

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

BARBARA MEIRA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

**JOÃO PESSOA – PB
2019**

BARBARA MEIRA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos de Decisão

Orientadores:

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

Co-orientadora:

Profª. Dra. Kerle Dayana Tavares de Lucena

**JOÃO PESSOA – PB
2019**

Catálogo na publicação
Seção de Catálogo e Classificação

O48a Oliveira, Barbara Meira de.
ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA A MULHER / Barbara Meira de Oliveira.
- João Pessoa, 2019.
97 f. : il.

Orientação: Hemílio Fernandes Campos Coêlho, Rodrigo
Pinheiro de Toledo Vianna.

Coorientação: Kerle Dayana Tavares Lucena.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Identidade de Gênero. 2. Violência contra a Mulher.
3. Análise Espacial. 4. Tomada de Decisão. I. Coêlho,
Hemílio Fernandes Campos. II. Vianna, Rodrigo Pinheiro
de Toledo. III. Lucena, Kerle Dayana Tavares. IV.
Título.

UFPB/CCEN

BARBARA MEIRA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba como requisito para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dra. Kerle Dayana Tavares de Lucena
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Dra. Renata Grigório Silva Gomes
Membro Externo



Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos
Universidade Federal da Paraíba

*À minha rainha, Roseana Meira, e ao meu amado pai,
Luciano Agra (in memoriam), por serem minha eterna
fonte de inspiração. Obrigada por tanto amor, cuidado e
carinho.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ser tão maravilhoso e ter me dado a oportunidade de viver.

À minha mãe, **Roseana Maria Barbosa Meira**, por ser a mulher mais incrível que já conheci – e tive a sorte de ter como mãe – e exemplo de força e honestidade, qualidades nas quais me espelho todos os dias.

À minha maior saudade, meu pai, **José Luciano Agra de Oliveira** (*in memoriam*), o homem mais íntegro, inteligente e com o maior coração do mundo! Meu maior orgulho e meu eterno amor.

Ao meu irmão, **Vitor Meira Wanzeler**, por simplesmente existir e fazer minha vida muito mais feliz e leve. A você, todo o meu amor e proteção, para sempre.

À minha segunda mãe, **Eliane Maria da Silva**, por ter cuidado tão bem de mim e me amado ao longo desses 24 anos. Amo muito você.

Ao meu namorado e companheiro, **Vinicius de Oliveira Souza**, pela parceria e paciência nos dias e noites de estudos intermináveis, além do amor, cuidado e afeto que nunca faltaram na nossa relação. Amo você demais.

Às amigas **Ana Flávia Veras**, **Shimena Crisanto** e **Raquel Almeida**, pelos mais de dez anos de amizade, dividindo alegrias e tristezas, medos e coragens, derrotas e vitórias. Realmente são muitas histórias para contar! Minha eterna gratidão e meu amor.

Às minhas queridas amigas **Marina Beltrão Guerra** e **Fernanda Helena Queiroga** – que mesmo de longe se fazem presentes –, pelos grandes momentos que vivemos e, principalmente, por morarem dentro do meu coração. Amo vocês demais.

Às minhas amigas **Edilza Nascimento**, **Helga Chaves** e **Nataly Morais**, por tanto apoio e solidariedade durante o processo da coleta, além da amizade e do companheirismo, que já perduram há anos.

Às amigas **Aline Albuquerque**, **Julliete Gomes** e **Lenilda Rodrigues**, pelas palavras amigas, pelos abraços sinceros e pelos vários momentos de alegria que juntas desfrutamos.

Às companheiras de mestrado **Késsia Olegário, Mirian Marques e Maizza Micaelle**, pois sem vocês o caminho até aqui teria sido muito mais difícil. Nos tornamos grandes amigas e cúmplices.

À **turma do mestrado em Modelos de Decisão e Saúde**, em especial à amiga **Adriana Nascimento Gomes**. Vocês foram um grande presente que a vida me deu, com certeza uma das melhores turmas a que tive a honra de pertencer.

À minha amiga e também orientadora, **Kerle Dayana Tavares de Lucena**, por toda a ajuda na criação deste trabalho, e também por me fazer enxergar o mundo com outros olhos – passei a entender que juntas somos muito mais fortes. Obrigada por ser tão maravilhosa.

À amiga **Renata Grigório Silva Gomes**, por todo o auxílio que me deu, pela paciência e pelas palavras de carinho em vários momentos de angústia. Sem você este trabalho não existiria. Muito obrigada.

Aos professores **Hemílio Fernandes Campos Coêlho e Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna**, pelas orientações e por toda a ajuda que me deram todas as vezes que precisei, e sempre com muita paciência, atenção e carinho. Minha eterna gratidão.

Ao professor **Jozemar Pereira dos Santos**, por aceitar de forma tão bacana contribuir na consolidação deste estudo. Muito obrigada, de coração.

Ao meu amigo **Yuri Mamede**, pelo estímulo diário para que eu nunca desistisse de meus sonhos e por acreditar em mim até quando nem eu mesma acreditava. Agradecer sempre será pouco perto de tudo que você já fez por mim.

Às amigas de treino **Victória Gomes e Mylane Pimentel** – que viraram amigas da vida –, por me aliviarem nos momentos de estresse, mesmo quando apenas ouviam minhas reclamações, e pelos tantos momentos de alegria que tivemos a oportunidade de partilhar.

À querida **Rosângela Guimarães**, pois, além de ter ajudado na formatação de todos os trabalhos produzidos, sempre foi de uma enorme gentileza e carinho, mesmo quando o tempo era corrido.

À **Delegacia da Mulher**, pela recepção, apoio e toda a disponibilidade para que a pesquisa fosse feita.

A **Marielle Franco** (*in memoriam*), exemplo de mulher e hoje símbolo de resistência e luta feminina.

A todas as mulheres!

*Levanto a minha voz, não para que eu possa
gritar, mas que para aqueles sem voz possam
ser ouvidos...*

Malala Youzafzai

RESUMO

A violência, de maneira geral, é um problema que afeta a sociedade e traz em seu bojo consequências devastadoras. Trata-se de um processo histórico de grande complexidade, envolvendo múltiplos fatores. Dentre os vários tipos de violência existentes, uma em específico ainda perdura fortemente, destacando-se no mundo inteiro: a violência doméstica contra a mulher (VDCM). Fruto da desigualdade de gênero, esse fenômeno foi produzido historicamente a partir da hierarquia de domínio social masculino sobre o feminino cultivada culturalmente e naturalizada na sociedade, na qual a mulher está exposta a vários tipos de agressões, sejam no espaço público ou no privado. Na cidade de João Pessoa, a prevalência da violência doméstica é elevada, tendo atingido 54,4% das mulheres no ano de 2016. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra a mulher. Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, no qual foram incluídos todos os casos notificados de VDCM da cidade de João Pessoa nos anos de 2016 e 2017, dados esses registrados nos boletins de ocorrência das duas Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher da cidade, e coletados após a autorização da Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social da Paraíba. O modelo de decisão foi construído a partir da análise espaço-temporal dos dados de violência doméstica da capital paraibana, verificando-se as áreas de risco do evento e comparando-se os resultados deste estudo aos dos anos anteriores (analisados em outro trabalho, publicado em 2017). Observou-se um aumento da violência e apontaram-se áreas de risco crônicas no que tange à ocorrência desse tipo de violência. Percebeu-se que a técnica de análise espaço-temporal como modelo de suporte à decisão é uma ferramenta importante, podendo ser utilizada como apoio à gestão para auxiliar o processo de criação e implementação de políticas públicas voltadas para a sociedade como um todo, a fim de trazer maior qualidade de vida para as mulheres.

Palavras-chave: Identidade de Gênero; Violência contra a Mulher; Análise Espacial; Tomada de Decisão.

ABSTRACT

Violence, in general, is a problem that affects society and brings in its wake devastating consequences. It is a very complex historical process, since it involves multiple factors. Among the various types of violence that exist, one in particular, still stands strong, standing out in the whole world: domestic violence against women (DVAW). As a result of gender inequality, this phenomenon has been produced historically, from the hierarchy of the masculine social domain over the feminine, culturally cultivated and naturalized in society, in which women are exposed to various types of aggression, whether in public or private space. In the city of João Pessoa, the prevalence of domestic violence is high, reaching 54.4% of women in 2016. Therefore, this study aims to analyze the spatial-temporal distribution of domestic violence against women. This is a cross-sectional, census-type study in which all reported cases of DVAW in the city of Joao Pessoa in the years 2016 and 2017 were included in this study, which were recorded in the reports of the two Specialized Police Departments For The Women of João Pessoa, collected after the authorization of the State Secretariat of Security and Social Defense of Paraíba. The decision model was constructed based on the spatiotemporal analysis of data on domestic violence in the capital of Paraíba, where it was verified the areas of risks where the event occurs, as well as compared the results of this study with previous years, analyzed in another published work in 2017, observing an increase in violence, in addition to pointing out chronic risk areas regarding the occurrence of such violence. Thus, it was observed that the technique of space-time analysis as a model for decision support is an important tool and can be used as support for the management to assist in the process of creation and implementation of public policies aimed at society as a whole , in order to bring greater quality of life for women.

Keywords: Gender Identity; Violence Against Women; Spatial Analysis; Decision Making.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de localização do município de João Pessoa, 2019⁴³

Figura 2 – Crescimento da área urbana de João Pessoa⁴⁴

Figura 3 – Subdivisão do município de João Pessoa por zonas⁴⁵

Figura 4 – Quantitativo mensal de casos de VDCM registrados em 2016 e 2017⁵⁰

Figura 5 – Casos de VDCM com agressor alcoolizado e/ou sob efeito de entorpecentes em 2016⁵²

Figura 6 – Casos de VDCM com agressor alcoolizado e/ou sob efeito de entorpecentes em 2017⁵³

Figura 7 – Incidência de VDCM em 2016⁵⁷

Figura 8 – Incidência de VDCM em 2017⁵⁸

Figura 9 – Risco relativo de VDCM em 2016⁵⁹

Figura 10 – Risco relativo de VDCM em 2017⁶⁰

Figura 11 – Mapa de varredura SCAN dos casos de VDCM registrados em 2016 em João Pessoa⁶¹

Figura 12 – Mapa de varredura SCAN dos casos de VDCM registrados em 2017 em João Pessoa⁶²

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantidade de agressores que fizeram uso de álcool e/ou entorpecentes em 2016	
53	
Tabela 2 – Quantidade de agressores que fizeram uso de álcool e/ou entorpecentes em 2017.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo⁴⁷

Quadro 2 – Distribuição dos casos de violência doméstica denunciados no município de João Pessoa por bairro⁵⁴

LISTA DE SIGLAS

DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
MPPB	Ministério Público da Paraíba
RAF	Relatório de Atividade Funcional
OEAS	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PB	Paraíba
SESDS	Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIG	Sistema de Informações Geográficas
SPM	Secretaria de Política das Mulheres
TCUD	Termo de Compromisso da Utilização dos Dados
VCM	Violência Contra a Mulher
VDCM	Violência Doméstica Contra a Mulher
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

EU, MEU OBJETO DE PESQUISA E O FEMINISMO	17
1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1. Justificativa.....	23
1.2. Objetivo geral	24
1.3. Objetivos específicos.....	24
2. REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 A Política Nacional de Atenção Integral à saúde da mulher.....	26
2.2 Violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva de gênero	33
2.3 Estatísticas da violência doméstica contra a mulher	35
2.4 Geoprocessamento e análise espacial.....	37
2.5 Estatística espacial aplicada à saúde.....	38
3. MÉTODO	43
3.1. Cenário do estudo	43
3.2. Tipo de estudo.....	45
3.3. Tipo de dados e população	46
3.4. Coleta e análise dos dados	46
3.5. Modelo de decisão	47
3.6. Aspectos éticos da pesquisa.....	48
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS.....	78

EU, MEU OBJETO DE PESQUISA E O FEMINISMO

Tudo começou quando, ao me sentar com uma amiga feminista em um restaurante, conversei acerca do turbilhão de questionamentos que atormentavam minha cabeça recém-despertada para as desigualdades sociais. A partir daí, minha inquietação aumentou, até que finalmente decidi mudar o tema que abordaria em meu mestrado para tratar de violência doméstica. Mandeí uma mensagem para ela a convidando para me orientar, convite que prontamente aceitou. Sim, minha amiga maravilhosa também é minha co-orientadora.

Os processos de leitura e coleta de dados que deram vida a este estudo permitiram-me maior conhecimento e aprofundamento sobre o assunto. Esse conhecimento cresceu ainda mais quando me inseri no mundo de cada um dos casos a que tive acesso, gerando uma aproximação para com a vida dessas mulheres, que me fizeram não só compreender mais o assunto, mas também adquirir experiências marcantes, que jamais esquecerei.

O tema me permitiu entender o quanto o feminismo é fundamental para a libertação das mulheres. Eu o abracei cada vez mais, pois ele tem a capacidade de abrir nossos olhos para verdades que durante muito tempo passaram imperceptíveis, mas que agora geram vários desconfortos. Como bem esclarece a jornalista Gloria Steinem, “a verdade te libertará. Mas primeiro ela irá te enfurecer”.

É quase impossível apropriar-se de um tema e produzir um estudo sobre ele de forma neutra, a maioria dos estudiosos e estudiosas o admite; porém, a veracidade dos dados e a imparcialidade são compromissos do pesquisador para com o público, não sendo diferente para mim. Além disso, também é unânime entre as grandes estudiosas sobre a violência doméstica que não se pode falar nesse assunto e conhecê-lo sem abordar temáticas como patriarcado, machismo e feminismo.

Quanto ao tema feminismo, acredito que o tenha ignorado durante anos não apenas por ter sido criada em uma família na qual as mulheres sempre fizeram tudo o que queriam e sempre foram bem-sucedidas – apresentando-se como algo bastante natural para mim e meus familiares –, mas também pelo fato de nunca ter precisado dele – ou pelo menos era o que achava. Após passar por uma revolução interna que sofri após o falecimento de meu pai, passei a perceber melhor os detalhes que me cercavam e comecei a contestar várias situações corriqueiras antes entendidas como naturais e que, depois, começaram a me causar

bastante repulsa; passei a pensar sobre até que ponto nós, mulheres, nos submetemos a uma gama de piadas, julgamentos, assédios e violência por parte de muitos homens só por nossa condição feminina. Estamos expostas a esse tipo de situação cotidianamente. Afirmo-o levando em conta que posso me considerar uma pessoa de muita sorte, pela relativa boa condição financeira que tive e pelo meio em que cresci e estou inserida, diferentemente de tantas outras mulheres que, além do machismo, ainda sofrem outros tipos de opressão.

A verdade é que eu deveria odiar o feminismo. Junto com ele arranjei muitos desentendimentos, me afastei de várias pessoas e me senti muito solitária por abraçar uma causa que ainda poucas mulheres, infelizmente, se propõem a defender (pelo menos próximas a mim) e que, mesmo tão linda, é muito estigmatizada, principalmente pelos discursos daqueles que não têm o menor interesse em que essa onda cresça. Somam-se a isso todas as desigualdades que passei a ver o tempo inteiro, aonde quer que fosse, chegando a parecer, no início, surreal. Confesso que passei por muitos momentos de tristeza e crises existenciais, mas foi com eles que saí da minha zona de conforto.

Independentemente de todos esses incômodos, sair da bolha foi libertador! Essa sensação é realmente indescritível e um caminho sem volta, que vai se estabelecendo ainda mais com o passar dos anos, pois, quanto mais estudo o feminismo, mais compreendo que nossa luta vai muito além de igualdade salarial e respeito; precisamos lutar contra todas as desigualdades a que as mulheres estão sujeitas, sejam elas raciais ou relativas aos níveis sociais. Então nós, mulheres, devemos unir nossas forças, pois juntas somos muito mais fortes. Sororidade, meninas! Pode parecer clichê, mas é real, e eu pude sentir isso na pele, passando a me rodear de gente que também defende a mesma causa que eu – o que é importante, porque nos encoraja a seguir adiante.

Entendo que é difícil todas enxergarem muito do que vejo agora, pois somos ensinadas a vida inteira que essa é nossa realidade e que devemos aceitá-la como tal. Outro detalhe importante é o fato de que muitas mulheres não têm a sorte que eu tive, admito. Fui criada por um pai que é meu ideal de homem na Terra e uma mãe que, por mais que nunca tenha me falado sobre as teorias do feminismo, me ensinou através do exemplo, sendo o maior que eu poderia ter. Além disso, os dois me ensinaram a ser livre e a não ter medo de enfrentar desafios; talvez por isso tenha sido inevitável meu engajamento e minha luta pela libertação das mulheres: porque sempre entendi que todas merecem sentir, assim como eu, o que é de fato ser livre. E, quando digo livre, não remeto apenas ao ato de ir e vir, mas à libertação de toda uma coletividade sujeita ao patriarcado, que ainda nos prende tanto e nos subordina.

É claro que esse entendimento não acontece do dia para a noite – é algo que deve ser desconstruído e reconstruído dia após dia, afinal de contas é uma vida toda inserida em uma sociedade que está constantemente nos enquadrando em padrões que aniquilam o desenvolvimento de nosso próprio “eu”. Passamos a ser o que as pessoas querem que sejamos; regulam nosso comportamento, mesmo sem perceberem, criando inúmeras frustrações e tristezas.

Enfim, as pessoas precisam entender que o feminismo não busca superioridade, mas é uma luta por libertação! Uma mulher só é verdadeiramente livre quando todas o forem; essa luta, então, tem de ser coletiva, com mulheres unidas buscando um mundo melhor e mais justo, reivindicando não só iguais salários, profissões, direitos e deveres entre homens e mulheres, mas a emancipação feminina, que só será possível com o fim do patriarcado. Nessa pauta devem estar incluídas as mulheres como um todo: negras, pobres, brancas, ricas, todas!

Nós, feministas, não queremos nos sobrepor aos homens; queremos o fim da opressão que existe, a fim de garantir nossa liberdade para decidirmos sobre nosso corpo, nosso futuro e nossa vida. Não somos objetos sexuais de ninguém! Como elucidada bem a escritora Katherine Mansfield, “eu quero ser tudo que sou capaz de me tornar”. Afinal, o que há de tão errado nisso?

Algumas pessoas ainda se sentem ameaçadas por mulheres fortes. Esse problema é deles, não meu.

Gloria Allred

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno da violência é complexo, histórico e social, e envolve todos os seres humanos, pois todos já viram ou vivenciaram, de certa forma, alguns de seus diversos aspectos. Ela é definida pela Organização Mundial da Saúde (2002) como a aplicação intencional de força física e/ou poder sob ameaça contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que possa acarretar lesão, dano psíquico, alterações de desenvolvimento, privações ou morte.

Segundo Minayo (2009), nenhuma sociedade está totalmente livre da violência. Algumas a sofrem mais, outras menos; o que diferencia é a cultura do povo, que aparece como fator determinante na maneira pela qual se elucidarão os conflitos existentes. Dessa forma, cada época em particular vivenciou aspectos diferentes desse fenômeno, pois o mundo passou por inúmeras transformações – a exemplo da escravidão, período em que era permitido o uso de castigos como forma de correção, não mais permitidos nos dias atuais. Entretanto, como fruto dessa e de tantas outras desigualdades sociais, os vários tipos de violência ainda permanecem fortemente no cotidiano das pessoas, gerados pelo ódio e, muitas vezes, por sentimentos de dominação. Hoje, graças aos avanços vivenciados pela sociedade, é possível elaborar pesquisas que traduzam, em forma de números, os altos índices dessa problemática. Dentre as várias tipologias existentes, uma em específico ainda perdura fortemente, além de estar atraindo a atenção do mundo inteiro – trata-se da violência contra a mulher.

Fruto do machismo, a violência contra a mulher (VCM), segundo Lucena et al. (2016), foi construída historicamente, produzida pela hierarquia do domínio social masculino sobre o feminino, e cultivada culturalmente e naturalizada pela sociedade, na qual a mulher está exposta a vários tipos de agressões, sejam no espaço público ou no privado.

