P. **O Poder Simbólico**. 7ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. **A dominação masculina** 3.ed. 1998 Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRITO, A. M. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.10, n.1. 2005. p. 143-149.

CASTRO, ML. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 Abr. 2012.

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

CHAUÍ, M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 2006.

CARDOSO, R.S. **É uma mulher**. Petrópolis: Vozes, 1994.

COCHRAN, W. Sampling Techinques, 3rd Edition. Wiley Series, 1977.

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

CORDEIRO, GM; LIMA NETO, EA. Modelos Paramétricos. Livro texto de minicurso, XVI Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística. Águas de Lindóia. São Paulo. 246 p, 2004.

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

DIAS, A.R.C.; MACHADO, C. Gênero e Violência conjugal - Uma relação cultural. **Rev. Aná. Psicológica**. v.26, n.4. 2008. P.34-50. Acesso em: 5 de Dezembro de 2013. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a04.pdf>.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 abr 2015.

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.

FERREIRA, A.L.;SCHAMM, F.R. Implicações Éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Saúde Pública**. v.34, n.6. 2000. p.659-665. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016 Acesso em: 18/10/2013.

FLECK, MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**. v. 4, n.2. Abr. 2000.p. 178-83.

FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev Esc Enferm USP**. n.39, Supl4, 2005. p.450-459.

FORATTINI, A.B. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Públ**. v. 25, n. 2, 1991.

GALHEIGO, SM. Apontamento para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 out. 2012.

GARCIA, MV et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11):2551-2563, nov, 2008.

GOMES, R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Cad. Saúde Pública**: (10)156-67; 2007.

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

GUEDES, R. N. Violência Conjugal: Problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob o olhar de gênero. **[Dissertação de Mestrado em Enfermagem]**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

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

HEISE, L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*. 10 supp. 1994. P.135-145.

HEISE, L, et al. **Ending Violence Against Women**. Population Reports, Baltimore, Series L, n.11. 1999. p.1-44.

HERCULANO, S. C. **A qualidade de vida e seus indicadores**. In: Qualidade de Vida e Riscos Ambientais, Selene Herculano et al. (org.). Niterói: Eduff, 2000.

JOÃO PESSOA, Prefeitura Municipal. Coordenação de Geoprocessamento, 2013.

HOSMER DW, LEMESHOW S. Applied logistic regression. New York:John Wiley & Sons; p.140-5, 1989.

KRONBAUER, J. F. D.; Meneghel, S. N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 695-701, 2005.

LANDEIRO, G. M. B; PEDROSO, C.C. R; GOMES, M. J.; OLIVEIRA, E. R. A. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16,n.10. 2011. p.4257-4266.

LIMA, HSL, et al. Análise das práticas profissionais na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. **Revista de Enfermagem da UFPE**. N.7. Edição especial, 2013.

LIMA, GQ, Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia Estudo**;. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000400002&script=sci_arttext. V.16, n. 4. 2011. P. 511-20.

LUCENA, KDT. et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.28, n.6. 2012. pp. 1111-1121. ISSN 0102-311X.

LUCENA, K.D.T. et al. A abordagem de gênero no contexto no trabalho na ESF do município de JP. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 456-466, jul./set. 2010.
MACHADO, M.G.R. **Bases da Fisioterapia Respiratória**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MENEGHEL, SN, *et al.* Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Apr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo>>. Acesso em: 12 Abr. 2012.

MEYER, D.E. Teoria e Políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. Revista Brasileira de Enfermagem. v.57, n.1.2005. p.13-18.

MELMAN, J et al. Tecendo redes de paz. **Saúde Sociedade**, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 17 out. 2012.

MINAYO, MCS. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 20 de outubro de 2013.

_____. Violência e saúde. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.

MONTEIRO, R.; BRAILE, D. M.; BRANDAU, R.; JATENE, F.B. Qualidade de vida em foco. **Rev Bras Cir Cardiovascular**. v.25,n.4. 2010. p.568-574.

MONTGOMERY, PECK, VINNING. Introduction to Linear Regression. John Wiley. New York, 2003.

MOREIRA, MCN. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**. n.16, v.7. 2011. p.3197-3206.

MOREIRA, MIC; RIBEIRO, SF; COSTA, K.F. Violência contra a mulher na esfera conjugal:jogo de espelhos. In: Entre a Virtude e o Pecado, Rio/ S. Paulo: Ed. Rosa dos Tempos/ F. Carlos Chagas. 1992. pp. 169-190.

MORENO, C. G., et al.; Violence Against Women. Policy Forum.Public Health. **Science**, vol. 310, p. 1282-1283, 2005.