Numerosas definições foram dadas à questão da violência contra a mulher. Entre as mais conhecidas está a concebida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como a Convenção de Belém do Pará, reconhecida pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 1994, e validada no Brasil somente no ano de 1995. No artigo 1º, definiu-se a violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Esse documento afirma também que, dentro do contexto da violência contra a mulher, estão incluídas a violência física, sexual ou psicológica ocorridas dentro do contexto familiar ou

social (COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS, 1994).

Diante do exposto, observa-se o relatório *Estimativas mundiais e regionais da violência contra mulheres: prevalência e efeitos na saúde da violência doméstica e sexual*, publicado pela OMS em 2014, o qual afirma que 35% de todas as mulheres do mundo já vivenciaram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas – ou seja, uma a cada três mulheres no planeta já sofreram algum tipo de violência durante sua existência. Outro fator importante é que, de todas que possuem relacionamentos, 30% sofrerão com essa violência, perpetradas pelos parceiros íntimos, chegando até 38% em algumas regiões.

No Brasil, segundo o Mapa da Violência de 2015, uma mulher morre a cada uma hora e cinquenta minutos vítima de feminicídio no país para o ano de 2013. Desse total, 50,3% foram praticados pelo parceiro íntimo da vítima. Já no Atlas da Violência de 2018, observa-se uma pequena redução dessas taxas em 2016, atingindo 4,5 a cada 100 mil brasileiras, entretanto esse valor subiu 1,6 % em comparação ao ano de 2015, que havia registrado 4,4 assassinato por 100 mil mulheres. No estado da Paraíba a situação está mais preocupante, pois as taxas atingem 5,2 homicídios femininos a cada 100 mil mulheres, dados registrados no ano de 2016. Trata-se de um aumento de cerca de 57,7% em relação a 2006, ocupando o 12º lugar no ranking nacional.

Dentro dessa perspectiva, de acordo com informações fornecidas pela Corregedoria do Ministério Público da Paraíba (MPPB) através dos dados divulgados em março de 2017 em seu Relatório de Atividades Funcionais (RAF), no ano de 2015 o número de denúncias relacionadas a violência doméstica registradas na Paraíba foi de 2.744, elevando-se para 3.469 em 2016, havendo um acréscimo de 26% de um ano para o outro (BRASIL, 2017).

Portanto, em João Pessoa a prevalência da violência doméstica também é elevada. Lucena et al. (2017), em estudo realizado na capital, afirmam que a prevalência global dessa violência atinge 54,4% das mulheres, o que é demonstrado também por Carvalho e Oliveira (2016) em estudo realizado em algumas cidades do Nordeste – dentre elas, João Pessoa. Comprova-se que, ao longo de suas vidas, 32,59% das mulheres da cidade sofreram violência emocional, ficando a cidade com o segundo lugar dentre as capitais com maior índice. Além disso, João Pessoa apresenta 17,87% nas taxas de violência física e 8,80% nas taxas de violência sexual, ficando, nestas últimas, em primeiro lugar. Todas as agressões foram cometidas pelo parceiro ou ex-parceiro da vítima.

Devido à magnitude do problema, é indispensável que informações relativas a essa violência sejam disponibilizadas, a fim de aumentar a visibilidade e atrair a atenção tanto

dos gestores quanto da sociedade civil organizada. Para isso, técnicas estatísticas como a análise espacial são de suma importância para a observação espacial do fenômeno. Dentre suas mais diversas funções, essas técnicas são capazes de informar a distribuição da violência, além de mapear possíveis áreas de risco e auxiliar, enfim, os gestores no processo de tomada de decisão, pois possibilitam que sejam estudadas políticas públicas adequadas a cada localidade, com suas respectivas especificidades.

1.1. Justificativa

A exigência de uma reflexão teórica e conceitual sobre o tema da violência doméstica contra a mulher implica mergulhar nas críticas que se devem fazer aos fundamentos da própria cultura do patriarcado, definido pelo *Manual para o uso não sexista da linguagem* (MPUNSL) (apud AGUADO, 2005, p. 28) como

[...] o conjunto de sistemas familiares, sociais, ideológicos e políticos que determina qual é a função ou papel subordinado que as mulheres devem interpretar, com o fim de adequar e manter uma determinada ordem social.

Percebe-se o peso das desigualdades entre os sexos desde o entendimento da própria língua, a qual, segundo o *Dicionário Aurélio* (2010), define o homem público como indivíduo que se consagra à vida pública, ou que a ela está ligado, enquanto a mulher pública é definida popularmente como “prostituta”. A tais definições juntam-se as de homem e mulher honestos: aqueles são tidos como probos, honrados, enquanto estas são concebidas como recatadas, virtuosas, do lar.

Percebe-se que as construções históricas e culturais das hierarquias existentes não foram superadas e ainda hoje são vistas fortemente na sociedade. Como reflexo de uma sociedade predominantemente machista, discutir ações cotidianas como a violência doméstica contra a mulher (VDCM) é tão atual e necessário quanto nos reportarmos à cultura predominantemente sexista e aos altos índices de violência da atualidade. Assim, estudar esse tema demonstra a importância do desenvolvimento de trabalhos que tragam a VDCM como foco, a fim de garantir que a informação possibilite a conscientização de mulheres e homens no tocante ao enfrentamento dessa problemática.

Fortalecendo o debate, cabe afirmar que, de acordo com estudo realizado por Carvalho e Oliveira (2016), no Nordeste 17% das mulheres já foram agredidas fisicamente, e João Pessoa aparece como a capital dessa região com o maior percentual de mulheres vítimas

de violência sexual.

Dentro dessa perspectiva, a utilização da estatística enquanto ferramenta metodológica mostra-se uma forte aliada no enfrentamento da problemática, possibilitando seu dimensionamento real. A utilização de técnicas estatísticas, dentre elas a análise espaço-temporal, permite a visualização do padrão espacial dos dados dessa violência, ou seja, seu comportamento dentro de um território, bem como possíveis áreas e fatores de risco associados ao fenômeno, colaborando expressivamente para a ampliação do entendimento acerca do fenômeno e, enfim, evidenciando locais prioritários para intervenções dos gestores. Outro fator relevante é a escassez de estudos que utilizem essa técnica aplicada ao tipo de violência aqui abordado, observando-se apenas o trabalho de Lucena (2011), no qual são aplicadas análises espaciais da VDCM na cidade de João Pessoa no período de 2002 a 2007.

O estudo se justifica, portanto, pela necessidade de ampliar a visão acerca da espacialidade atual da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa, bem como verificar as oscilações que ocorreram desde o trabalho realizado por Lucena (2011) até a realização deste estudo.

1.2. Objetivo geral

Analisar a distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra a mulher.

1.3. Objetivos específicos

- Descrever a distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa – PB;
- Identificar um modelo de tomada de decisão com foco na saúde da mulher;
- Verificar a variação da incidência de violência doméstica contra mulheres no município de João Pessoa entre os anos de 2016 e 2017;
- Comparar a situação de violência doméstica em João Pessoa entre 2016 e 2017 por meio de análise dos anos de 2002 até 2007.

*Eu não sou livre enquanto alguma mulher não o for,
mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes da
minha.*

Audre Lorde

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Dialogar acerca das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no Brasil é essencial para se compreender sua aplicabilidade em um país continental que, segundo Waiselfisz (2015), possui a quinta colocação entre os países mais violentos para mulheres. Nesse sentido, este capítulo traz em seu bojo os programas de atenção às mulheres implementados ao longo dos últimos 25 anos. Na década de 80, iniciou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984) e, em sequência, no terceiro milênio, o programa vigente passou a ser a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), criado em 2004 (BRASIL, 2004).

O direito universal à saúde é uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, fruto de lutas que desde os anos 70 têm envolvido movimentos populares, intelectuais, gestores e militantes dos mais diversos setores sociais. Na década de 80, o Ministério da Saúde traçou metas e ações para o atendimento primário à mulher brasileira, em consonância com a declaração da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada na capital federal, no ano de 1986, cujo tema central foi “Saúde para todos no ano 2000”. Sem dúvida, tal conferência foi palco de grandes discussões e transformações, ficando definido que o direito à saúde deve ser garantido pelo Estado, com a oferta de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surge coerente com o proposto na última conferência, isto é, alinha-se ao objetivo de transformação do sistema de saúde e de rompimento com o modelo no qual a assistência à mulher se dava em função de sua reprodução biológica – focalizada, portanto, somente no pré-natal, no parto e no puerpério –, em prol de uma visão da mulher em sua totalidade (BRASIL, 1984).

Como diretrizes gerais, o PAISM propôs a efetiva incorporação da integralidade da atenção à mulher desde a adolescência através de uma prática educativa, assegurando o conhecimento necessário para um maior controle sobre sua saúde. Dessa forma, os serviços passariam a promover, proteger e recuperar a saúde, oferecendo uma assistência integral clínico-ginecológica e educativa voltada para a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ao abortamento, à concepção e à anticoncepção; para a prevenção do câncer de colo uterino e a detecção do câncer de mama, fornecendo também assistência às doenças ginecológicas

prevalentes e ao climatério; para a prevenção e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS); e para a assistência à mulher vítima de violência (BRASIL, 1984).

Dois anos após a implementação do programa, em 1986, houve a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. Nela, postulou-se a ideia de que saúde é sinônimo de qualidade de vida, e esta resulta de um complexo processo condicionado a diversos fatores e determinantes sociais, dentre eles a alimentação, a justiça social, o ecossistema, a renda e a educação. Reforçou-se, assim, a implementação efetiva do programa em todo o território nacional (BRASIL, 2004).

Em suma, durante os mais de 20 anos após a divulgação da Carta de Ottawa, muitas outras conferências foram realizadas e documentos elaborados visando à promoção da saúde; infelizmente, nenhum deles foi suficiente para impactar de maneira efetiva e reverter o perfil epidemiológico, sendo suficientes apenas para que o conceito de “saúde para todos” não desaparecesse. A realidade epidemiológica se apresenta com a existência de grande disparidade entre os conceitos e sua real efetivação na promoção da saúde. Mesmo assim, não se deve deixar de lado o entendimento da saúde como um bem coletivo (SOUZA; GRUNDY, 2004).

Sabe-se que os fundamentos básicos em relação à cidadania do indivíduo e seus direitos à saúde, incluindo-se a qualidade na assistência, estão contidos no artigo 196 da Constituição Federal (1988), no qual se determina especificamente que

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Dessa maneira, apresenta-se a possibilidade de que a integralidade deixe de ser apenas uma ideia e passe a ser garantida como lei, visto que o Estado possui obrigações perante a sociedade e somente esta pode cobrá-lo por isso.

O acesso da mulher, em todos os ciclos de sua vida, às informações e aos serviços integrados de atendimento à saúde, adequados e com custos acessíveis, foi um dos objetivos estratégicos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, também chamada Plataforma de Ação Mundial, realizada em Beijing em 1995. Com elas, discutiu-se o programa 12 anos após sua implementação e afirmou-se que os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos,

recomendando-se aos Estados atenção de qualidade a todas as pessoas, para que elas possam exercer seus direitos (BRASIL, 2004).

Um dos grandes problemas de saúde pública relacionados à mulher são as mortes maternas. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a mortalidade materna é inaceitavelmente alta: cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo. Quase todas essas mortes ocorrem em ambientes com poucos recursos, e a maioria delas poderia ter sido evitada.

Em 1994, o Ministério da Saúde adotou como estratégia fundamental para a prevenção do óbito materno a criação e o fortalecimento de Comitês de Morte Materna nos âmbitos nacional, regional, estadual e hospitalar, os quais deveriam congregiar instituições governamentais e da sociedade civil com o objetivo maior de propor medidas que prevenissem a ocorrência de novas mortes. Seus objetivos eram: (1) manter atualizado o amplo diagnóstico da situação de mortalidade materna no Brasil; (2) oferecer subsídios para aperfeiçoamento da Política Nacional de Saúde da Mulher; e (3) propor diretrizes e instrumentos legais que concretizassem estratégias de redução da mortalidade materna (BRASIL, 2004). Vale destacar que, no Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde, aprovado na Comissão Intergestores Tripartite de 18 de março de 2004, foram determinadas como ações estratégicas o direito ao acompanhante no pré, trans e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, e a atenção humanizada ao abortamento e à saúde das mulheres negras e indígenas.

É importante acrescentar um grande avanço relacionado ao direito reprodutivo: a regulamentação da Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que estabelece o planejamento familiar como direito garantido pela Constituição Federal e define que só é permitida a esterilização voluntária em mulheres e homens com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade, com pelo menos dois filhos vivos, após 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, após aconselhamento e conhecimento de todos os métodos, risco de vida à mulher ou ao futuro conceito (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar, também, que universalmente os índices de morte materna são um indicador importante da capacidade do sistema de responder às necessidades das mulheres, conforme discutido na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2004). Essas informações são essenciais para dimensionar o problema e tentar corrigi-lo; entretanto, ao se analisar sua influência sobre as reduções da mortalidade materna, percebe-se que, na prática, seu efeito não condiz com o esperado (ALENCAR JUNIOR, 2006).

Considerando-se a grande diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 estados e do Distrito Federal, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 1984, o Plano de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse plano teve como objetivo incorporar, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores, com base nos dados epidemiológicos e nas reivindicações dos vários segmentos da população, incluindo-se as mulheres indígenas, presidiárias, vítimas de violência, negras e trabalhadoras rurais (BRASIL, 1984).

Dessa forma, o PAISM revolucionou um antigo entendimento sobre o corpo da mulher, visto até então como objeto passível de qualquer intervenção mediante a vontade de outrem, passando assim a ser considerado de sua própria vontade, capaz de transformar sua realidade, enquanto cidadã com direitos e deveres. Assim, de acordo com os ideais feministas, passa a ser defendido o lema “nosso corpo nos pertence” (XAVIER; ÁVILA; CORREA, 1989).

É necessário salientar que tal programa foi reconhecido pelo movimento social organizado como um avanço, sobretudo porque representava uma conquista de suas lutas pela superação da concepção da saúde da mulher como restrita ao programa materno-infantil. O PAISM incluía, nos serviços públicos de saúde, os métodos contraceptivos, “além do reconhecimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde” em todas as fases de seu desenvolvimento (GIFFIN, 2005).

Apesar do avanço conceitual e de sua implementação, o PAISM ainda traz consigo antigas preocupações de autoridades sanitárias: fazer com que o sistema de saúde brasileiro ofereça efetivamente à mulher, desde sua adolescência até a terceira idade, um programa já implementado há décadas. O direito à saúde, pressuposto básico de cidadania, tem sido oferecido de modo parcial a grande parte da população. Continua a haver velhos problemas e novos desafios; a desigualdade social é certamente uma das mazelas que a saúde pública tem de enfrentar – trata-se, certamente, de um problema perverso e de grande contrassenso em um país de vasta extensão territorial, com grandes riquezas, mas que permanece um dos países mais socialmente desiguais do mundo.

No que se refere às mulheres e sua saúde, o quadro das desigualdades agrava-se ainda mais se compararmos o norte e o sul do país, a região urbana e a rural, os ricos e os pobres e as diferenças raciais/étnicas e culturais, além da desigualdade de gênero, fruto do machismo e do patriarcado, tema a ser discutido no próximo capítulo do presente estudo.

Considerando-se o que ocorre com a mulher que busca cuidados para sua saúde, deve-se refletir sobre o quanto ainda é necessário caminhar para o cumprimento dos

programas de saúde projetados pelo governo federal. A assistência à mulher nos processos fisiológicos próprios da condição feminina continua voltada aos atos médicos e acaba por submetê-la a uma assistência medicalizada, intervencionista e biologista.

Portanto, a situação atual exige muito mais mobilização nacional, regional e local no sentido de se implantarem projetos que permitam a condução da política de saúde com seriedade, presteza e competência para todas as mulheres brasileiras, a fim de que, independentemente de sua classe social, elas tenham garantido o atendimento básico de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes, elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com diversos setores da sociedade – especialmente com o movimento feminista –, reflete o compromisso para com a implantação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Incorpora um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2006).

No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e pela sobrecarga oriunda do trabalho doméstico: embora as mulheres vivam mais do que os homens, são as que adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte, portanto, está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Acrescente-se a essa reflexão o fato de as mulheres constituírem a maioria da população brasileira e serem as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas conformam um segmento social fundamental para as políticas de saúde, não apenas por sua importância numérica, mas especialmente porque, nesse campo, as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam um forte impacto nas condições de saúde destas, sendo as questões de gênero um dos determinantes de saúde a serem considerados na formulação de políticas públicas. Outras variáveis, como raça/etnia e situação de pobreza, aprofundam ainda mais tais desigualdades, e devem ser consideradas na formulação, implementação e avaliação de estratégias de intervenção governamental na área.

O padrão de morbimortalidade encontrado entre as mulheres brasileiras revela uma realidade de convivência com doenças típicas dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) e com aquelas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Guedes (2007) observou que no estado da Paraíba, de um total de óbitos por causas externas entre as mulheres em idade fértil (10-49 anos) no período de 1999 a 2002, os suicídios, homicídios e lesões intencionais e indeterminadas responderam respectivamente pelos seguintes percentuais de morte: 3,6%, 4,8%, 4,9% e 5,2%.

Uma importante estratégia de atenção integral à saúde da mulher foi a inclusão dos casos de violência doméstica, sexual e de outras formas de violência na lista nacional de notificação compulsória em todo o território nacional. Embora não trate especificamente da violência contra as mulheres, o texto automaticamente remete a casos de estupro e agressão física, dos quais elas são as maiores vítimas. A Lei 10.778, de 2003, no entanto, já estabelecia a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados.

O município de João Pessoa, no período de 2005 a 2010, implantou em todos os seus serviços a vigilância e o monitoramento das violências através da notificação compulsória desses agravos à saúde. Em um trabalho construído de forma intersetorial e interinstitucional, e em parceria com o Conselho Tutelar, o Ministério Público e a Delegacia da Mulher, a Secretaria Municipal de Saúde implantou no Instituto Cândida Vargas a referência para atendimento imediato às mulheres vítimas de violência sexual, com a oferta da quimioprofilaxia para o HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, além do acompanhamento assistido por equipe multiprofissional para que a integridade física e psicológica da vítima fosse restabelecida.

O fruto da implantação dos serviços supracitados está refletido no número de notificações de VDCM, estupros e outras violências em mulheres registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados armazenados nesse sistema referentes ao período de 2017 e 2018, para o município de João Pessoa, totalizam 1.571 casos, sendo 774 no ano de 2017 e 797 no ano de 2018. Futuramente, os números referentes ao ano de 2018 podem sofrer alterações, por ainda serem considerados parciais pelo Ministério da Saúde e, portanto, sujeitos a revisão.

No universo supramencionado, 959 mulheres sofreram agressões físicas, 503, agressões psicológicas e 288, agressões sexuais. O perfil dessas agressões, tendo como base o agressor, mostra que 14,9 % foram provocadas pelos cônjuges, 5,9%, por ex-cônjuges, 4,2%, pelos namorados, 1,7%, por ex-namorados, 9,4%, por amigos e 17,1%, por desconhecidos.

Chama a atenção o grande número de notificações com informações ignoradas ou em branco, atingindo em torno de 10% da totalidade.

Em suma, no contexto da sociedade brasileira a trajetória das políticas públicas de atenção à saúde da mulher adotou, a princípio, um enfoque anatomopatológico e de regulação da natureza feminina, e aos poucos veio sofrendo modificações conceituais e práticas, sobretudo depois da incorporação da abordagem de gênero, que o movimento feminista inaugurou.

Em âmbito mundial, até a década de 1960 as políticas de saúde tinham como foco o controle das doenças, sem considerar os fatores econômicos e sociais na determinação do processo saúde-doença. Depois do movimento canadense de 1974 pela saúde e da Declaração de Alma-Ata, em 1978 – propondo “Saúde para todos no ano 2000” –, a estratégia de Atenção Primária em Saúde conseguiu alcançar destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa. Nesse contexto, o debate sobre a necessidade de se superar a orientação clássica das políticas públicas de saúde se generalizou. O novo discurso passou a defender a intersetorialidade, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas públicas, enfatizando-se, entre outros temas, a emancipação cidadã, a equidade e a reordenação do sistema de serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Naquele período, o Brasil experimentava um intenso movimento contra o regime político de exceção, no bojo do qual se inseria o movimento pela reforma sanitária, que resultou no SUS. Segundo Giffin (2005), o movimento feminista denunciava, naquele contexto, o fato de que a atenção à saúde da mulher, na história das políticas de saúde no Brasil e no mundo, reduzia-se aos parâmetros da atenção materno-infantil. Por essa razão, o movimento das mulheres reivindicava uma política de atenção à saúde da mulher de melhor qualidade na proposta do novo sistema de saúde.

Verifica-se, assim, que a política de saúde da mulher ainda não versa efetivamente sobre o enfrentamento da violência na perspectiva de gênero e sobre medidas para combatê-la no âmbito da construção de políticas públicas na atual conjuntura. Coloca-se também outra grande questão: se no atual governo, empossado em 1º de janeiro de 2019, com a nova gestão do Ministério da Saúde, as práticas do PNAISM serão mantidas. Todos devem estar alertas, principalmente os movimentos sociais, as gestões estaduais e municipais, para que não ocorram mais retrocessos em sua implementação.

2.2 Violência doméstica contra a mulher sob a perspectiva de gênero

Conceituar a violência é algo desafiador, considerando-se a questão de tal fenômeno apresentar várias definições, algumas delas concordantes entre si, outras não. Daremos destaque a algumas delas, formuladas pela produção acadêmica sobre o tema.

Chauí (1980) traz um enfoque outro para o debate, criticando o entendimento meramente jurídico sobre a violência, tida como transgressão de regras e de leis. A autora passa a enfatizar a compreensão da violência como um processo no qual o sujeito é coisificado:

[...] visamos a retirá-la do texto que a define como transgressão de regras e de leis para pensar nestas regras e nestas leis como portadoras de violência. Em outras palavras, a violência se encontra originariamente ao lado da sujeição e da dominação, da obediência e da sua interiorização, e não do lado da violação dos costumes e leis. (CHAUI, p. 1, 1980)

Dentro da perspectiva da violência e da dominação existentes nas relações entre homens e mulheres, Silva (2012) afirma que a violência, em toda a história da humanidade, concretiza-se por meio de subjugações, de explorações do homem pelo homem, capazes de modificar as relações de gênero, sociais e afetivas através da utilização do poder e da submissão. Esse poder, segundo a mesma autora, seria entendido como uma correlação de forças direcionadas ao controle, à dominação exercida entre um dominador e um dominado, enraizada nas relações sociais, culturais, políticas, econômicas e sexuais.

Nessa mesma concepção, o pensamento de Foucault traz elementos importantes para o entendimento sobre o poder e a dominação, como se pode observar a seguir:

[...] que o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de numerosos pontos e em meio a relações desiguais e móveis; que as relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito a outros tipos de relações (processos econômicos, relações de conhecimentos, relações sexuais), mas lhes são imanentes; são os efeitos imediato das partilhas, desigualdades e desequilíbrios que se produzem nas mesmas e, reciprocamente, são as condições internas destas diferenciações. (FOUCAULT, 1999, p. 89)

Assim, dentro das desigualdades existentes nas relações de poder, é de fundamental importância a compreensão de como tais desigualdades fazem parte do campo social e como são construídas. Entendida intrinsecamente nessas relações está a dominação masculina, cuja definição podemos resgatar no conceito de dominação simbólica de Bordieu:

A força da ordem masculina pode ser aferida pelo fato de que ela não precisa de justificação: a visão androcêntrica se impõe como neutra e não tem necessidade de se enunciar, visando sua legitimação. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica, tendendo a ratificar a dominação masculina na qual se funda: é a divisão social do trabalho, distribuição muito restrita das atividades atribuídas a cada um dos dois sexos, de seu lugar, seu momento, seus instrumentos... (BOURDIEU, 1998, p. 15)

Pode-se afirmar que a opressão existente na sociedade patriarcal recai fortemente sobre as relações de gênero, conforme o entendimento de Cunha (2014), que apresenta essas relações como uma demonstração das diferenças entre os sexos, construídas culturalmente e socialmente, a partir dos papéis sociais diferentes que criam polos de dominação e submissão. Scott (1995) acrescenta que o termo “gênero” também é utilizado para apontar relações sociais entre os sexos, relações essas que subordinam um sexo ao outro.

No cotidiano das pessoas, os papéis atribuídos aos homens e às mulheres sempre foram delimitados socialmente e historicamente construídos. Dessa maneira, resgatando a trajetória bíblica de Adão e Eva, é possível compreender melhor as influências históricas estabelecidas para delimitar as funções masculinas e femininas na sociedade:

Adão, no momento que prefere Eva e, conseqüentemente, desobedece a Deus, tem dele retirada a sensibilidade emotiva, o potencial da manifestação de afeto, este de foro interno e privado; desta maneira, esse assunto passa a ser proibido aos homens, e o macho deve manifestar sua função dominante sobre a terra, o sistema e a mulher, ou seja, cuidar de assuntos de foro público e notório. [...] Eva se ocupa do espaço interno e privado, o campo dos sentimentos, da fragilidade, da doçura, do amor; sua responsabilidade é parir e cuidar dos filhos, do lar e do bem-estar do homem dentro desse ambiente (SILVA, 2012, p. 5)

Observa-se que os papéis foram impostos e perpetuados ao longo do tempo como padrão ideal a ser seguido, criticado fortemente por Simone de Beauvoir em sua famosa frase:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro. (BEAUVOIR, 1967, p. 9)

Dessas concepções, pode-se observar que o gênero não nasce naturalmente, mas socialmente, através da construção de todos os costumes direcionados desde seu surgimento e fortificados ao longo do tempo. É nessa naturalização dos papéis atrelados a cada um dos sexos que a dominação acaba sendo ignorada, pois subentende-se que o direito do sexo masculino sobre o feminino é algo natural, agravando-se ainda mais o problema.

Assim, embora com bastantes transformações, a sociedade ainda produz

problemas frutos da assimetria existente entre homens e mulheres, como o desejo de dominação, que, conseqüentemente, gera a violência contra mulher – sendo está definida pelas Nações Unidas (1993), no artigo 1º da Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher, como qualquer ação violenta respaldada no gênero e que possa gerar lesões ou sofrimentos no âmbito físico, sexual ou mental da mulher, além das possíveis intimidações, privações do direito à liberdade e/ou coerções realizadas dentro e fora de casa.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2002) inicialmente utilizou o termo “violência intrafamiliar” para se referir à violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo; depois de algumas modificações, passou a utilizar a terminologia “violência baseada em gênero” ou “violência contra a mulher”, quando se referia à ampla gama de atos que mulheres e crianças sofrem, comumente por seus familiares, parceiros e parentes próximos. Segundo Lucena et al. (2016), o termo “violência doméstica contra a mulher” (VDCM) foi utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Assembleia Geral realizada em 1993, sendo a nomenclatura escolhida para esta pesquisa.

Tal violência é definida por Schraiber e d’Oliveira (2008) como uma situação específica de violência contra a mulher; a VDCM é perpetrada na grande maioria das vezes por parceiros íntimos ou ex-parceiros, e é cometida predominantemente dentro da própria casa. Além disso, caracteriza-se como um grande problema quando considerada a dificuldade de sua visibilidade, além de ser culturalmente interpretada como “problema de casal”, o que limita ainda mais sua resolução.

O Ministério da Saúde, em 2002, especificou as várias manifestações de VDCM existentes, sendo elas a violência física, sexual, psicológica, econômica ou financeira e institucional (BRASIL, 2002). Neste estudo, serão analisados apenas os casos de violência doméstica do tipo sexual, psicológico e físico registrados na cidade de João Pessoa – PB nos anos de 2016 e 2017.

2.3 Estatísticas da violência doméstica contra a mulher

Segundo as estimativas globais da Organização das Nações Unidas sobre a violência praticada por homens contra mulheres, 7 a cada 10 mulheres serão espancadas, abusadas, estupradas ou mutiladas em algum momento de suas vidas. No Brasil, os dados apresentados por uma pesquisa do Instituto DataSenado (2017) mostram que, em 2015, o percentual de mulheres vítimas de algum tipo de violência doméstica foi de 18%, elevando-se para 29% em 2017, das quais 67% sofreram violência física, 47%, psicológica, 36%, moral,

15%, sexual e 8%, matrimonial, levando-se em consideração que uma mesma pessoa poderia assinalar mais de uma resposta no quesito “tipo de violência sofrida”. Já os dados apresentados pelo Atlas da Violência de 2018 mostram que, no ano de 2016, houve 4.645 homicídios de mulheres no território nacional, um acréscimo de 0,5% com relação a 2015, que apresentou 4.621 mortes.

De acordo com o *Panorama da violência contra as mulheres no Brasil*, divulgado em 2018 pelo DataSenado com os dados obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registraram-se no ano de 2015, em todo o território nacional, 92.199 casos de violência física, 48.441 casos de violência psicológica/moral, 23.914 casos de violência sexual e 2.620 casos de violência financeira (patrimonial), havendo um crescimento considerável no ano de 2016, que registrou 101.218 casos de violência física, 50.955 casos de violência psicológica/moral, 27.059 registros de violência sexual e 3.055 de violência financeira (patrimonial). De um ano para o outro, houve um aumento de 9,78%, 5,19%, 13,15% e 16,6%, respectivamente.

No estado da Paraíba, segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), o número de mulheres que fizeram denúncias sobre algum tipo de agressão aumentou mais de 51% entre os anos de 2015 e 2016, elevando-se o número de denúncias de 749.024 para 1.133.345. Já o Atlas da Violência de 2018, o qual registrou os dados de homicídios de mulheres de 2006 a 2016, verificou que houve um aumento de 72,6% de um ano para o outro.

Com relação à mortalidade de mulheres por agressões no estado durante o período de 2013 a 2018, houve um total de 628 óbitos registrados. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/Tabnet da página da Secretaria de Estado da Saúde, contemplando os códigos de X85 a Y09 da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Em uma análise dessas mesmas variáveis, usando-se como base territorial o município de João Pessoa no mesmo período de tempo, aparece um total de 182 óbitos de mulheres registrados por agressões, representando cerca de 29,8% das mortes do estado.

Dentro desse contexto, segundo o Juizado da Violência Contra a Mulher da cidade de João Pessoa, só no ano de 2016 registraram-se 8.658 processos tramitados relativos a violência contra mulher – um número bastante elevado, considerando-se que a capital não possui nem um milhão de habitantes.

Percebe-se como a estatística é uma ferramenta importante para mostrar a realidade dos grandes problemas vivenciados na atualidade, como também para aqueles concernentes à VDCM, principalmente se, além de números, utilizam-se técnicas de análise espacial, permitindo assim uma melhor visualização do problema de acordo com suas

especificidades e, conseqüentemente, possibilitando a definição de áreas prioritárias para intervenção. O presente estudo comparará as oscilações nas ocorrências de casos de VDCM na cidade de João Pessoa entre os períodos de 2002 a 2007 do estudo de Lucena (2011) com os anos de 2016 e 2017, referentes a este trabalho, possibilitando a implementação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento de toda e qualquer forma de expressão dessa problemática, além de fortalecer os dados existentes referentes a tal violência.

2.4 Geoprocessamento e análise espacial

Geoprocessamento é a representação espacial de elementos que podem ser referenciados em um determinado espaço geográfico, como ruas, casas, delegacias, postos de saúde, farmácias etc. (GONÇALVES, 2018). O termo pode ser dividido em *geo* (terra – superfície – espaço) e *processamento* (informação – informática), definindo-se como a ciência que estuda o processamento de informações georreferenciadas através de equipamentos próprios para essa finalidade, permitindo a manipulação e avaliação dos dados gerados através da localização dessas informações sobre a superfície da Terra (PIROLI, 2010, p. 46). As técnicas compreendidas pelo geoprocessamento permitem o armazenamento de informações em formato digital e saída em forma de mapas, bem como a manipulação desses dados a fim de gerar novas informações (SILVA, 2017).

As técnicas de geoprocessamento estão cada vez mais acessíveis e amplamente utilizadas na área da saúde, devido ao uso dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG), constituindo-se uma estrutura cujo processamento eletrônico permite a captura, o armazenamento, a manipulação e a análise de dados referenciados geograficamente (SILVA, 2017 apud SANSON; RLPFEIFFER; MORRIS, 1991).

No domínio das pesquisas epidemiológicas, a utilização de técnicas de geoprocessamento é bastante empregada na saúde pública, pois permite analisar as relações entre os eventos concernentes à saúde e ao ambiente em que estão inseridos, possibilitando assim o planejamento, o monitoramento e a avaliação de possíveis ações, e contribuindo para a estruturação e a análise dos riscos socioambientais (DUTRA, 2017).

Nesse contexto, há estudos que avaliam os padrões de distribuição espacial das ocorrências de violências, doenças e fatores socioambientais, dentre outros, os quais compõem o objeto que hoje é chamado Epidemiologia Geográfica, aplicado amplamente como método de análise devido à disponibilidade de recursos e técnicas computacionais e ao desenvolvimento dos Sistemas de Informações Geográficas, utilizados em análise de dados

espaciais em saúde (BRASIL, 2007). Desse modo, a Análise Espacial é composta por métodos de análise exploratória e permite a visualização dos dados, em geral através de mapas, sendo possível estabelecer hipóteses sobre essas informações e, conseqüentemente, selecionar o melhor modelo inferencial para esses dados. Além disso, a análise dessa distribuição permite que sejam determinados padrões relativos à saúde da área estudada, e evidencia o aparecimento de possíveis áreas de risco para incidência de eventos mórbidos ou para mortalidade (CÂMARA et al., 2002 apud LUCENA, 2011).

Dessa forma, o desenvolvimento de técnicas de análise estatística, juntamente ao SIG, fornece uma valiosa ferramenta, pois permite a compreensão do processo saúde-doença em um determinado período, bem como a identificação de grupos populacionais em risco e dos possíveis fatores explicativos para as ocorrências desses eventos na população (GONÇALVES et al. 2011).

Os dados espaciais podem ser divididos em três tipos: dados de ponto, dados de área e dados referentes à localização de amostras. O primeiro é o tipo mais simples, caracterizado por localizações cartográficas de um determinado evento; o segundo se refere a observações associadas a áreas geográficas com limites definidos, podendo ser obtido através da contagem dos casos provenientes de algum censo demográfico, por exemplo; já o terceiro é identificado quando a localização da amostra em si é a variável de interesse – esse ponto, além de uma coordenada geográfica, possui um valor medido, sendo bastante utilizado em variáveis ambientais (BRASIL, 2007). Para este estudo será utilizado o tipo *dados de área*, sendo que cada endereço fornecido pela vítima indicará a localização de uma área específica do espaço – neste caso, os bairros, a serem agregados em unidades de análise representadas por polígonos fechados, gerando-se mapas que identifiquem padrões de variações espaciais acerca da violência estudada.

2.5 Estatística espacial aplicada à saúde

Dentro da área da saúde, a expressão “mapa de risco” pode ter várias construções: uma delas se refere ao uso de taxas de incidência de determinado evento, sendo amplamente utilizada na saúde pública para esse fim. Trata-se de um dos preceitos da estatística, o qual explica que a probabilidade de um fenômeno ocorrido no passado é semelhante ao risco desse mesmo fenômeno no futuro (BRASIL, 2006).

Para que o objetivo deste estudo seja alcançado, é imprescindível que se utilize algum indicador para demonstrar a magnitude do problema em questão, ou seja, o risco de

ocorrência de X, denotado por θ , que representa o quociente entre a ocorrência dos fatos em uma determinada área pela população incidente quanto ao evento (LUCENA, 2011). Assim, a obtenção do risco relativo é dada da seguinte maneira:

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

Acima, a representa as áreas contíguas e disjuntas denotadas por A_1, A_2, \dots, A_a . Já x_i e n_i são os números de eventos e a população de cada área, respectivamente. Dessa forma, o risco relativo de uma área A_i , denotado por θ_i , representa o quociente entre a incidência do evento observado nessa área i e a incidência observada sobre toda a região do estudo (CARVALHO; SANTOS, 2005 apud LUCENA, 2011).

Assim, o risco relativo, segundo Costa (2006) apud Lucena (2011), é a razão da taxa de incidência de um bairro pela taxa de ocorrência de toda a cidade, sendo interpretado da seguinte maneira:

- 0 a 0,5: Bairros onde o risco variou entre 0 e 0,5, bem como a ocorrência de VDCM é inferior a metade do risco global de João Pessoa;
- 0,5 a 1,0: Bairros onde o risco variou entre 0,5 e 1,0, bem como a ocorrência de VDCM é superior a metade do risco global de João Pessoa;
- 1,0 a 1,5: Bairros onde o risco variou entre 1,0 e 1,5, bem como a ocorrência de VDCM é superior ao risco global da cidade em menos de 50%;
- 1,5 a 2,0: Bairros onde o risco variou entre 1,5 a 2,0, bem como o risco relativo de VDCM é superior a mais da metade do risco global na cidade;
- Maior que 2,0: Bairros da cidade onde o risco relativo de VDCM apresentou-se maior que 2, bem como seu risco relativo é o dobro do tamanho do risco global da cidade.

Na literatura, são descritos alguns métodos para análise de áreas de risco; dentre eles, aparecem o Getis-Ord, o Índice de Varredura SCAN e Índice de Moran, entre outros, como mostram os estudos de Lucena et al. (2007), Soares (2012) e Magalhães e Medronho (2017). Após análise preliminar, adotou-se para esta pesquisa o método de varredura SCAN, pois este mostrou-se mais adequado, devido a seus resultados mais significativos,

principalmente quando comparado aos resultados encontrados nos mapas de risco.

Assim, para aplicação do mapa de varredura *SCAN* a fim de identificar aglomerações espaciais, utilizou-se o modelo probabilístico de Poisson. Nesse modelo, através do raio calculado, os valores de $p(z)$ e $q(z)$ são responsáveis pela maximização da função de verossimilhança, dependente da totalidade de eventos registrados, segundo Lucena e Moraes (2009), o que pode ser verificado pela Equação 2, a seguir:

$$KN = \max_{z \in Z} \frac{L(z, p(z), q(z))}{L_0} \quad (2)$$

Acima, p é a probabilidade de ocorrência no interior dos círculos e q , fora deles. Já Z corresponde às localidades em que possam existir conglomerados, e L_0 é calculado da seguinte maneira:

$$L_0 = \frac{C^C (M - C)^{M-C}}{M^M} \quad (3)$$

C representa os casos registrados em determinada área, e M corresponde à razão entre toda a população e toda a região estudada. Já para as áreas do círculo,

$$L(z) = \frac{\exp[-p \cdot n_z - q(M - n_z)]}{C!} p^{c_z} q^{C-c_z} \prod_i C_i \quad (4)$$

Em que \exp é o exponencial, C_z representa a quantidade de casos observados dentro do círculo z , e n_z é o elemento que representa o número de pessoas sob risco no círculo z (SOARES, 2012).

Dessa forma, segundo Moura (2006), o mapa de varredura *SCAN* funciona da seguinte maneira: primeiramente, deve-se calcular a distância entre o centroide da área em questão com relação aos outros centroides; em seguida, deve-se criar um círculo em cima do centroide que teve seu raio aumentado para abarcar um novo centroide. Assim, para o novo ponto inserido, deve-se calcular a quantidade de ocorrência c_z e sua população n_z no interior do círculo. Após essa etapa, adquire-se o valor de KN dado pela equação 2, sendo anotado o maior valor dele; por fim, calculam-se as simulações de Monte Carlo, sendo que, segundo Costa (2011), números aleatórios são originados e o p-valor é calculado de acordo com a

distribuição gerada, a fim de verificar sua significância.

De acordo com o teste SCAN, a hipótese H_0 testada corresponde ao teste de homogeneidade, em que, segundo Moura (2006), observa-se a ausência de aglomerados espaciais; caso seja rejeitada, entende-se que há riscos nos locais estudados.

São muitos que irão te julgar por sua liberdade, mas ninguém poderá te condenar.