MOTA, JC; VASCONCELOS, AGG; ASSIS, SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2007, vol.12, n.3, pp. 799-809. ISSN 1678-4561.

NOBRE, M.R.C. Qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol**.v.64, n. 4, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas** Washington. 1995.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Informe mundial sobre la violencia y la salud**: resumem. Washington: Organizacion Mundial de la Salud; 2002.

PAGANO, M.; GAUVREAU. Princípios de Bioestatística. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 506p, 2004.

PALAZZO; L. S. *et al.* Violência física e fatores associados: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 622-629, 2008.

PARAÍBA, GOVERNO DA. Secretaria de Administração, 2014.

PEDROSO, B.; PILLATI, L.A. GUTIERREZ, G.L.; PICININ, C.T. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**. v.2, n.1, jan./jun. 2010, p.31-36.

PINTO-NETO, A.M.; CONDE, D. M. Qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.30, n.11. 2008.

PORTO, M. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. *Psicol Estudo* [Internet]. 17(2):297-306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200013, 2006.

RAMALHO, MI. A Sogra de Rute ou intersexualidades. In: SANTOS, B.S. (org.) **Globalização**: fatalidade ou utopia? Porto: Afrontamento, v.1. 2002. p.525-555.

REES, PM et al. Sexual function in men and woman with neurologic disorders. **The Lancet**. V. 369, p. 512-25, 2007.

ROCHA, A.D.; OKABE, I.; MARTINS, M.E.A.; MACHADO, P.H.B.; MELLO, T.C. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência & Saúde Coletiva**, n.5,v.1. 2000. p.63-81.

RODRIGUES, LR. *Serious game* para qualificação das práticas de profissionais de saúde na abordagem à violência contra a mulher. UFPB. João Pessoa, **[Tese de Doutorado]**, 2015.

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

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*. v.16. 2001. p.115-136.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.2. 2004. p. 580-588.

SILVA, N.N. **Amostragem Probabilística**: um curso introdutório. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: 2001.

SILVA LS, MENEZES MLN, LOPES CLA, CORRÊA MSM. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*, 27(9):1721-1730, 2007.

SILVA MA, NETO GHF, FIGUEIROA JN, FILHO JEC. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saúde Pública*, 26(2):264-272; 2010.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. 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.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA A.F.P.L.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. n.4. 2009. p.1019-27.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para Análise Histórica. Recife: SOS Corpo; 1991.

SOARES, AHR, et al. Estimativas obtidas de um levantamento complexo. *Rev Saúde Pública*. n.37, v.5. 2003. p.662-70.

SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol*. v.11,supl 1. 2008. p.38-45.

TEIXEIRA, M. C. P. Qualidade de vida em saúde de ex trabalhadores do chumbo. **[dissertação de mestrado]**. Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia; 2009.

THE WHOQOL GROUP, **ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA URBANA**. 1995. Disponível em: [http:// www. portalpbh.pbh.gov.br](http://www.portalpbh.pbh.gov.br) Acesso em: 02 setembro 2012.

TRIOLA, M.F. **Introdução à Estatística**. 9ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

_____. **Introdução à estatística**. 10ª ed. Rio de Janeiro:LTC, 2008.

URIBE, M.L. & SANCHEZ, O.A., Violencia intrafamiliar: una mirada desde lo cotidiano, lo político y lo social. In: Violencia en la Intimidad. Bogotá: Ed. Casa de la Mujer . 1988. pp. 15-51.

VAAL, J.; BRAGA, V.A.B.; ALMEIDA, P. C.; Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr*. v. 64, n. 2, 2006.

VALLIANT, R, et al. Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples. 1st Edition, Statistical for Social and Behavioral Sciences. Springer, 2013.

VILLEILA, W; MONTEIRO, S; VARGAS, E. Incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4. 2009. p. 997-1004.

VILLELA, W V; ARILHA, M. **Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos**. In BERQUÓ, Elza (org.). Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.

WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. **Instituto Sangari**, São Paulo, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento 1: WHO WAY STUDY

Características demográficas e socioeconômicas das mulheres entrevistadas

Variáveis:

a) Escolaridade:

- 0 a 4
- 5 a 8
- 9 a 11
- ≥ 12

b) Estado Marital:

- Atualmente casada
- Vive com parceiro
- Namora
- Separada, viúva ou divorciada.

c) Número de filhos nascidos vivos:

- Nenhum
- 1 ou 3
- ≥ 3 ou mais

d) Idade (anos)

- 15 a 29
- 30 a 44
- 45 a 49

Frequência de resposta “sim” para cada item perguntado

Vou fazer algumas perguntas sobre situações que você já tenha vivenciado ou não com seu parceiro/ marido/companheiro:

1) Ele já insultou você ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma

Sim () Não ()

2) Ele já depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas Sim () Não ()

- 3) Ele já fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito Sim () Não ()
- 4) Ele já ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta Sim () Não ()
- 5) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la Sim () Não ()
- 6) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão Sim () Não ()
- 7) Machucou-a com um soco ou com algum objeto Sim () Não ()
- 8) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você Sim () Não ()
- 9) Estrangulou ou queimou você de propósito Sim () Não ()
- 10) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você
Sim () Não ()
- 11) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria
Sim () Não ()
- 12) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer
Sim () Não ()
- 13) Forçou-a uma prática sexual degradante ou humilhante Sim () Não ()

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instrumento 2: Qualidade de vida

**INSTRUMENTO DE INQUERITO DOMICILIAR DA QUALIDADE DE VIDA URBANA E SUA INFLUÊNCIA NA
SAÚDE DE INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA**

1.0 Entrevistador: _____ 1.1 N° QUESTIONÁRIO: _____

1.2 Endereço: _____

1.3 Código do participante: _____

1.4 Idade (em anos) _____

2.1 Tipo de domicílio

- | | | |
|--|--|--|
| 1 ☐ Alvenaria acabada | 4 ☐ Taipa não revestida | 7 ☐ Não sabe/NR |
| 2 ☐ Alvenaria inacabada | 5 ☐ Madeira | |
| 3 ☐ Taipa revestida | 6 ☐ Outra | |

2.2 Número de cômodos: _____

2.3 Número de cômodos para dormir: _____

2.4 Tipo de abastecimento de água

- | | | |
|---|---|---|
| 1 ☐ Rede pública | 3 ☐ Poço artesiano da própria casa | 5 ☐ Não sabe/ NR |
| 2 ☐ Cisterna | 4 ☐ Outro | |

2.5 Tipo de esgoto sanitário

- | | | |
|--|--|--|
| 1 ☐ Rede pública | 3 ☐ Fossa negra | 5 ☐ Outro |
| 2 ☐ Fossa séptica | 4 ☐ Esgoto a céu aberto | 6 ☐ Não sabe / NR |

2.6 Destino dado ao lixo:

- | | | |
|--|--|--|
| 1 ☐ Coletado pela prefeitura | 3 ☐ Jogado em terreno baldio ou | 5 ☐ Não sabe / NR |
| 2 ☐ Queimado ou enterrado na casa | outro local próximo a casa | |
| | 4 ☐ Outro | |

2.7 Número de pessoas que residem no domicílio: _____

Agora vou fazer algumas perguntas sobre os moradores deste domicílio, começando pelo chefe da família.

Preencha o quadro de características sócio-demográficas, localizado na próxima página, com muita atenção para que as informações de todos os moradores do domicílio sejam contempladas.

Observe que o chefe do domicílio deverá ser preenchido na 1ª linha e os demais nas linhas subseqüentes. Os moradores passarão a ser identificados, ao longo do questionário, pelo seu numero de ordem, listado na primeira coluna à esquerda.

WHOQOL-BREF

Instruções de preenchimento:

*Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em cada questão, escolha aquela que lhe parece mais apropriada. Por favor tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.*

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta:

		Muito ruim	Ruim	Nem boa nem ruim	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido alguma coisa nas duas últimas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento, médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido que é capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
10	Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas

		Ruim	Muito ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas etc)	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você	1	2	3	4	5

	está com as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão	1	2	3	4	5

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

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se **Inquérito domiciliar sobre qualidade de vida urbana e suas relações com a saúde da população no município de João Pessoa** e está sendo desenvolvida pelas alunas de doutorado Maria Elma de Souza Maciel Soares e Kerle Dayana Tavares de Lucena, do programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação e responsabilidade do Prof. Dr Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

A pesquisa apresenta como **objetivo principal** avaliar a qualidade de vida e as suas relações com a saúde em domicílios do município de João Pessoa-PB. A sua participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração, e, portanto o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo (a) pesquisador (a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolva desistir a qualquer momento, não sofrerá nenhum dano ou prejuízo.

O presente estudo não apresenta riscos previstos à saúde dos participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, somente a aplicação do instrumento. No entanto, é sempre possível haver um risco mínimo, principalmente, no que se refere ao aspecto avaliativo do trabalho que poderá gerar algum tipo de estresse. Diante de uma situação, onde o participante se apresenta constrangido em responder as questões, a avaliação junto a essa pessoa deverá ser suspensa e retomada em outro momento se for do desejo do mesmo.