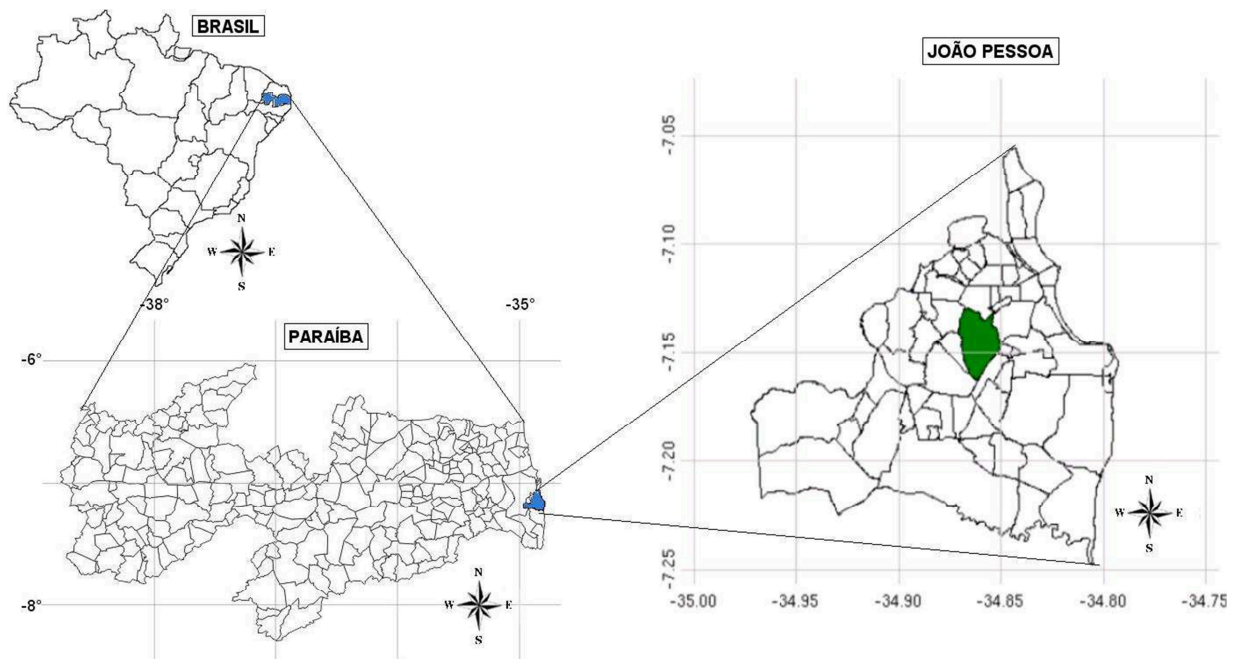
Z. Magiezi

3. MÉTODO

3.1. Cenário do estudo

O local de estudo foi a cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, com população de 723.515 habitantes, de acordo com o último censo realizado em 2010, e uma área de 210,45 km² – cerca de 0,3% da superfície do estado da Paraíba (IBGE, 2010) –, observada na figura 1 a seguir.

Figura 1 – Mapa de localização do município de João Pessoa, 2019



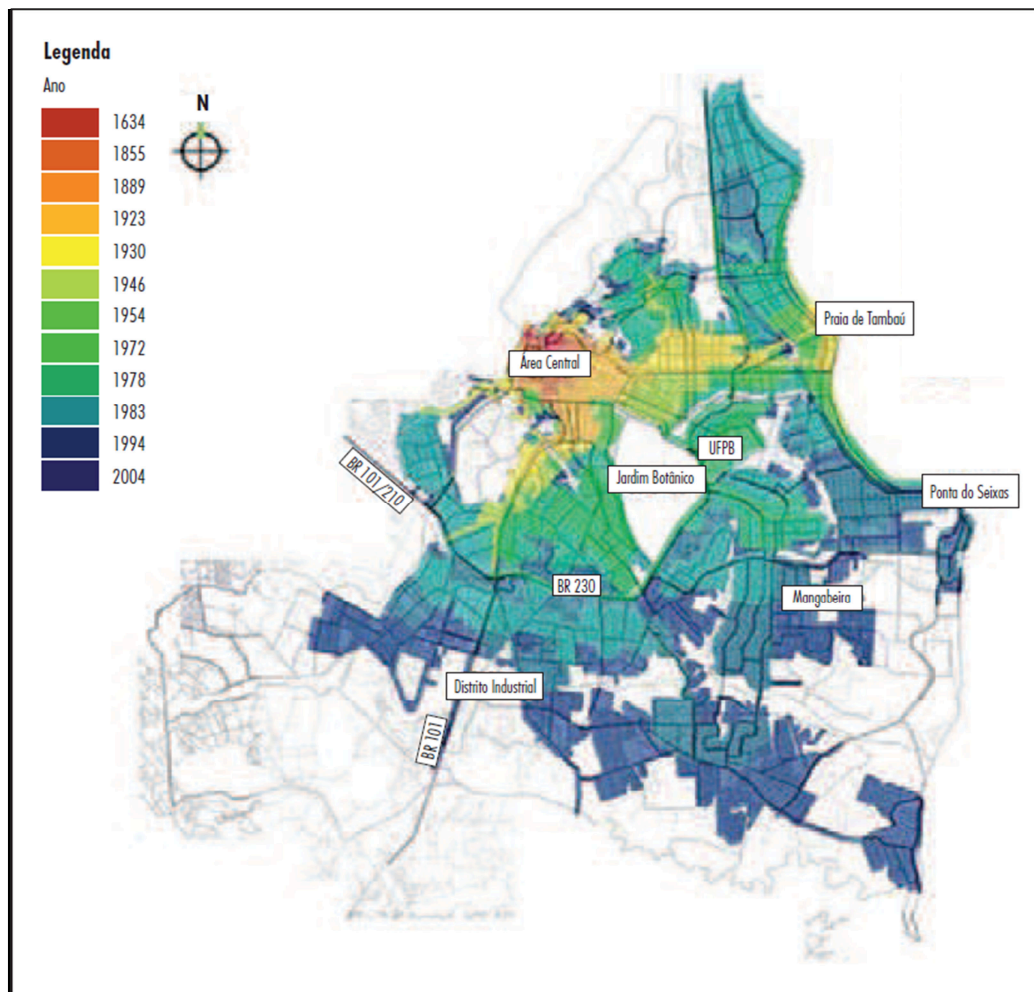
Fonte: COSTA (2011, p. 25)

Um dos municípios mais antigos do país, João Pessoa teve seu crescimento acelerado a partir do ano de 1970, e proporcionalmente maior quando relacionado ao estado da Paraíba. Isso se deveu ao êxodo rural, que influenciou o aumento da urbanização, bem como à expansão da Universidade Federal da Paraíba e à construção dos conjuntos habitacionais para suprir as demandas de moradia da época, de modo que a cidade teve seu contingente populacional aumentado em três vezes até 2009, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (SOBREIRA et al., 2011).

Ainda sobre o mesmo estudo, com relação à área urbana, houve um aumento de 38%, saindo de 1.145 hab para 3.788 hab de 1950 a 1970. Já de 1970 a 1977, a cidade elevou

2.371 hab, correspondente a 34% de sua área edificada, valor significativo em tão pouco tempo, e atingiu em 1983 um aumento populacional equivalente a 78,32% com relação a 1972 – apontado por Oliveira (2006) –, chegando a um nível de urbanização equivalente a 81,2% no ano de 2000 (CHAVES, 2014). Diante do exposto, para melhor observar o crescimento urbano da cidade nos últimos anos, pode-se visualizar, em um trabalho elaborado por Passos et al. (2012), a urbanização do município de João Pessoa desde o ano de 1634 até 2004:

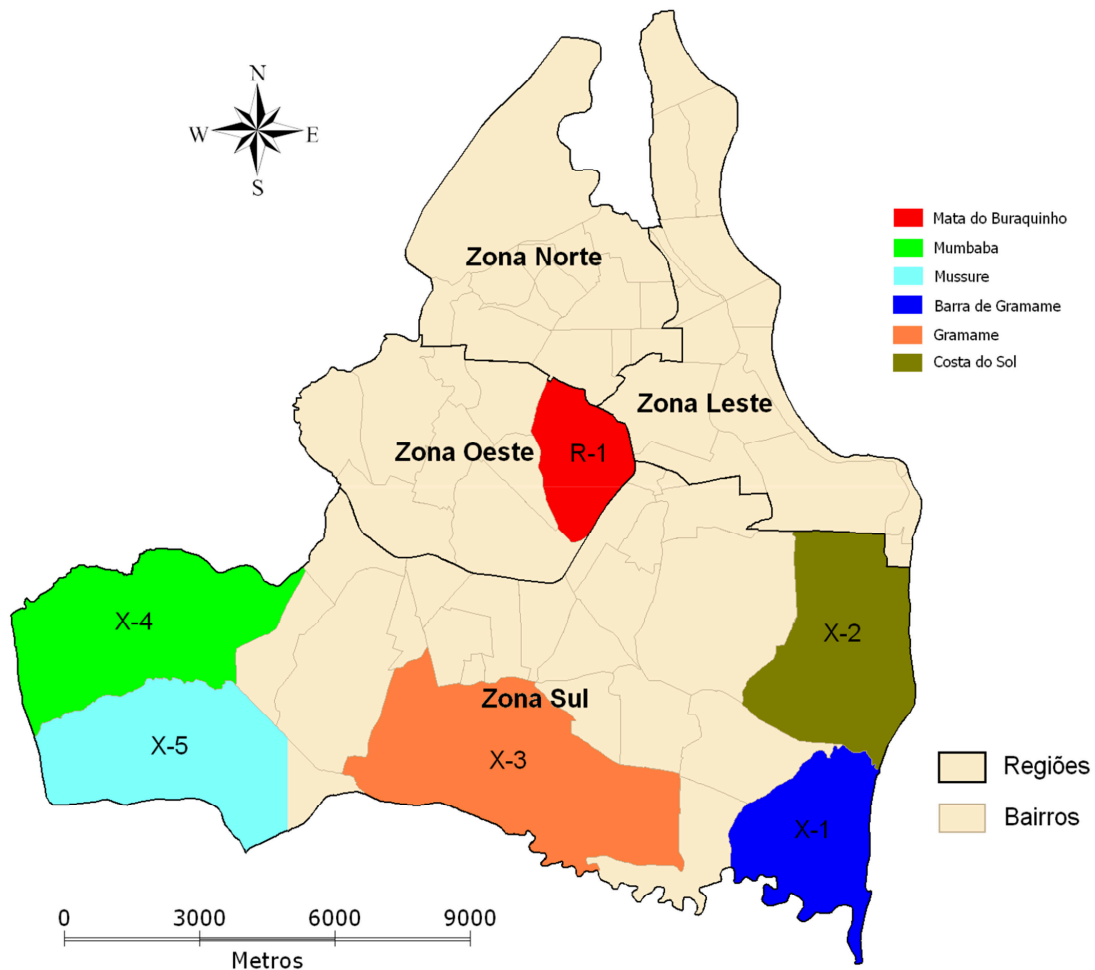
Figura 2 – Crescimento da área urbana de João Pessoa



Fonte: Passos et al. (2012, p. 55)

Percebe-se que as áreas ao sul da cidade, que apresentam coloração azul escuro, correspondem à zona de expansão do município, formando praticamente o desenho urbano atual da capital, que permaneceu crescendo para essa direção. A Figura 3 subdivide a capital por zonas, de modo a facilitar o entendimento das descrições pertinentes a esta pesquisa, que serão relatadas mais a frente, podendo ser observadas a seguir:

Figura 3 – Subdivisão do município de João Pessoa por zonas



Fonte: Sposati et al. (2010, p. 40)

3.2. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, do tipo censo, no qual estão inseridos todos os casos notificados de VDCM da cidade de João Pessoa em um enfoque quantitativo – visto que este tipo de estudo consiste em testar teorias objetivas, investigar fatos mensuráveis e a relação entre as variáveis, as quais podem ser medidas através de instrumentos e, posteriormente, analisadas por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

Nos estudos transversais, tanto a exposição quanto a ocorrência dos casos de violência doméstica contra a mulher são determinadas para o indivíduo, permitindo que sejam analisadas através de inferências de associações (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003). Outra vantagem desses estudos é a possibilidade de observação direta, por parte do pesquisador, do problema a ser investigado, permitindo uma coleta de dados mais rápida, sem que haja a

necessidade de maior tempo para que seja feito o acompanhamento dos voluntários do estudo e, assim, possibilitando que os resultados sejam obtidos de forma mais acelerada (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et al. 2018).

É importante afirmar que, no tocante a este estudo, as inferências realizadas referiram-se ao método SCAN, através do qual foram realizados testes para detectar as áreas significativas, ou seja, a existência de conglomerados espaciais.

3.3. Tipo de dados e população

A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários referentes à área total do município de João Pessoa. A população foi composta por todas as denúncias feitas por mulheres vítimas de violência doméstica residentes do município de João Pessoa – PB, nos anos 2016 e 2017, nas duas Delegacias Especializadas de Atendimento da Mulher (DEAM) do município, a partir dos processos físicos registrados nessas delegacias.

3.4. Coleta e análise dos dados

A coleta de dados ocorreu por meio da construção de um banco de dados com as informações contidas nos boletins de ocorrências registrados por mulheres vítimas de violência doméstica, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, nas duas Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher (DEAM) – a Norte e a Sul – existentes na cidade de João Pessoa, após autorização da Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social (SESDES) da Paraíba.

Os dados coletados referem-se às ocorrências, vítimas, agressores e ao processo, podendo ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição das variáveis do estudo

REFERÊNCIA	VARIÁVEL	TIPO
Ocorrência	Ano	Ordinal
	Mês	Ordinal
	Bairro	Nominal
Vítima	Iniciais	Nominal
	Idade	Contínua
	Estado civil	Nominal
	Profissão	Nominal
	Identificação do parentesco com a vítima	Nominal
	Tipo de agressão	Nominal
	Número de filhos do casal	Discreta
Agressor	Nível de escolaridade	Ordinal
	Informação sobre exercer função remunerada	Nominal
	Idade	Contínua
	Informação se estava ou não alcoolizado e/ou sob efeito de entorpecentes no momento da agressão	Nominal
Processo	Tipos de Medidas Protetivas concedidas	Nominal

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

As variáveis descreveram as informações relativas a cada um dos casos registrados, independentemente de terem sido ou não arquivados, através dos relatos feitos pelas próprias vítimas, testemunhas e agressores. Após a consolidação do banco de dados, calcularam-se as estatísticas descritivas e a incidência por bairro da ocorrência de VDCM. Também se aplicou o índice de varredura SCAN e, por meio dele, foram identificadas as áreas de risco, devido aos aglomerados espaciais presentes no período estudado. A partir daí, analisou-se a distribuição dos casos de violência na cidade de João Pessoa, possibilitando a definição de áreas prioritárias de acordo com a intensidade dos crimes conforme cada bairro.

3.5. Modelo de decisão

A tomada de decisão é motivo de análise em numerosos trabalhos científicos sob várias óticas diferentes, bem como várias aplicações. Dentre elas, os métodos estatísticos têm sido largamente utilizados para auxiliar o processo de tomada de decisão (LUCENA, 2011).

Dessa forma, o modelo de decisão foi construído a partir da análise espaço-temporal dos dados de violência doméstica na cidade de João Pessoa, permitindo a verificação das áreas de risco do evento, bem como a comparação do comportamento desse crime com os anos anteriores e a observação de um possível crescimento ou redução.

Esses resultados podem auxiliar os gestores no processo de tomada de decisão devido à sua apresentação em mapas, de forma clara e simples, que possibilitam a definição das áreas com maior prioridade para intervenções, buscando solucionar ou mitigar as ocorrências de violência doméstica no município.

3.6. Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa não envolveu seres humanos de forma direta, mas foi solicitado à Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social (SESDES) da Paraíba o Termo de Anuência, em anexo, para autorização da coleta de dados, bem como o Termo de Compromisso da Utilização dos Dados (TCUD), em anexo, firmando-se o total sigilo acerca das informações disponibilizadas sobre todas as vítimas envolvidas.

Pela maior parte da História, “anônimo” foi uma mulher.

Virginia Woolf

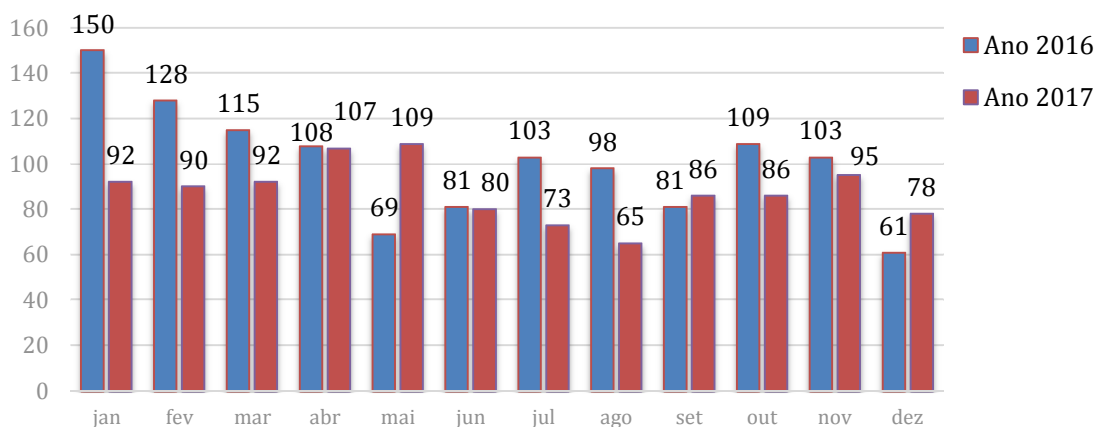
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise espaço-temporal da violência doméstica na cidade de João Pessoa, foram gerados mapas coropléticos para os anos de 2016 e 2017. A utilização dessa ferramenta permite uma melhor visualização do problema.

Nos mapas, os crimes são exibidos de acordo com seu local de ocorrência, distribuídos nos 63 bairros da cidade, podendo ser visualizada a localização de cada um no mapa em anexo. Observa-se que, para o ano de 2016, foram registrados 1.206 casos; o ano de 2017 contou com 1.053 registros, havendo uma pequena redução de 153 casos em relação ao ano anterior. Deve-se ressaltar que nesses valores não estão incluídos os casos subnotificados, devido à naturalização dessa violência, ao medo que ela gera e à fragilidade dos sistemas de informação, como enfatiza o estudo de Gregoli et al. (2018). Soma-se a isso a precariedade dos serviços prestados dentro das instituições públicas de saúde e segurança – o que faz com que as vítimas não se sintam à vontade para denunciar, como mostram os estudos de Signorelli et al. (2013), Freitas et al. (2013), Pazini et al. (2017), Jesus e Sobral (2017) e Vieira e Hasse (2017), que discorrem sobre a qualidade dos atendimentos desses serviços no Brasil.

Dessa forma, para um melhor entendimento acerca de como foi o comportamento de tais crimes ao longo desses anos na capital paraibana, a Figura 4 exibe o comparativo dos quantitativos mensais das ocorrências de violência doméstica em 2016 e 2017.

Figura 4 – Quantitativo mensal de casos de VDCM registrados em 2016 e 2017



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

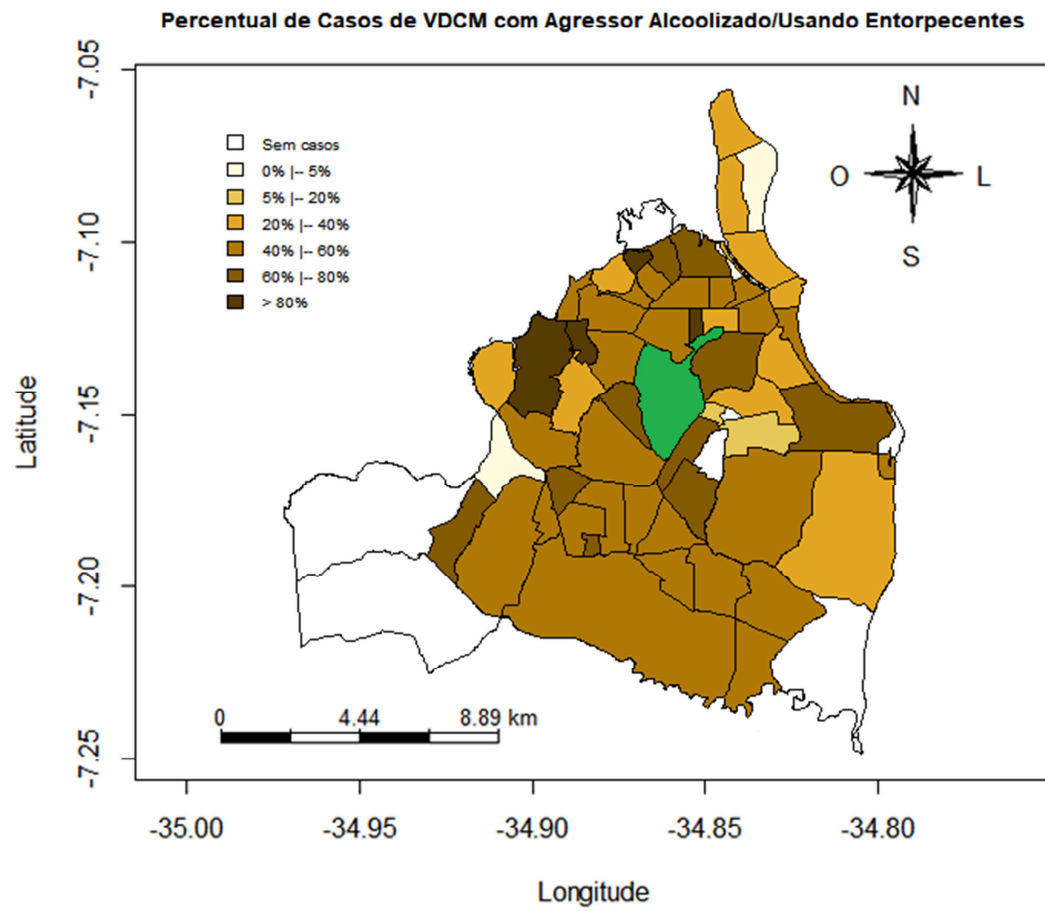
De acordo com o gráfico, no ano de 2017 os meses com maiores valores foram

abril e maio, apresentando índices mais altos em relação ao mesmo período em 2016, que, em contraste, obteve seu ápice nos meses de janeiro e fevereiro. Percebe-se que em praticamente todos os meses o número de ocorrências foi maior em 2016, exceto em maio, setembro e dezembro.

Observa-se ainda que, para o ano de 2017, não foi identificada nenhuma justificativa para o aumento dos casos nos meses de abril e maio. Quanto a 2016, os meses de janeiro e fevereiro são época de férias e do Carnaval – período no qual a ingestão de bebidas e/ou entorpecentes ocorre com maior frequência –, de modo que se eleva a taxa de violência doméstica – como mostra o estudo de Sharps et al. (2001) apud Rosa et al. (2016), no qual se observou que o consumo de álcool pelo agressor eleva em até oito vezes a chance do abuso à mulher, fato também verificado por Audi et al. (2008) em estudo sobre gestantes, que apontou o álcool como um facilitador para a ocorrência de violência contra mulheres.

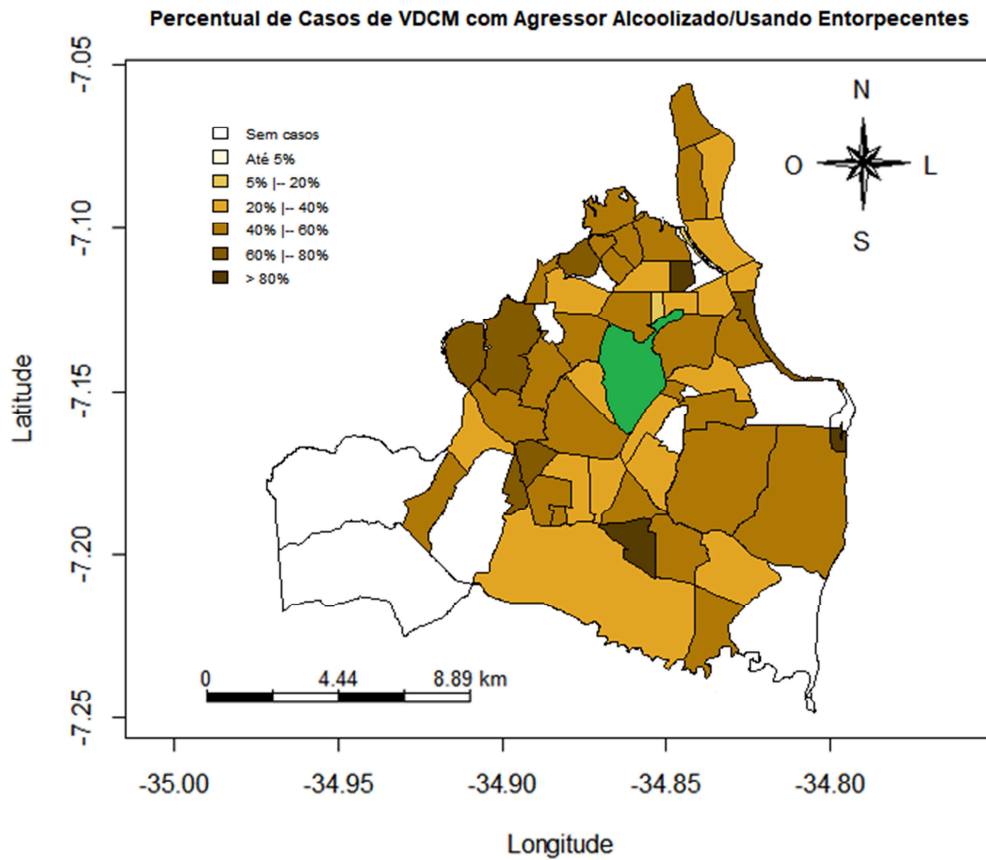
Dentro desse contexto, e reforçando a informação da influência que o excesso da utilização de álcool e/ou entorpecentes exerce sobre o índice de VDCM, também foram gerados mapas coropléticos com a distribuição dos casos na cidade nos quais o agressor fez uso de algum desses recursos antes de cometer o crime. A Figura 5 exhibe os dados para o ano de 2016 e a Figura 6, para o ano de 2017.

Figura 5 – Casos de VDCM com agressor alcoolizado e/ou sob efeito de entorpecentes em 2016



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Figura 6 – Casos de VDCM com agressor alcoolizado e/ou sob efeito de entorpecentes em 2017



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Através dos mapas, percebe-se que de um modo geral a cidade toda manteve um percentual bastante elevado de consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas, porém houve uma pequena diferença de um ano para o outro, apesar de os valores terem se mantido acima da média. Para observar essa diferença de forma mais clara, as Tabelas 1 e 2 exibem os quantitativos para os dois anos, respectivamente.

Tabela 1 – Quantidade de agressores que fizeram uso de álcool e/ou entorpecentes em 2016

Alcoolizado ou em uso de Entorpecentes		
Sim	590	48,9%
Não	477	39,6%
Não informado	139	11,5%

Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Tabela 2 – Quantidade de agressores que fizeram uso de álcool e/ou entorpecentes em 2017

Alcoolizado ou em uso de Entorpecentes		
Sim	432	41,0%
Não	485	46,1%
Não informado	136	12,9%

Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

De acordo com as tabelas e corroborando os resultados das Figuras 5 e 6, no ano de 2016 o consumo de álcool e/ou entorpecentes foi maior quando comparado ao ano de 2017, havendo uma pequena redução de 158 casos, correspondente a uma queda de 7,9%; entretanto, os níveis mantiveram-se bastante elevados de um ano para o outro. Outro ponto importante a ser considerado é que os valores referentes ao quesito “Não informado” mostraram-se bastante significativos nos dois períodos, demonstrando uma das falhas e dificuldades com que este trabalho se deparou durante o processo de coleta: a falta de padronização dos inquéritos e a falha em seu preenchimento. Informações como essas deveriam constar de forma padrão em todos os processos, o que não acontece na realidade, sendo possível esse levantamento apenas através dos relatos da própria vítima, agressor ou testemunhas, que muitas vezes não respondem de forma clara ou até evitam narrar a verdade, principalmente quando o assunto em questão refere-se à utilização de drogas ilícitas.

Apesar de os números concernentes ao uso de álcool e/ou entorpecentes terem indicado em parte o perfil dos agressores, precisa-se entender melhor como foi a distribuição dos crimes denunciados na capital. Dessa forma, para uma melhor visualização dos períodos estudados, a Tabela 3 exibe os valores para cada um dos bairros da cidade nos anos de 2016 e 2017, respectivamente.

Quadro 2 – Distribuição dos casos de violência doméstica denunciados no município de João Pessoa por bairro

2016			2017		
BAIRRO	TOTAL	%	BAIRRO	TOTAL	%
Mangabeira	135	11,2%	Mangabeira	103	9,8%
Valentina	83	6,9%	Gramame	59	5,6%
Gramame	69	5,7%	Valentina	57	5,4%
Bairro das Indústrias	55	4,6%	Cristo	54	5,1%
Cristo	51	4,2%	Cruz das Armas	43	4,1%
Mandacaru	41	3,4%	Mandacaru	40	3,8%

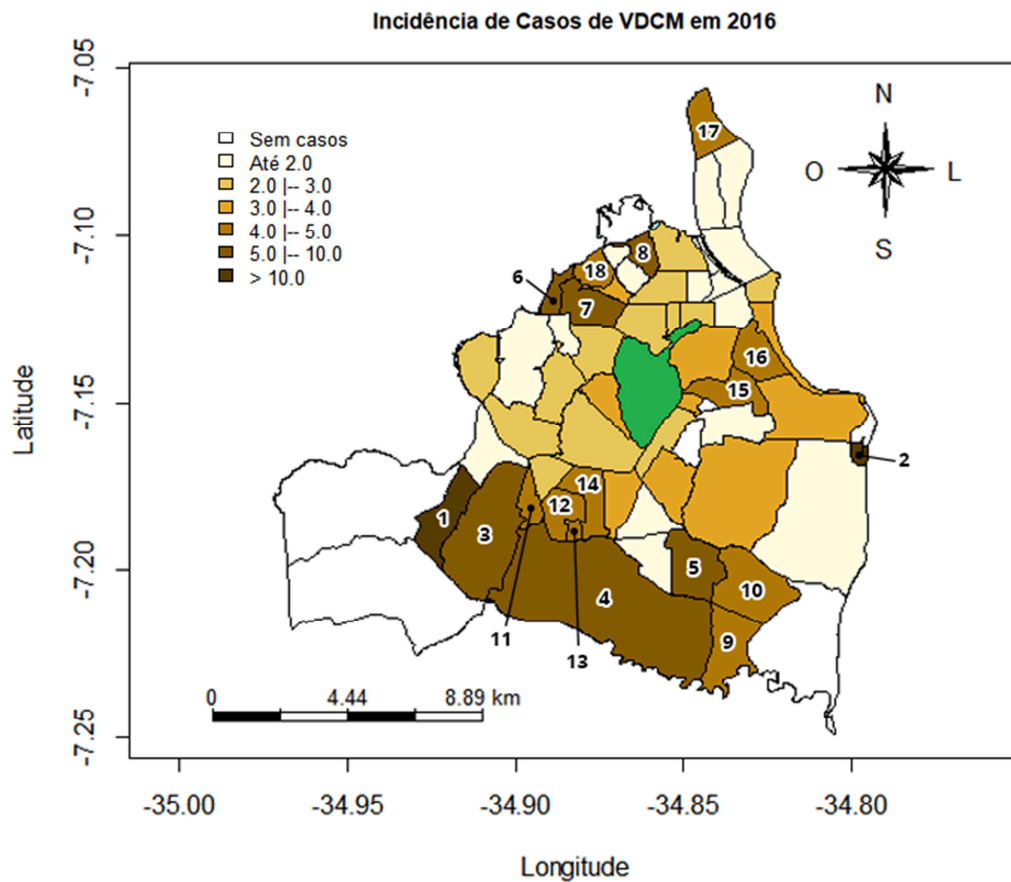
Funcionários	40	3,3%	Oitizeiro	39	3,7%
Cruz das Armas	40	3,3%	Manaíra	38	3,6%
João Paulo II	37	3,1%	Varjão	37	3,5%
Oitizeiro	32	2,7%	Bessa	32	3,0%
Varjão	31	2,6%	Bairro das Indústrias	30	2,8%
José Américo	30	2,5%	José Américo	25	2,4%
Bessa	29	2,4%	Centro	23	2,2%
Geisel	27	2,2%	Geisel	22	2,1%
Paratibe	27	2,2%	Alto do Mateus	22	2,1%
Bancários	27	2,2%	Funcionários	22	2,1%
Roger	26	2,2%	João Paulo II	22	2,1%
Manaíra	24	2,0%	Paratibe	21	2,0%
Alto do Mateus	24	2,0%	Bancários	21	2,0%
Castelo Branco	23	1,9%	Altiplano	19	1,8%
Jaguaribe	23	1,9%	Jaguaribe	18	1,7%
Jardim Veneza	21	1,7%	Jardim Veneza	18	1,7%
Torre	20	1,7%	Castelo Branco	17	1,6%
Costa E Silva	18	1,5%	Muçumagro	15	1,4%
Jardim Cidade Universitária	18	1,5%	Roger	13	1,2%
Varadouro	18	1,5%	Torre	13	1,2%
Cabo Branco	17	1,4%	Bairro dos Ipês	13	1,2%
Centro	16	1,3%	Treze de Maio	12	1,1%
Muçumagro	15	1,2%	Cuiá	11	1,0%
Grotão	13	1,1%	Cabo Branco	11	1,0%
Tambaú	12	1,0%	Tambaú	11	1,0%
Altiplano	12	1,0%	Água Fria	11	1,0%
Ernani Sátiro	11	0,9%	Aeroclube	11	1,0%
Bairro dos Ipês	10	0,8%	Ilha do Bispo	11	1,0%
Água Fria	10	0,8%	Jardim Cidade Universitária	10	0,9%
Bairro dos Estados	9	0,7%	Miramar	10	0,9%
Jardim São Paulo	9	0,7%	Ernani Sátiro	10	0,9%
Miramar	9	0,7%	Bairro Dos Estados	10	0,9%
Tambauzinho	8	0,7%	Jardim Oceania	9	0,9%
Distrito Industrial	7	0,6%	Grotão	9	0,9%
Cuiá	7	0,6%	Varadouro	9	0,9%
São José	7	0,6%	São José	8	0,8%
Treze de Maio	7	0,6%	Tambá	7	0,7%

Portal do Sol	7	0,6%	Costa e Silva	7	0,7%
Ilha do Bispo	7	0,6%	Expedicionários	7	0,7%
Aeroclube	7	0,6%	Portal do Sol	6	0,6%
Padre Zé	6	0,5%	Colibris	5	0,5%
Tambiá	5	0,4%	Tambauzinho	4	0,4%
Expedicionários	5	0,4%	Gervásio Maia	4	0,4%
Penha	4	0,3%	Barra de Gramame	3	0,3%
Planalto Boa Esperança	4	0,3%	Costa do Sol	2	0,2%
Costa do Sol	3	0,2%	Brisamar	2	0,2%
Pedro Gondim	2	0,2%	Padre Zé	2	0,2%
Brisamar	2	0,2%	Jardim São Paulo	2	0,2%
Jardim Planalto	1	0,1%	Planalto Boa Esperança	2	0,2%
Trincheiras	1	0,1%	Alto do Céu	2	0,2%
Jacarapé	1	0,1%	Pedro Gondim	2	0,2%
Jardim Oceania	1	0,1%	Cabedelo	1	0,1%
João Agripino	1	0,1%	Rangel	1	0,1%
Jardim Luna	1	0,1%	Distrito Industrial	1	0,1%
			Colinas do Sul	1	0,1%
			Trincheiras	1	0,1%
			Penha	1	0,1%
			Não Informado	1	0,1%

Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Conforme o Quadro 2, os bairros que apresentaram a maior quantidade de casos para os dois anos foram Mangabeira, Gramame e Valentina; porém, por serem muito populosos, a dimensão mais fidedigna da realidade é dada através dos valores de incidência. Serão apresentados a seguir os dados de incidência dessa violência no município de João Pessoa para o ano de 2016, na Figura 7, e para 2017, na Figura 8. A incidência é gerada através do cálculo da razão entre os casos de VDCM de um determinado bairro dividida pela quantidade de mulheres moradoras daquela localidade. Para tanto, utilizaram-se os dados produzidos no último censo, realizado em 2010 na capital pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

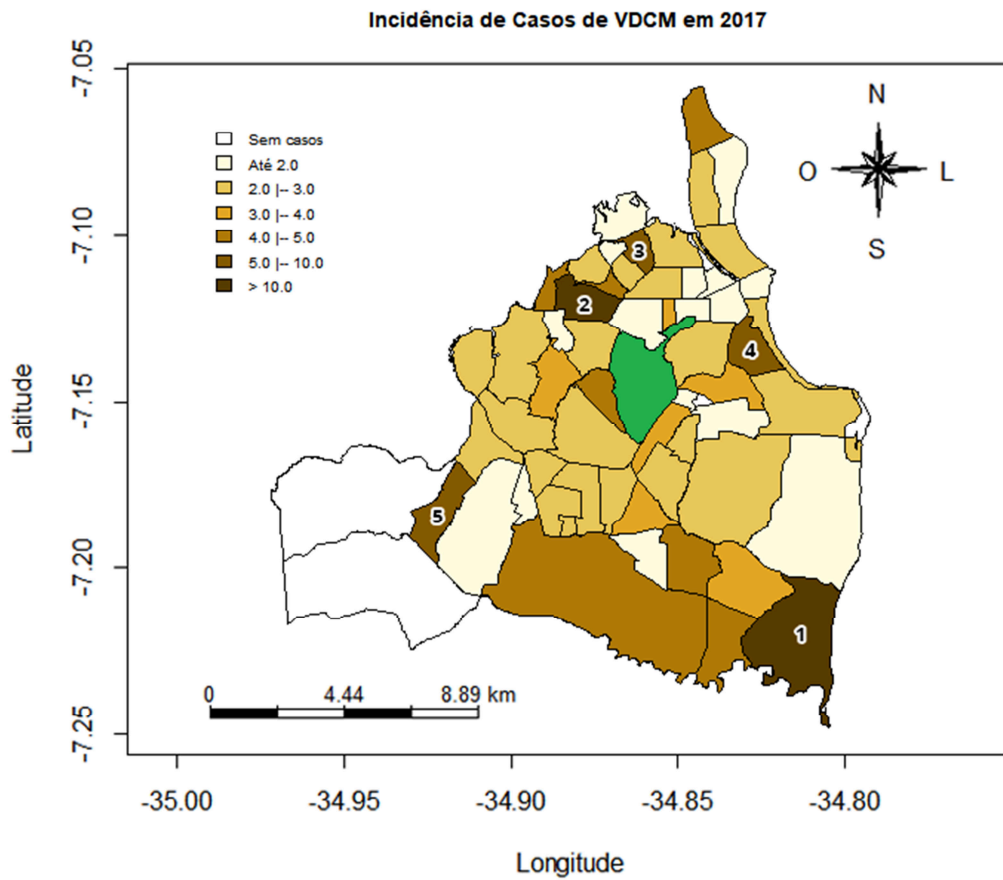
Figura 7 – Incidência de VDCM em 2016



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Conforme apresenta o mapa, para o ano de 2016 as maiores incidências desse tipo de violência (>10) localizaram-se no Bairro das Indústrias (1) e na Penha (2), um situado na zona oeste da cidade e o outro na leste, respectivamente. Na sequência, com acima de 5 e até 10 casos a cada 1.000 mulheres, aparecem o Distrito Industrial (3), Gramame (4) e Valentina (5), todos ao sul da capital. Já os bairros do Varadouro (6), Centro (7) e Mandacaru (8) são encontrados na porção norte de João Pessoa. As localidades que apresentaram entre 4 e 5 casos ao sul do município foram Muçumagro (9), Paratibe (10), Costa e Silva (11), Funcionários (12), Grotão (13) e João Paulo II (14). Para o lado leste estão Bancários (15), Altiplano (16) e Bessa (17). Na zona norte aparece apenas o Bairro do Róger (18).