Solicito sua permissão para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Eu _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos

resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento. Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material serão usados pelo (a) responsável da pesquisa com propósitos científicos.

João Pessoa, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Testemunha (em caso de analfabeta)

Assinatura da Pesquisadora

Contato do Pesquisador Responsável: Br 230, Km 22, Água Fria, João Pessoa-PB; elmafernandes@ig.com.br; 2106-9273; 8755-2464, 3242-7875 ou kerledayana@yahoo.com.br 8388484502

APÊNDICE D

LISTA DE VARIÁVEIS CODIFICADAS

VARI 001	Nº do Quest
VAR002	Entrevistador
VAR003	Endereço da rua
VAR004	Bairro
VAR005	Idade em anos
VAR006	Tipo de domicílio
VAR007	Nº de cômodos
VAR008	Nº de cômodos para dormir
VAR009	Abastecimento de Água
VAR010	Esgoto Sanitário
VAR011	Destino do Lixo
VAR012	Nº Pessoas Residentes
VAR013	Filme em casa
VAR014	O que gosta de fazer mais?
VAR015	Foi ao Cinema
VAR016	O que gosta de fazer mais?
VAR017	Museu ou Teatro
VAR018	O que gosta de fazer mais?
VAR019	Leu
VAR020	O que gosta de fazer mais?
VAR021	Concerto ou Show
VAR022	O que gosta de fazer mais?
VAR023	Esporte
VAR024	O que gosta de fazer mais?
VAR025	Parque ou Natureza
VAR026	O que gosta de fazer mais?
VAR027	Reunir-se com amigos ou família
VAR028	O que gosta de fazer mais?
VAR029	Bar, botequim ou discoteca
VAR030	O que gosta de fazer mais?
VAR031	Viu TV
VAR032	O que gosta de fazer mais?
VAR033	Ouviu Rádio

VAR034	O que gosta de fazer mais?
VAR035	Usou Internet
VAR036	O que gosta de fazer mais?
VAR037	Problema Principal 1
VAR038	Problema Principal 2
VAR039	Organização Trabalhista
VAR040	Conselho Local
VAR041	Organização Educacional
VAR042	Caixa Popular
VAR043	Organização Política
VAR044	Clube SocioCultural ou Desportivo
VAR045	Grupo Religioso
q1	Organização Governamental
q2	Como avalia sua qualidade de vida?
q3	Satisfação com sua saúde?
q4	A dor atrapalha seus afazeres?
q5	Quanto precisa de tratamento médico p/ levar a vida diária?
q6	O quanto aproveita a vida?
q7	Acha que sua vida tem sentido?
q8	Consegue se concentrar
q9	Se sente seguro
q10	Ambiente físico saudável
q11	Energia suficiente para o dia-a-dia
q12	Aceita sua aparência
q13	Dinheiro suficiente para necessidade
q14	Informação disponível para o seu dia-a-dia
q15	Oportunidades de lazer
q16	Locomoção
q17	Satisfação com o sono
q18	Satisfação desempenho das atividades diárias
q19	Satisfação com a capacidade para trabalhar
q20	Satisfação consigo mesmo

q21	Satisfação Relações Pessoais
q22	Satisfação vida sexual
q23	Satisfação apoio dos amigos
q24	Satisfação condições de moradia
q25	Satisfação acesso à saúde
q26	Satisfação meio de transporte
VAR072	Frequencia de sentimentos negativos
VAR073	Morador <18 anos
VAR074	Preocupação que a comida acabasse
VAR075	A comida acabou
VAR076	Sem dinheiro para alimentação saudável
VAR077	Comeram poucos tipos de alimentos
VAR078	Morador de 18 ou mais deixou de fazer alguma refeição
VAR079	Morador de 18 ou mais comeu menos do que achou que devia
VAR080	Morador de 18 ou mais sentiu fome mas não comeu
VAR081	Morador de 18 ou mais ficou um dia sem comer ou teve só uma refeição
VAR082	Morador menor de 18 não pode ter uma aliment saud
VAR083	Morador menor de 18 comeu poucos tipos de alimentos
VAR084	Morador menor de 18 comeu menos do que achou que devia
VAR085	Quant de alimentos diminuída para morador menor de 18
VAR086	Morador menor de 18 deixou de fazer alguma refeição
VAR087	Morador menor de 18 sentiu fome mas não comeu
VAR088	Já a insultou ou fez se sentir mal
VAR089	Já a depreciou ou a humilhou diante de outros
VAR090	Fez algo para assustá-la ou intimidá-la
VAR091	Já ameaçou machucá-la ou alguém que você gosta
VAR092	Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você
VAR093	Empurrou-a ou deu-lhe um tranco
VAR094	Machucou-a com um soco ou objeto