Figura 8 – Incidência de VDCM em 2017



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

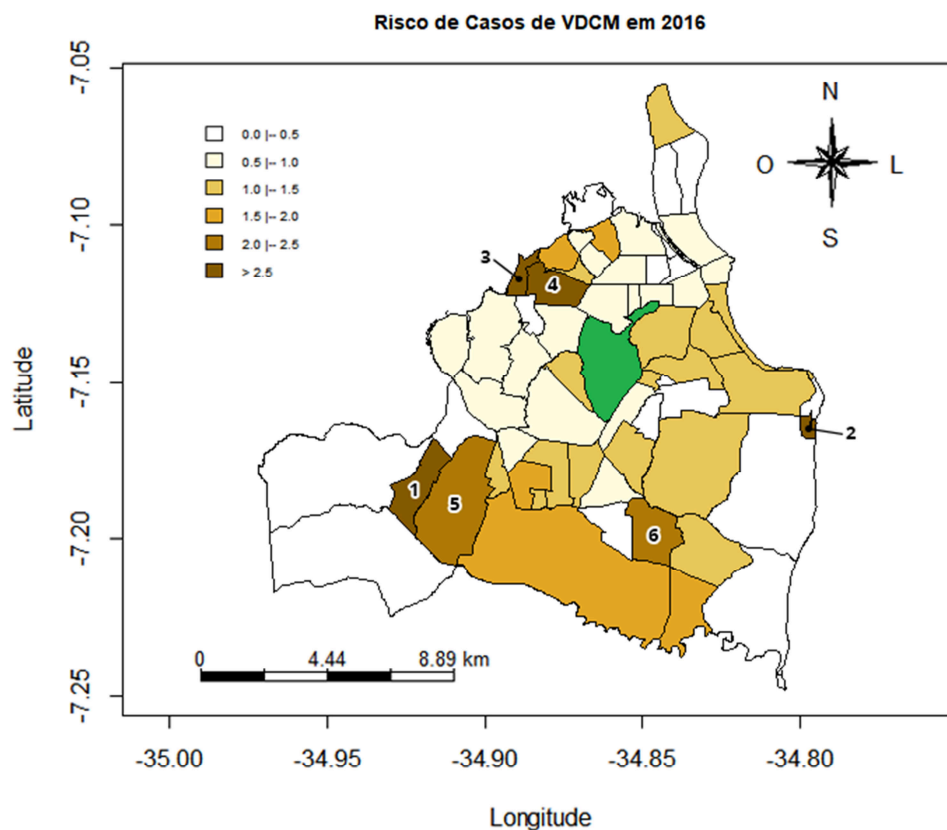
Observando-se os resultados de 2017 no cenário de violência contra a mulher, encontrou-se uma pequena diferença quando relacionados ao ano anterior, pois, dentre os bairros com maior incidência, estão Barra de Gramame (1), na parte sul da cidade, e o bairro do Centro (2), localizado na porção norte da capital, o qual manteve suas taxas elevadas nos dois anos – ambos os bairros apresentaram incidência maior do que 10 vítimas a cada 1.000 mulheres. Os bairros de Mandacaru (3), Altiplano (4) e Bairro das Indústrias (5) também tiveram taxas elevadas, de cinco a dez casos, e também na mesma proporção. Em contraste, 18 bairros obtiveram até 2 casos para cada 1.000 moradoras daquela localidade, correspondendo a 25,39% do município, enquanto que o percentual dos bairros que atingiram até 3 casos correspondeu a 39,68%, localizados predominantemente nas zonas sul e central.

Em estudo realizado anteriormente por Lucena et al. (2012), analisou-se a distribuição espacial de VDCM em João Pessoa em dois momentos – de 2002 a 2005 e de 2006 a 2007. Foi possível perceber algumas alterações com relação a essa pesquisa, bem

como semelhanças. Dentre as similaridades, aparecem dois bairros que apresentaram altas taxas de incidência em todos os períodos analisados anteriormente, como também neste trabalho: Mandacaru e Centro. No período de 2002 a 2005, os bairros Penha, Grotão, Costa e Silva, Valentina, Bessa e Bairro das Indústrias se mantiveram com elevadas taxas de incidência quando comparados a este estudo, chegando mesmo a elevar ainda mais suas ocorrências atualmente. Quanto às diferenças, e surpreendendo pelos resultados, encontram-se os bairros Barra de Gramame e Distrito Industrial, que saíram da categoria de “baixo risco”, segundo o estudo anterior, para o nível mais elevado, neste estudo, ocorrendo no ano de 2017, para o primeiro bairro, e no ano de 2016, para o segundo.

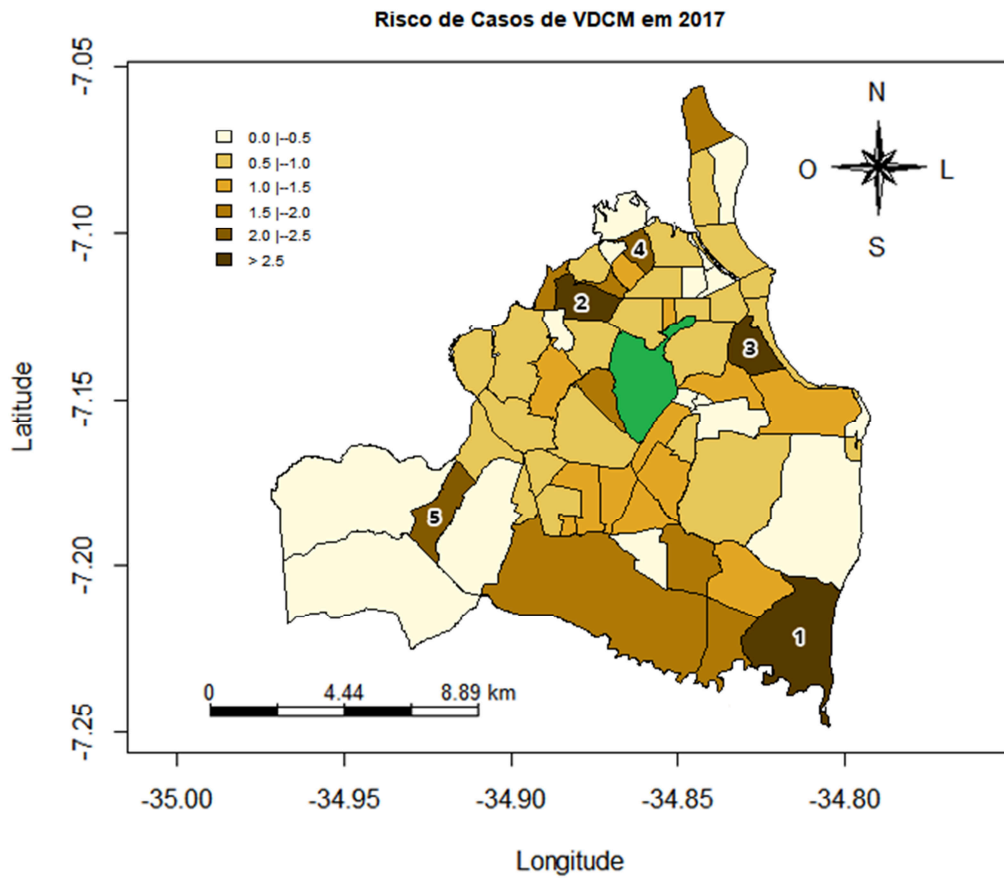
Além do mapa de incidência, também foram gerados mapas com o risco relativo em cada um dos bairros da cidade para 2016 e 2017, conforme mostram as Figuras 9 e 10. Esse valor resulta da razão entre os casos de VDCM de um determinado bairro sobre a quantidade total das ocorrências na capital.

Figura 9 – Risco relativo de VDCM em 2016



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Figura 10 – Risco relativo de VDCM em 2017



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

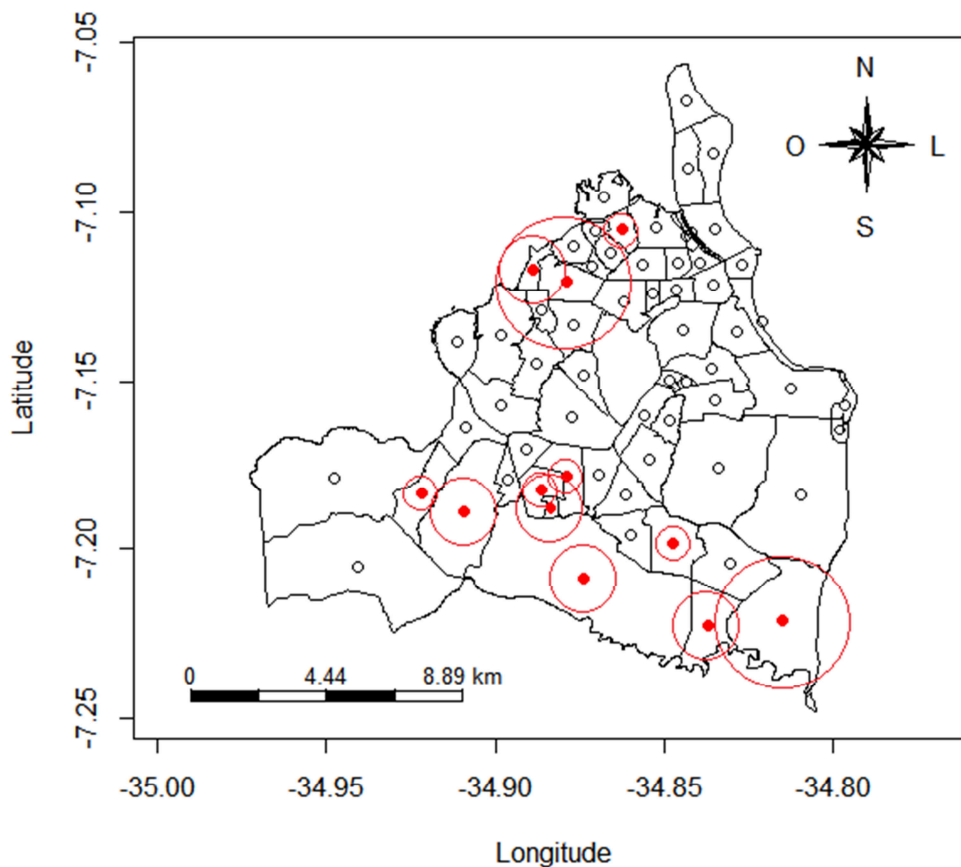
Concordando com o resultado anterior, para o ano de 2016 (Figura 9) os bairros com 2,5 mais chances de ocorrência de VDCM foram o Bairro das Indústrias (1), Penha (2), Varadouro (3) e Centro (4) – ou seja, esses lugares possuem duas vezes e meia o valor do risco global da cidade. Já com entre 2 e 2,5 vezes esse tamanho aparecem o Distrito Industrial (5) e Valentina (6), na zona sul. Para o ano de 2017 (Figura 10), os maiores riscos (>2,5) se concentraram em Barra de Gramame (1), Centro (2) e Altiplano (3), e com entre 2 e 2,5 maiores chances de ocorrência dessa violência estão Mandacaru (4) e Bairro das Indústrias (5). Todos os bairros citados acima são considerados de periferia, com exceção do Altiplano, bairro nobre da cidade que possui características peculiares. Segundo estudo de Cruz e Morais (2016), o bairro do Altiplano possui parte de seu território considerado como área nobre devido à presença de grandes edificações e de um alto poder aquisitivo – parte mais conhecida como Altiplano Nobre. Em oposição a essa realidade está o Conjunto do Altiplano, considerado de médio porte, devido à presença de casas mais modestas, e as Comunidades do

Altiplano, avaliadas como de baixo padrão por serem construções consideradas de invasão.

Um detalhe importante a ser ressaltado é o fato de que, no trabalho de Lucena et al. (2014), além da incidência também foram gerados mapas de risco para a cidade de João Pessoa. Assim, existem bairros que merecem maior atenção – alguns pelos pontos positivos, outros pelos aspectos negativos. Caracterizados pelos pontos positivos estão Jardim Oceania, Mussuré e Mumbaba, por apresentarem risco zero de ocorrência em todos os estudos feitos até agora, inclusive este. Em contrapartida, os bairros do Centro e Mandacaru aparecem com altas taxas em ambos os trabalhos e em todos os períodos analisados, chamando a atenção para a necessidade de medidas emergenciais capazes de atenuar ou acabar com essas ocorrências, que, devido a sua regularidade, já se caracterizam como triviais.

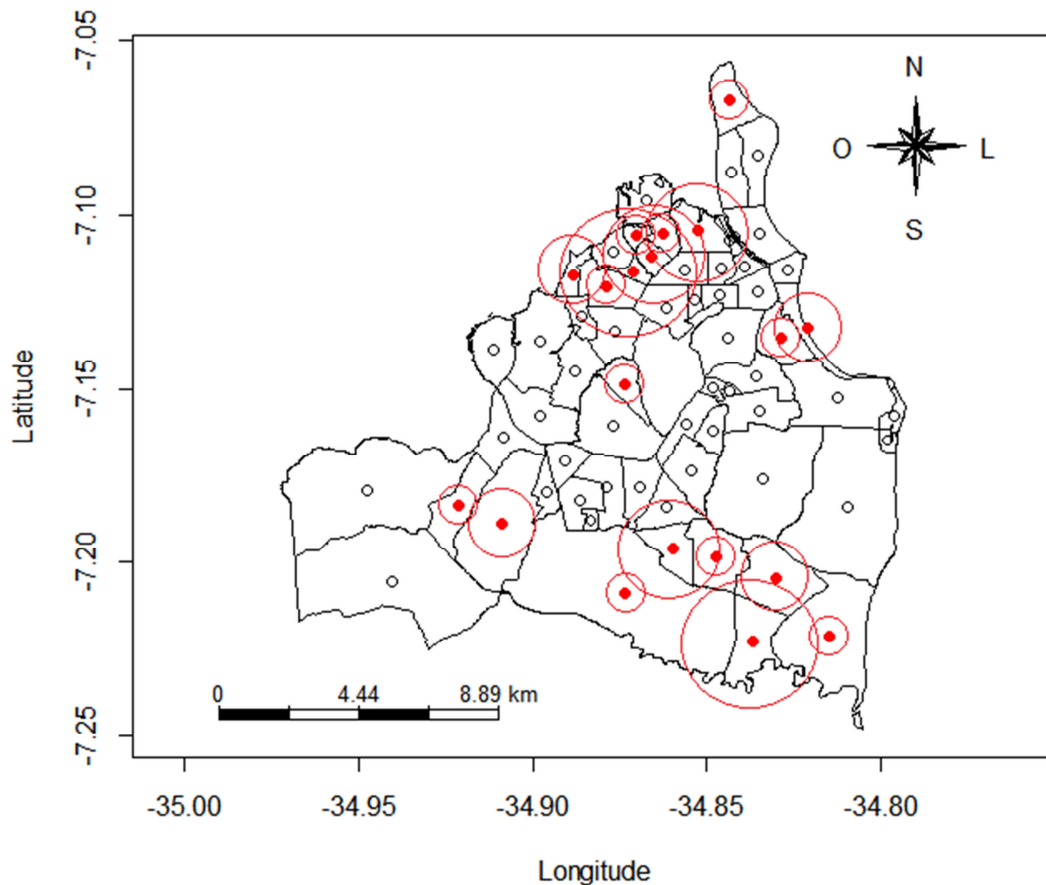
Após a verificação dos riscos relativos a cada um dos bairros, identificaram-se as áreas de risco pelo mapa de varredura SCAN, através do qual se constatou a presença de aglomerados espaciais nos anos de 2016 e 2017, como mostram as Figuras 11 e 12, respectivamente.

Figura 11 – Mapa de varredura SCAN dos casos de VDCM registrados em 2016 em João Pessoa



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Figura 12 – Mapa de varredura SCAN dos casos de VDCM registrados em 2017 em João Pessoa



Fonte: Arquivo da pesquisa, 2018

Segundo os mapas de varredura SCAN, e com o objetivo de identificar os riscos de ocorrência de determinado evento, os melhores resultados foram obtidos com 3% da população, sendo as áreas delimitadas por círculos vermelhos, conforme se pode observar nas figuras acima. Quanto maior o círculo, maior é a intensidade daquele bairro em relação ao problema analisado, que muitas vezes acaba abrangendo até localidades vizinhas, devido a sua alta significância. Através das imagens, foram identificados aglomerados espaciais por toda a cidade em ambos os anos, corroborando os resultados encontrados no mapa de risco relativo, no qual se observa que essas ocorrências se alastraram por vários bairros, atingindo as camadas sociais da mais alta até a mais humilde.

Analisando os resultados dos dois anos, percebe-se que, mesmo com uma quantidade menor de ocorrências no ano de 2017 quando comparado a 2016, as áreas se destacaram pela incidência atípica com relação aos seus bairros circunvizinhos, o que ocasionou uma maior quantidade de círculos vermelhos no último ano. Entretanto, o que chama a atenção é o fato de alguns bairros terem sido identificados como áreas de risco em

ambos os anos; na zona norte da cidade aparecem o Centro, Mandacaru, Varadouro, Tambiá, Róger, Treze de Maio e Padre Zé; na zona oeste, observam-se os bairros Jaguaribe e Trincheiras; já ao sul, apontam-se Valentina, Muçumagro, Gramame, Barra de Gramame, Bairro das Indústrias e Distrito Industrial. Algumas dessas localidades, independentemente de terem sido acionadas ou não, foram identificadas como áreas de risco pela proximidade aos locais com grande força de atuação, tornando-se também lugares considerados de risco.

Além da relação de bairros mencionada, houve algumas alterações crescentes, de um ano para o outro, sendo possível perceber que foram fortalecidos ainda mais os riscos nas zonas norte e sul da cidade. Houve também a inserção de outros focos pertinentes a tal violência no ano de 2017, de modo que bairros como Bessa, Altiplano e Cabo Branco são apontados como locais significativos.

Desse modo, percebe-se que a presença da violência não tem distinção de classe, podendo ocorrer em todos os níveis sociais; nota-se, porém, uma prevalência maior nas camadas sociais mais baixas – dentre suas causas, está a falta de instrução e a renda, como aponta o estudo de Martins (2017), além da Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (PCSVDFMulher), desenvolvida por Carvalho e Oliveira (2016), por meio da qual avaliaram-se gestantes de várias capitais do Nordeste, inclusive de João Pessoa, que sofreram esse tipo de violência, verificando-se que a prevalência foi dez vezes maior nas mulheres que tinham ensino fundamental incompleto ou sem instrução, quando comparadas às que possuíam ensino superior.

Assim, em um estudo sobre a violência doméstica contra a mulher, enfatiza-se que o princípio norteador dessa violência são as relações de poder existentes entre o masculino e o feminino, como descrevem Lucena e Cheever (2018), construídas historicamente e naturalizadas socialmente. Tais relações estão presentes mesmo nas instituições públicas – a exemplo da própria polícia –, fazendo com que as vítimas se sintam desconfortáveis para denunciar e ocasionando, muitas vezes, a subnotificação dessa violência, uma das principais limitações em estudos que tentam dimensionar a VDCM.

Pesquisas que abordam essa temática são importantes no tocante ao enfrentamento da violência e se fazem essenciais na atual conjuntura, em que o feminismo e a participação da mulher no cenário social estão cada vez maiores. Atualmente, trabalhos como este dão visibilidade ao problema de violência doméstica, caracterizando-se como de utilidade pública, pois possibilitam um maior embasamento dos discursos de combate a esse tipo de violência e, através do conhecimento repassado, permitem uma ruptura para com antigos padrões socialmente impostos, proporcionando um maior empoderamento na luta das mulheres. Para

isso, abordar temas como machismo, feminicídio, patriarcado, entre outros tópicos como polêmicos – mas que são de suma importância –, nunca foi tão fundamental, principalmente com as novas gerações. Torna-se necessário, assim, lançar mão de outro assunto intrínseco à violência, às relações de poder existentes e que se refletem no âmbito familiar: o patriarcado (AZEVEDO, 2016).

Além da divulgação de informações e temas que abarquem as questões de violência, existem também outros meios de combater essa problemática, como a Lei 11.340, conhecida como a Lei Maria da Penha, por meio da qual se estabeleceram mecanismos para coibição da VDCM. Todavia, observa-se que, mesmo com a promulgação dessa lei em 2006, o número de casos dessa violência não parou de aumentar no país, como apontam Araújo et al. (2018), ao analisarem os desafios encontrados atualmente para o cumprimento da lei. Isso ocorre também, de acordo com a pesquisa, devido à falta de investimentos e de qualificação dos profissionais que trabalham na área.

O estudo realizado por Oliveira et al. (2011) também retrata essa questão. Por meio dele, verifica-se que muitos funcionários das Delegacias Especializadas da Mulher do Estado da Paraíba não possuem formação adequada para exercer as funções que lhes foram atribuídas. Também é analisada a percepção desses mesmos servidores acerca da Lei Maria da Penha, relatando-se que o Estado não dá a assistência devida às mulheres atendidas nessas delegacias, de modo que a lei não é cumprida na íntegra. As falhas se referem ao acolhimento das vítimas em casas de abrigo e ao cumprimento das medidas protetivas como um todo, levando muitas mulheres a não darem continuidade aos processos.

Entretanto, como ponto positivo da pesquisa, destaca-se que muitos avanços ocorreram devido ao aumento da conscientização e de discussões sobre o assunto por parte da população. A Lei Maria da Penha é uma das mais avançadas do mundo e também bastante conhecida pelos brasileiros: cerca de 98% a conhecem, segundo pesquisa elaborada pelo Data Popular e pelo Instituto Patrícia Galvão, na qual avaliou-se a percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres, realizada em 2013. Porém, desse percentual, apenas 66% consideraram saber algo a respeito da lei (DATA POPULAR/INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2013).

Mesmo com tantos aportes para seu enfrentamento, a violência doméstica, sinônimo de violência contra a mulher, ainda é um grande problema enfrentado por muitas brasileiras. Diferentemente da violência contra os homens, caracterizada pelos registros mais elevados nos sistemas de informação do país – sejam nos âmbitos da saúde, segurança ou jurídico –, a violência contra a mulher é marcada por sua invisibilidade, principalmente em

razão de o local de ocorrência ser predominantemente o âmbito doméstico. É perceptível que os valores registrados a respeito dessa violência representam apenas uma parcela do que realmente acontece na vida dessas mulheres. Existe uma necessidade de que os sistemas de informação nacionais sejam aperfeiçoados, aumentando seu alcance e a qualidade de seus serviços (GARCIA et al., 2016).

De acordo com Garcia et al. (2016), dentre os sistemas de informação existentes e de responsabilidade do Ministério da Saúde, enfatizam-se o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e o Sistema Viva. Vale salientar que todas as ocorrências de violência contra a mulher devem ser incorporadas ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), devido à relevância do problema. Existem também outros sistemas de informação, como aqueles pertencentes ao Ministério da Previdência, Ministério da Justiça, Ministério Público, como também os gerenciados pelas Secretarias de Segurança Pública dos estados, pelo Poder Judiciário, dentre outros. Todos esses sistemas deveriam ser melhor averiguados e integrados para permitir que os dados reduzam algumas das inúmeras deficiências existentes. Além disso, podem servir como ferramentas valiosas para o gerenciamento de políticas públicas.

Dentre os diversos serviços públicos, o de saúde é considerado um dos mais importantes no tocante ao enfrentamento desse problema, já que é o primeiro lugar aonde a vítima vai após sofrer a agressão. Dessa forma, a importância da qualidade dos serviços ofertados é primordial, o não que ocorre na realidade, como mostram Kind et al. (2013) em seu estudo acerca da atuação dos profissionais da atenção básica. O estudo aponta que muitos desses profissionais não estão preparados para atender as mulheres violentadas, como também não notificam por numerosos motivos – alguns pelo constrangimento, pela retaliação, e outros por considerarem fatos corriqueiros e que acabam sendo banalizados, dentre outros motivos. Existe, ainda, o desconhecimento acerca das fichas de notificação específicas que devem ser preenchidas em situações de atendimento a vítima de violência, as quais são de suma importância, por serem elas que alimentam o SINAN.

A partir de outro estudo que analisa as práticas dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, elaborado por Silva, Padoin e Vianna (2015), torna-se perceptível a predominância do caráter biologicista dos atendimentos, nos quais se avaliam apenas as lesões corporais, e da medicalização, deixando-se de lado as questões sociais e culturais. Muitos desses profissionais ainda têm o entendimento de que a mulher é submissa ao homem e, por isso, deve obedecer a seu parceiro; caso sintam-se ameaçadas, devem procurar as delegacias.

Além dos serviços de saúde, as Delegacias Especializadas no Atendimento à

Mulher (DEAM) também estão entre os lugares mais procurados quando a vítima decide buscar ajuda. Dessa maneira, a desqualificação desses profissionais demonstram as fragilidades encontradas por essas mulheres para o enfrentamento do problema. Segundo Souza e Cortez (2014), sob a ótica dos próprios profissionais que trabalham em uma DEAM, entende-se que há uma necessidade de treinamento para que se possa melhorar a qualidade dos atendimentos. Debert, Gregori e Piscitelli (2006) analisaram delegacias do estado de São Paulo e Salvador e observaram o despreparo dos agentes que trabalham nessas delegacias, além da necessidade de qualificação adequada para atendimento das mulheres vítimas de violência.

Percebe-se que a violência doméstica é um grave problema de saúde pública e possui grandes proporções, apesar de parte de seus eventos ainda serem invisíveis. Multifacetado, o problema não pode ser tratado apenas por uma parcela dos segmentos que compõem a sociedade; ele é de responsabilidade de todos os cidadãos (GARCIA et al., 2016). O combate à violência só é possível se houver um envolvimento de toda a população, para minimizar não somente as inúmeras disparidades culturais entre os gêneros, mas a própria fonte de criação delas, o patriarcado, a fim de proporcionar uma vida mais digna e sem violência às mulheres.

*Dizem que a liberdade tem um preço muito alto. Eu digo:
a liberdade vale qualquer preço.*

Rafa Lima

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise da distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa – PB, verificou-se que, mesmo com a existência de políticas nacionais voltadas ao enfrentamento do fenômeno, em todo o período estudado o número de ocorrências não reduziu significativamente e, como consequência, as áreas de risco se mantiveram elevadas e apresentaram certo padrão de localização. Isso aponta, juntamente às comparações feitas com o estudo anterior sobre a mesma temática, bairros com incidências crônicas que necessitam de medidas emergenciais e efetivas, a fim de se reverter o quadro atual.

Compreendendo-se que o Estado possui responsabilidades relacionadas à criação e implementação de políticas públicas que garantam a qualidade de vida da população, percebe-se que a utilização da tecnologia em favor da sociedade – a exemplo da técnica de análise espaço-temporal como modelo de suporte à decisão – representa uma ferramenta importante para a gestão. Tal ferramenta, além de dar maior visibilidade ao problema, fornece auxílio ao processo de elaboração de políticas voltadas para a população afetada, a fim de trazer maiores garantias às mulheres vítimas de violência – o que se faz necessário, visto que se trata de um fenômeno silencioso e considerado um grave problema de saúde pública. Por isso, as políticas de saúde devem estar voltadas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde de mulheres vitimizadas, respeitando as regionalidades e as especificidades sócio-políticas.

Deve-se investir, assim, na qualificação dos agentes públicos que trabalham diretamente com as vítimas dessa violência, pois, além das fragilidades mencionadas, existem as dificuldades dos próprios profissionais em diagnosticar um problema tão complexo, seja pela cultura do “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”, seja pela própria falta de preparo e orientação profissional.

Os achados da pesquisa apontam para outro problema relacionado à gestão da vigilância epidemiológica no que diz respeito à qualidade da informação repassada: é considerável o número de campos ignorados ou em branco contidos nas notificações sobre a violência contra a mulher, o que leva a uma subnotificação de informações importantes para a construção de um perfil epidemiológico confiável e necessário.

Nota-se então a necessidade do fortalecimento dos mecanismos e instituições que combatem essa violência, seja no âmbito da saúde ou da segurança; nesta, além do reforço

institucional, deve-se garantir também o cumprimento das leis de proteção às mulheres. Tais questões são fundamentais para que elas se sintam protegidas e seguras em procurar os serviços públicos para denúncias e proteção.

Nesse contexto, o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher deve se dar de forma intersetorial, interseccional e multidisciplinar, envolvendo todas as áreas da sociedade para que trabalhem em conjunto as questões de gênero e suas raízes patriarcais. É indispensável a discussão acerca da libertação feminina, desconstruindo-se os papéis gênero, responsáveis por gerar a violência contra a mulher como um todo.

Um aspecto importante reforçado pelos achados deste trabalho é o fato de a violência contra a mulher ocorrer predominantemente no espaço privado e, na maioria dos casos, o agressor ser alguém próximo à mulher agredida. Além disso, essa violência mostra-se como um dos primeiros tipos de violência com que o ser humano tem contato de maneira direta – situação que certamente influenciará as formas de conduta externas dos envolvidos, sejam eles agressores ou vítimas.

Embora o fenômeno supracitado não seja a raiz de todas as formas de violência, a intervenção estatal, através de políticas públicas nas áreas de educação, saúde e segurança, é essencial como meio de contribuir para a construção de relações humanas e familiares em que haja garantias de respeito e igualdade.

Investir em outros estudos que abordem a temática da violência doméstica é de fundamental importância para reforçar o debate e a capacidade de intervenção sobre o problema, devendo tal fenômeno ser trabalhado como tema interdisciplinar e transdisciplinar, considerando-se sua alta complexidade. É necessária uma ação conjunta de vários profissionais que agreguem saberes e entendimentos diferentes, tendo em vista a construção de conteúdos capazes de explicar melhor as variáveis que englobam o tema, além de ampliar os conhecimentos para tentar superar os desafios encontrados no tocante ao enfrentamento dessa violência, ainda tão presente na vida de tantas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUADO, A. **Violencia de género, sujeto femenino y ciudadanía en la sociedad contemporánea**, 2005, pág. 28, In: Márcia Castillo-Martín, Suely de Oliveira, Marcadas a Ferro – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

AKERMAN, M. BOUSQUAT, A. Mapas de risco de violência. **Perspec.**, v. 13, n. 4, p. 112-120, São Paulo, Dez. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288391999000400012&lng=en&nrm=iso> Acesso em 26 Set. 2018. .

ALENCAR JUNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 377-379, July 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032006000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032006000700001>.

ARAÚJO, L. F. L.; ARAÚJO, B. H. A.; DIAS, R. O. L.; MEIRA, R. M. B.; DEININGER, L. S. C.; LUCENA, K. D. T. Lei Maria da Penha: Avanços e desafios na atualidade. In: LUCENA, K. D. T.; DEININGER, L. S. C. (Org.). **Ensaio sobre gênero**. João Pessoa. p. 16-26. 2018.

AURÉLIO, B. H. F. **Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 7.0**, 5. ed do Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Regis Ltda. Edição eletrônica autorizada à Positivo Informática LTDA, 2010.

AZEVEDO, F. M. C. O Conceito de patriarcado nas análises teóricas das ciências sociais: uma contribuição feminista. 2016. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj17ZOKg-zfAhVpG7kGHcdrC3wQFjAFegQICRAC&url=https%3A%2F%2Fseer.ufmg.br%2Findex.php%2Frevistatrespontos%2Farticle%2Fdownload%2F11021%2F8346&usg=AOvVaw13Wo5rzHnaX6zyxLjhikhq> Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo II** – a experiência vivida. 2. ed. Tradução de Sérgio Milliet. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1967.

BOURDIEU, P. **La domination masculine**. Saint-Amand-Montrond, Éditions du Seuil, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar**: orientações para a Prática em Serviço. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens Espaciais na Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Introdução à Estatística Espacial para a Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Manual para uso não sexista da linguagem: o que bem se diz bem se entende**, 2014. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1^o jul. 2017**. Disponível em: Acesso em: 20 nov. 2017.

CÂMARA, G.; MONTEIRO, A. M.; FUCKS, S. D.; CARVALHO, M. S. **Análise espacial e Geoprocessamento**. 2. ed. São José dos Campos: INPE, jul. 2002. Disponível em: .

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a mulher**. Relatório Executivo I - Primeira Onda – 2016 da PCSVDF Mulher. 2016.

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a mulher**. Relatório Executivo II - Primeira Onda – 2016 da PCSVDF Mulher. 2017.

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a mulher**. Relatório Executivo III - Primeira Onda – 2016 da PCSVDF Mulher. 2017.

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

CHAUÍ, M. **A não-violência do brasileiro, um mito interessantíssimo**. Almanaque: Cadernos de Literatura e Ensaio, Brasiliense, n. 11, p.16-24, 1980.

CHAVES, F. S. R. **Utilização do geoprocessamento no mapeamento criminal na região metropolitana de João Pessoa-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Geociências. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS- OEA. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. 1994. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2017.

DEBERT, G. G. G.; GREGORI, M. F; PISCITELLI, A. G. (Orgs.). **Gênero e distribuição da justiça: as delegacias de defesa da mulher e a construção das diferenças**. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu/Unicamp, 2006.

COSTA, D. C. DE S. **Tomada de decisão baseada em lógica fuzzy e na distribuição espacial da mortalidade por acidentes de trânsito na cidade de João Pessoa – PB**. 2011. 79 p. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade da Paraíba.

CRUZ, P; MORAIS, M; **Urbanidades do bairro Altiplano Cabo Branco, João Pessoa/PB**. In: IV Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo; 2016 Jul 25-29; Porto Alegre, Brasil. 2016. p. 4.

CUNHA, B. **Violência contra a mulher, direito e patriarcado: perspectivas de combate à violência de gênero**. Artigo publicado na XVI Jornada de Iniciação Científica de Direito. UFPR, 2014. Disponível em: Acesso em: 10 nov. 2017.

DATA POPULAR; INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. **Percepção da sociedade sobre violência e assassinatos de mulheres**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2013/livro_pesquisa_violencia.pdf/view>. Acesso em: 22 dez. 2018.

DATASENADO. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil**. Indicadores nacionais e estaduais. N^o 2. Brasília: Senado Federal/Observatório da Mulher contra a violência/ Secretaria de Transparência, 2018.

DATASENADO. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília: Senado Federal/Observatório da Mulher contra a violência/Secretaria de Transparência, jun. 2017.

DUTRA, P. A. **Distribuição Espacial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Gestantes do Ceará**. Fortaleza-CE, 2017.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**. Vol.1: A vontade de saber. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREITAS, W; OLIVEIRA, M; SILVA, A. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. **Saúde em Debate**. 2013; v.37; n. 98. p. 457-466.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. C.; FREITAS, L. R. S.; SILVA, G. D. M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 1-11, abr, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n4/1678-4464-csp-32-04-e00011415> Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

GIFFIN, K. A Inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-57, Mar. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100011>.

GREGOLI R; SILVA, R; RIBEIRO, H. **Desafios para o acesso e sistematização dos dados de violência contra as mulheres no Brasil: A experiência de implantação do observatório da mulher contra a violência**. Boletim Legislativo: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa. Senado Federal. 2018. Disponível em:
Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. João Pessoa. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. 29 de Setembro de 2018.

IPEIA. **Atlas da Violência 2018**. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Rio de Janeiro, RJ, jun. 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432. Acesso em: 06 jan. 2019.

JESUS, L; SOBRAL, R; Culpabilização da mulher: a perspectiva de policiais de uma delegacia especializada no atendimento à mulher. **Revista Aptemis**. 2017; v.23, n.1. p.196 – 210.

KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sept. 2013. Available from
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000900020&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102311X00096312>.

LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 set. 2018. .

LUCENA, K; CHEEVER, E. **Gênero e violência**: contribuições para o debate. *Hum Growth Dev.* 2018; 28(2):109-112.

LUCENA, S. E. F.; MORAES, R. M. Análise do desempenho dos métodos scan e Besag e Newell para identificação de conglomerados espaciais do dengue no município de João Pessoa entre os meses de janeiro de 2004 e dezembro de 2005. **Boletim de Ciências Geodésicas**, v.15, n.3, p. 544-561, 2009.

LUCENA, S. E. F.; MARINHO, P. R. D.; SILVA, A. H. A.; MORAES, R. M. (2007). **Utilização de métodos estatísticos na análise da distribuição espacial da incidência do dengue no município de João Pessoa no período de 2001 a 2006**. Encontro Regional de Matemática Aplicada e Computacional (ERMAC, 2007). Novembro, Recife, Brasil, 8p.

LUCENA, K. D. T. **Análise Espacial da Violência Doméstica Contra a Mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de decisão e Saúde – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

LUCENA, K. D.T.; DENINGER, L. S. C.; COELHO, H. F. C.; MONTEIRO, A. C. C.; VIANNA, R. P. T.; NASCIMENTO, J.A. 2016 Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. Analysis of the cycle of domestic violence against women. **J Hum Growth Dev.**, v. 26, n. 1, p. 139-146, 2016. Disponível em: . Acesso em: 10 de novembro de 2017.

LUCENA, K. D. T.; VIANNA, R. P. T.; NASCIMENTO, J. A.; CAMPOS, H. F. C.; OLIVEIRA, E. C. T. Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, p. 1-8. Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2901.pdf. Acesso em 10 de novembro de 2017.

MAGALHÃES, M. A. F. M; MEDRONHO, R. A. Análise espacial da Tuberculose no Rio de Janeiro no período de 2005 a 2008 e fatores socioeconômicos associados utilizando microdados e modelos de regressão espaciais globais. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 3 [Acessado 10 Janeiro 2019]. pp. 831-840. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.24132015>>. ISSN 1678-4561.

MARTINS, J. C. **Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil**. [Dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Viçosa; 2017.

MINAYO, M. C. S. **Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde individual e coletiva**. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G. & CONSTANTINO, P. (Orgs.).

Impactos da Violência sobre a Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

MOURA, F. dos R. D. **Deteção de clusters espaciais via algoritmo scan multi-objeto**. 2006. 51 f. Dissertação (Mestrado em Estatística) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

OLIVEIRA, J. A; RABELLO, P. M; CARVALHO, A. V. A; ARAÚJO, M. S. D. **Mapeamento das delegacias especializadas da mulher da Paraíba: percepção dos funcionários em relação à lei Maria da Penha**. 2011. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihzfWvrPPfAhVmH7kGHcO5C9E4ChAWMAN6BAgGEAI&url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Fsej%2Farticle%2Fdownload%2F45782%2F49385%2F&usg=AOvVaw1N8GOr7GHH4pyspJHaPsp>

OLIVEIRA, J. L. A. **Uma contribuição aos estudos sobre a relação transportes e crescimento urbano: o caso de João Pessoa - PB**. 2006. 194 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia Urbana) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaration on the Elimination of Violence against Women**. A/RES/48/104 85th plenary meeting. 20 December 1993. Disponível em: Acesso em 12 Nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência**. 2014. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjS7Y3ioPbfAhWgIbkGHY3PChkQFjABegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F145086%2F5%2F9789241564793_por.pdf&usg=AOvVaw2v9hdyLkISXVSv9vLBT9CC Acesso em 20 de janeiro de 2029.

PARAÍBA. Ministério Público da Paraíba. **Relatório de Atividades Funcionais - violência contra a mulher**. Disponível em: Acesso em: 10 Nov. 2017.

PASSOS, L. A.; SILVEIRA, F. A.; PITA, A. L. L. R.; BRAGA, C. F. C.; SILVEIRA, J. A. R. Processo de Expansão Versus Sustentabilidade Urbana: reflexão sobre as alternativas de deslocamento na cidade de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 4, n. 1, p. 47-59, 2012.

PAZINI, K; GIULIANI, C; JUNQUEIRA, M. **A Atenção as mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde**. In: Seminário Internacional Fazendo gênero 11 e 13^o Congresso Mundo de Mulheres (Anais Eletrônicos); Florianópolis; 2017. p. 1-11.

PIROLI, E. L. **Introdução ao Geoprocessamento**. Ourinhos: Unesp/Campus Experimental de Ourinhos, 2010. p. 46.

SANSON, R. L; PFEIFFER, D.U; MORRIS, R.S. Geographic information systems: their application in animal disease control. Nova Zelândia: **Revista Sci Tech**, 1991. p. 179-195.