VAR095	Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou
VAR096	Estrangulou ou queimou você
VAR097	Ameaçou ou usou alguma arma contra você
VAR098	Forçou-a fisicamente à manter relações sexuais
VAR099	Já teve relação sexual por medo
VAR100	Forçou-a uma prática sexual degradante
VAR101	Freq com que consome bebidas alcóolicas
VAR102	Quando bebe, quantas doses costuma tomar
VAR103	Freq com que consome 5 ou mais bebidas em única ocasião
VAR104	Se adapta diante de mudanças
VAR105	Lida com problemas
VAR106	Vê o lado humorístico mesmo com problemas
VAR107	Lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte
VAR108	Se recupera bem de uma doença e outras dificuldades
VAR109	Acredita que pode atingir os objetivos mesmo com obstáculos
VAR110	Se concentra e pensa com clareza quando sob pressão
VAR111	Não desanima facilmente com fracassos
VAR112	Se considera uma pessoa forte quando lida com os desafios
q3invertido	Lida com sentimentos desagradáveis ou dolorosos
q4invertido	Q3 invertida
q26invertido	Q4 invertido
dom1	Q26 invertido
dom2	Escore dominio 1 (Escala de 0 a 20)
dom3	Escore dominio 2 (Escala de 0 a 20)
dom4	Escore dominio 3 (Escala de 0 a 20)
Ocor.viol	Escore dominio 4 (Escala de 0 a 20)
Ind.viol	Nº do Quest
Classifbairro	Entrevistador

ANEXO 1

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO DOMICILIAR SOBRE QUALIDADE DE VIDA URBANA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE DA POPULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Pesquisador: RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20418813.0.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE APOIO A PESQUISA DO ESTADO DA PARAIBA - FAPES

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 374.118

Data da Relatoria: 27/08/2013

Apresentação do Projeto:

O conceito de qualidade de vida (QV) é um conceito dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico e seria o somatório de fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que concerne às suas necessidades biológicas e psíquicas.

O estudo será desenvolvido no período de 01/12/2013 a 01/12/ 2015. A unidade de análise serão domicílios no município de João Pessoa PB.

Para seleção da amostra será sorteado inicialmente os bairros em um total de 31 e em seguida serão sorteadas os domicílios. Para sorteio dos domicílios será utilizado o CNEFE (Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos). Em cada bairro existirá uma quadra de reposição sorteada previamente para o caso de nas quadras inicialmente sorteadas não ser preenchido o total de domicílios. Para a coleta de dados, será utilizado um questionário estruturado adaptado do instrumento de qualidade de vida utilizado na cidade de Guadalajara no México.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida e suas relações com a saúde em domicílios do município de João Pessoa-PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216--7302

Fax: (833)216--7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.

O presente estudo não apresenta riscos previstos à saúde dos participantes, visto que não será realizado nenhum procedimento invasivo, somente a aplicação do instrumento. No entanto, é sempre possível haver um risco mínimo, principalmente, no que se refere ao aspecto avaliativo do trabalho que poderá gerar algum tipo de estresse. Diante de uma situação, onde o participante se apresenta constrangido em responder as questões, a

avaliação junto a essa pessoa deverá ser suspensa e retomada em outro momento se for do desejo do mesmo.

Benefícios:

Verifica-se que o estudo é inédito na cidade de João Pessoa e de grande relevância para a população e os gestores do município, uma vez que disponibilizará obtenção de informações inéditas que podem ser utilizados para o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas comunidades e regiões do país. Vale ressaltar também a importância de se traçar um perfil da insegurança alimentar e da violência doméstica contra a mulher disponibilizando informações que servirão de base para elaboração de políticas públicas no âmbito do Sistema Único da Saúde e de outras esferas governamentais para prevenção e controle dessas condições.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de relevância social e epidemiológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade com o que recomenda este Comitê e a Resolução 466-12, CNS/MS.

Recomendações:

-Apresentar relatório final da pesquisa via Plataforma Brasil (online), até 30 dias após o término da mesma.

-O CEP-HULW deverá ser informado sobre qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se corresponsável pelo desenvolvimento da mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento da pesquisa.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 374.118

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley-CEP-HULW, em Reunião Ordinária realizada no dia 27 de agosto de 2013.

O pesquisador fica notificado, desde já, da obrigatoriedade de enviar (online) o relatório final da pesquisa ao CEP/Plataforma Brasil, até 30 dias após o término da mesma para obter a certidão de aprovação para publicação científica.

27 de Agosto de 2013

Assinador por:

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.