SCHRAIBER, L. B.; Flávia P L d'Oliveira, Ana. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea digital online**, v. 0, n. 14, p. 229-236, 2008. Disponível em: Acesso em 15 nov. 2017.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. v. 20, n. 2, pp. 71-99. Porto Alegre, jul./dez. 1995. Disponível em: Acesso em 15 nov. 2017.

SHARPS, P.W; CAMPBELL J; CAMPBELL, D; GARY, F; Web- ster D. The role of alcohol use in intimate partner femicide. *Am J Addict*, v. 10, p. 122-35, 2001.

SIGNORELLI, M; AUAD, D; PEREIRA, P. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v, 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SILVA, C. A desigualdade imposta pelos papéis de homem e mulher: uma possibilidade de construção da igualdade de gênero. **Revista eletrônica online Direito em Foco**. 5ª ed. Março de 2012. Disponível em: Acesso em 15 nov. 2017.

SILVA, E. B; PADOIN, S. M. M; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 229-237, Mar. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072015000100229&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003350013>.

SILVA, L. B. **Análise Espacial dos Casos de Tuberculose na Rocinha, no period de 2007 a 2013**, Rio de Janeiro, Brasil. 2017. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.repositoriobc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/10997/An%C3%A1lise%20Espacial%20dos%20casos%20de%20tuberculose%20na%20Rocinha%2c%20no%20per%20do%20de%202007%20a%202013%2c%20Rio%20de%20Janeiro%2c%20Brasil.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10 de novembro de 2017.

SOARES, R. A. S. **Modelo de suporte à decisão aplicado ao atendimento das vítimas de acidentes de trânsito na cidade de João Pessoa**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Modelos de decisão e Saúde – Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2012.

SOBREIRA, L. C.; LEDER, S. M.; SILVA, S. A. G.; ROSA, P. R. O. Expansão urbana e

variações mesoclimáticas em João Pessoa, PB. **Ambient. constr.** (Online), v. 11, n. 2, p. 125-138, Porto Alegre, June 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167886212011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out. 2018. .

SOUZA, E. M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500030&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500030>.

SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 621-639, June 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003476122014000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121141>.

SPOSATI, A. et al. **Topografia social da cidade de João Pessoa**. João Pessoa: Universitária, 2010.

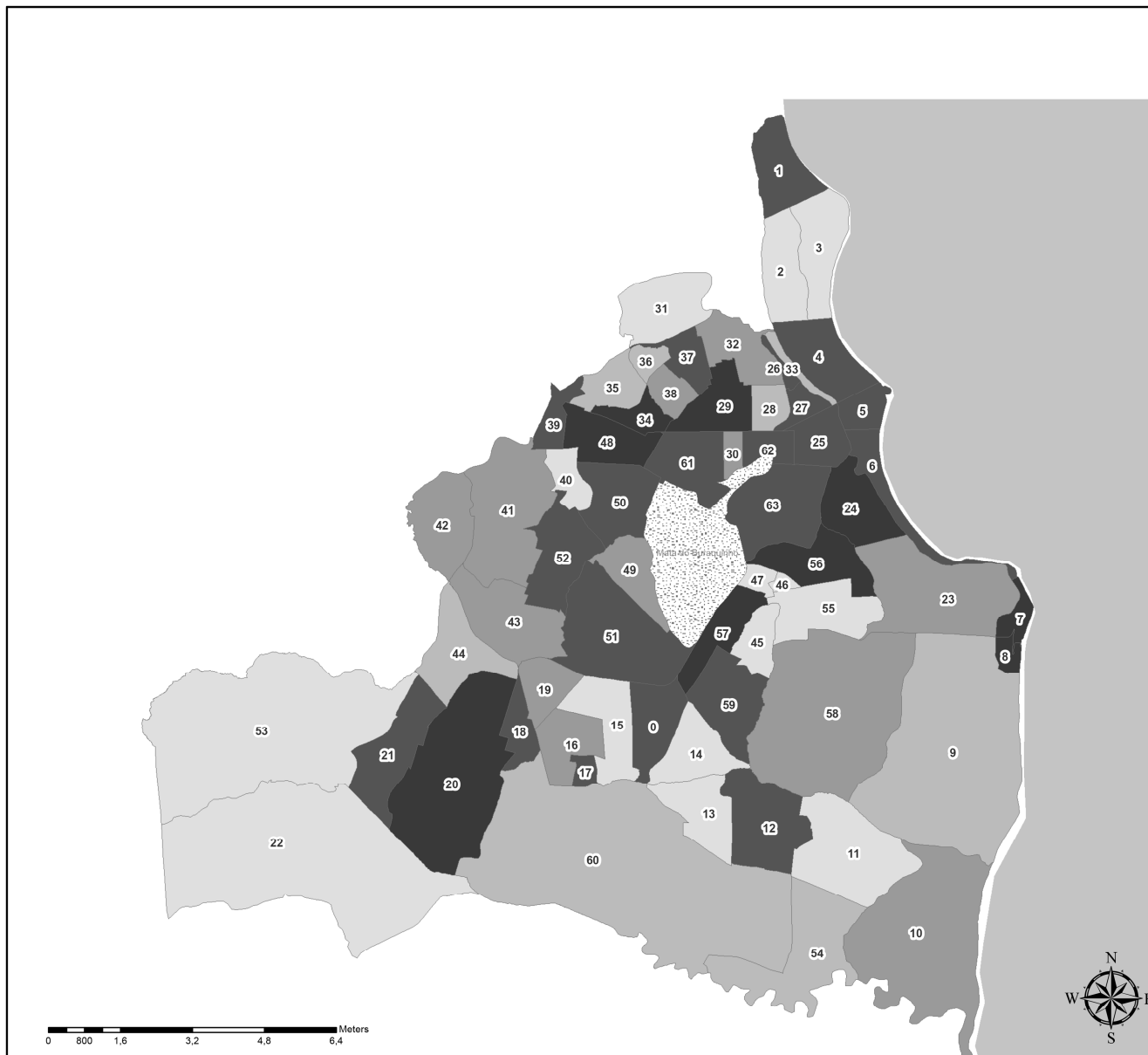
VIEIRA, E; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 60, p. 51-62, 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015 homicídio de mulheres no Brasil**. Brasília: OPAS/OMS, ONU Mulheres, SPM e Flacso, 2015 Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf> Acessado em: 25 mar 2017.

XAVIER, D; ÁVILA, M.B; CORREA, S. **Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral**. In: Labra ME, organizadora. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1989. p. 203-222.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J.O; LEONE, C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3), p. 356-360, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

ANEXOS



COD	BAIRRO	RISCO RELATIVO
0	ERNESTO GEISEL	1,50
1	BESSA	1,38
2	AEROCCLUBE	0,04
3	JARDIM OCEANIA	0,02
4	MANAIRA	1,16
5	TAMBAU	1,19
6	CABO BRANCO	1,60
7	PONTA DOS SEIXAS	3,11
8	PENHA	3,15
9	COSTA DO SOL	0,22
10	BARRA DE GRAMAME	0,90
11	PARATIBE	0,09
12	VALENTINA	1,47
13	PLANALTO DA BOA ESPERANCA	0,06
14	CUIA	0,14
15	JOAO PAULO II	0,05
16	FUNCIONARIOS	0,54
17	GROTAO	1,05
18	COSTA E SILVA	1,43
19	ERNANI SATIRO	0,59
20	DISTRITO INDUSTRIAL	2,01
21	BAIRRO DAS INDUSTRIAS	1,46
22	MUSSURE	0,00
23	PORTAL DO SOL	0,52
24	ALTI PLANO	3,10
25	MIRAMAR	1,12
26	JOAO AGRIPINO	1,09
27	BRISAMAR	1,12
28	PEDRO GONDIM	0,24
29	BAIRRO DOS ESTADOS	2,13
30	EXPEDICIONARIOS	0,74
31	ALTO DO CEU	0,02
32	BAIRRO DOS IPES	0,57
33	SAO JOSE	0,41
34	TAMBIA	2,30
35	ROGER	0,49
36	PADREZE	0,39
37	MANDACARU	1,13
38	TREZE DE MAIO	0,72
39	VARADOURO	1,96
40	TRINCHEIRAS	0,02
41	ILHA DO BISPO	0,86
42	ALTO DO MATEUS	0,99
43	OITIZEIRO	0,52
44	JD VENEZA	0,37
45	CIDADE DOS COLIBRIS	0,05
46	ANATOLIA	0,13
47	JARDIM SAO PAULO	0,04
48	CENTRO	10,15
49	VARIJAO	0,68
50	JAGUARIBE	1,57
51	CRISTO REDENTOR	1,22
52	CRUZ DAS ARMAS	1,25
53	MUMBABA	0,03
54	MUCUMAGRO	0,19
55	JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA	0,05
56	BANCARIOS	2,49
57	AGUA FRIA	3,23
58	MANGABEIRA	0,98
59	JOSE AMERICO	1,24
60	GRAMAME	0,23
61	TORRE	1,97
62	TAMBAUZINHO	1,71
63	CASTELO BRANCO	1,91

SAD_1969_UTM_Zone_25S
 Projecção: Transverse_Mercator
 False_Easting: 500000,000000
 False_Northing: 10000000,000000
 Central_Meridian: -33,000000
 Scale_Factor: 0,999600
 Latitude_Of_Origin: 0,000000
 UnidadeLineart: Metros
 GCS_South_American_1969
 Datum: D_South_American_1969

MODELO DE TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA –
UFPB**

Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

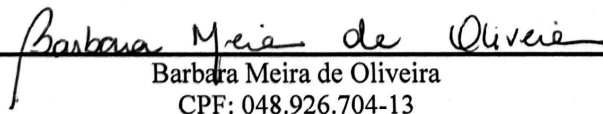
Eu, Barbara Meira de Oliveira, afiliada à Universidade Federal da Paraíba, no âmbito do projeto de pesquisa intitulada: Análise da distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados que foi criado por mim através das informações disponibilizadas pelas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher de João Pessoa/PB, a fim de obtenção dos objetivos previstos, comprometendo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados coletados se referem às informações contidas nos inquéritos que foram abertos mediante as denúncias realizadas por crimes de violência doméstica ocorridos dentro da cidade de João Pessoa, no período de 2016 e 2017.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa. Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2018.


Barbara Meira de Oliveira
CPF: 048.926.704-13



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**

TERMO DE ANUÊNCIA PARA A PESQUISA

João Pessoa, 09 de janeiro de 2019.

Instituição Coparticipante: Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social da Paraíba.

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Análise da distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra mulher, sob responsabilidades dos Profs. Drs. Hemílio Fernandes Campos Coelho, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna e Kerle Dayana Tavares de Lucena, com o objetivo de analisar a distribuição espaço-temporal da violência doméstica contra a mulher.

Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Informamos que para ter acesso a instituição e iniciar a coleta dos dados, não necessita da apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, pois não envolverá seres humanos de forma direta, apenas de forma secundária.

Atenciosamente,


Jean Francisco Bezerra Nunes
Secretário



Journal of Human Growth and Development

ISSN: 0104-1282 / e-ISSN: 2175-3598

São Paulo, January 07th 2019.

Dear Barbara Meira de Oliveira,

It is a pleasure to accept your manuscript entitled " **SPACE DISTRIBUTION OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER**", "was accepted for publication.

First Look NEW: Please note although the manuscript is accepted the files will now be checked to ensure that everything is ready for publication, and you may be contacted if final versions of files for publication are required.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Journal of Human Growth and Development, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,



Dr Italla Maria Piinheiro Bezerra
Associate Editor, Journal of Human Growth and Development
jhgd.editors@gmail.com

Index: Latindex;- Index Psi Periódicos (BVS-Psi); - LILACS ;
CLASE ; Sociological Abstracts; Social Services Abstracts;
Linguistic & Language Behavior Abstracts; Worldwide
Political Science Abstracts; Qualis/Capes; [Google Scholar](https://scholar.google.com/);
CrossRef; DOAJ and Scopus



DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER
SPACE DISTRIBUTION OF DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN
DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER

Barbara Meira de Oliveira¹, Kerle Dayana Tavares de Lucena², Renata Grigório Silva Gomes³, Hemílio Fernandes Campos Coêlho⁴, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna⁵, Roseana Maria Barbosa Meira⁶.

Autor correspondente:

Rua João Alfredo de Souza, 131 apto 601. Bairro: Altiplano. CEP 58046020.

Telefone: 83 987279433

E-mail:

1. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Castelo Branco III, João Pessoa PB, Campos III. Departamento de estatística (UFPB). Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB).
2. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Trapiche da Barra, Maceió AL, Campos III. Centro de Ciências Integradoras (UNCISAL). Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB).
3. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Castelo Branco III, João Pessoa PB, Campos III. Departamento de estatística (UFPB). Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB).
4. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Castelo Branco III, João Pessoa PB, Campos III. Departamento de estatística (UFPB). Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB).
5. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Castelo Branco III, João Pessoa PB, Campos III. Departamento de estatística (UFPB). Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde (UFPB).
6. Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Castelo Branco III, João Pessoa PB, Campos III. Departamento de Ciências farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde (UFPB). Doutora pela Universidade de Brasília (UNB).

Resumo

A violência contra a mulher é motivada por meio da dominação existente nas relações de poder, entre elas a masculina sobre a feminina, definida como ação violenta que possa gerar lesões ou sofrimentos no âmbito físico, sexual ou mental, além de intimidações, privações do direito à liberdade ou coerções realizadas dentro e fora de casa. Esse agravo vem crescendo cada vez mais no mundo inteiro, merecendo ser discutido e combatido no âmbito das políticas públicas. Objetivo: analisar a distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Método: trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo censo, que analisou todos os casos denunciados de violência doméstica contra a mulher e que residissem no município, cenário do estudo, no ano de 2017. A fonte de dados foi do tipo secundária, nas duas Delegacias Especializadas de Atendimento da Mulher – DEAM, presentes no município. Resultados: observou-se padrões espaciais da violência doméstica contra a mulher, como também aglomerados por toda a capital, desde os bairros considerados mais nobres, até os que vivem à margem da sociedade, comprovando que essa violência não tem distinção de classe. Conclusão: o estudo atingiu o objetivo proposto analisando a distribuição espacial da violência doméstica no cenário da pesquisa a partir dos padrões espaciais.

Palavras-chave: violência contra a mulher; identidade de gênero; Geoprocessamento.

Introdução

A tentativa de conceituar violência é desafiadora, considerando a complexidade desse fenômeno, além de apresentar várias definições, algumas delas concordantes entre si, outras não, no campo jurídico é definida como transgressão de regras e de leis, no campo sociológico ressalta-se a importância de se compreender a violência como um processo no qual o sujeito é coisificado¹.

Dentro dessa perspectiva, tem-se a violência motivada através da dominação existente nas relações de poder, a violência em toda a história da humanidade é permeada por meio de subjugações, das explorações do homem pelo homem, capazes de modificar as relações de gênero, sociais e afetivas, através da utilização do poder e da submissão². Esse mesmo poder, segundo a mesma autora, entendido como correlação de forças direcionadas ao controle, a dominação exercida entre um dominador e um dominado, estão enraizadas nas relações sociais, culturais, políticas, econômicas e sexuais.

Assim, dentro das desigualdades existentes nas relações de poder, é de fundamental importância a compreensão de como essas fazem parte do campo social e como são construídas. Dessa forma, entendida intrinsecamente nessas relações, está a dominação masculina sobre a feminina, em seu conceito de dominação simbólica no qual é enfatizado que as atividades atribuídas a cada um dos sexos, não só ratificam a dominação masculina, como também não necessitam de justificativas, tornando legítima a visão androcêntrica³.

Sendo assim, embora com bastantes transformações, a sociedade ainda produz muitos problemas gerados devido a assimetria existente entre homens e mulheres e pelo desejo de dominação, entre eles está a violência contra mulher que ainda perdura fortemente na atualidade, definida pelas Nações Unidas⁴, em seu Artigo 1^o da Declaração sobre a Eliminação Da Violência Contra A Mulher, como qualquer ação violenta respaldada no gênero e que possam gerar lesões ou sofrimentos no âmbito físico, sexual ou mental da mulher, além das possíveis intimidações, privações do direito à liberdade ou coerções realizadas dentro e fora de casa.

Nesse mesmo contexto, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde⁵, inicialmente utilizou-se o termo “Violência intrafamiliar” quando se referiam à violência contra mulher perpetrada por seu parceiro íntimo, porém depois de algumas modificações, utilizaram a terminologia “violência baseada em gênero” ou “violência contra a mulher”, quando referiam-se a ampla gama de atos que mulheres e crianças sofrem, comumente por seus familiares, parceiros e parentes próximos. Porém, o termo violência doméstica contra a mulher (VDCM) foi utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Assembleia Geral que foi realizada em 1993, sendo a terminologia escolhida para esta pesquisa⁶.

Segundo as estimativas globais sobre a violência praticada por homens contra mulheres, realizadas pela Organização Mundial de Saúde⁷, uma a cada três mulheres já sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de sua vida. Já no Brasil, os dados apresentados em uma pesquisa do Instituto DataSenado⁸, mostram que em 2017 o percentual de mulheres vítimas de algum tipo de violência doméstica correspondeu a 29%, elevando 11% em relação a 2015. No estado da Paraíba, segundo a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), o número de mulheres que fizeram denúncias sobre algum tipo de agressão aumentou mais de 51% entre os anos de 2015 e 2016, elevando o número de denúncias, respectivamente, de 749.024 para 1.133.345. Já na comarca de João Pessoa, segundo o Juizado da Violência Contra a Mulher, só no ano de 2016, existiam 8.658 processos em tramitação relativos a violência contra mulher, um número bastante elevado tratando-se de uma cidade que possui menos de um milhão de habitantes.

Diante do problema exposto, salienta-se a importância de se utilizar as técnicas estatísticas como ferramentas que permitem expressar a difícil realidade vivenciada por mulheres na atualidade, principalmente aos problemas concernentes à VDCM. Sendo assim, quando se aliam técnicas de estatística espacial, juntamente com o Sistema de informações Geográficas (SIG), é possível que sejam gerados mapas que permitam uma melhor visualização do problema de acordo com suas localizações e, conseqüentemente, possibilitam a definição de áreas prioritárias para intervenções. Assim, o objetivo é analisar a distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, do tipo censo, que analisou todos os casos denunciados de VDCM e que residissem no município de João Pessoa-PB no ano de 2017. Uma das vantagens do estudo transversal é que possibilita ao pesquisador uma observação direta do problema estudado, permitindo que sejam coletados os dados mais rapidamente, sem que haja a necessidade do acompanhamento dos voluntários e assim geram-se resultados de forma mais acelerada⁹.

O local do estudo foi a cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, com população de 800.323 habitantes, estimadas para o ano de 2018, e uma área de 210,45km², correspondendo a cerca de 0,3% da superfície do estado da Paraíba¹⁰.

A fonte de coleta de dados foi do tipo secundária, a partir dos boletins de ocorrência, nas duas Delegacias Especializadas de Atendimento da Mulher – DEAM, localizadas no município e em funcionamento neste período. As variáveis utilizadas para esta pesquisa foram relativas ao mês e

bairro de ocorrência do evento, além das informações sobre o tipo de agressão cometida (física, sexual e psicológica), todas retiradas dos boletins de ocorrência fornecidos pelas delegacias. Posteriormente, foi construído um banco de dados com todas as variáveis após autorização da Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social da Paraíba para a coleta de dados.

Após a construção do banco de dados, foi feita a análise exploratória, onde foram analisadas as ocorrências de VDCM, além da elaboração de mapas coropléticos contendo sua distribuição espacial. Foi ainda analisado a existência de áreas de maior risco no município de VDCM, como também foi utilizado o Mapa de varredura *SCAN* para identificação dos conglomerados espaciais. Para toda a análise, foi utilizado o *software* R versão 3.1.1 e o nível de significância adotado em todo o estudo foi de 5%.

Estatística espacial aplicada à saúde

Dentro da área da saúde a expressão “mapa de risco” pode ter várias construções, uma delas é quando usam taxas de incidências de um determinado evento, sendo amplamente utilizado na saúde pública para esse fim. Esse é um dos preceitos da estatística, no qual explica-se que a probabilidade de um fenômeno ocorrido no passado é semelhante ao risco desse mesmo fenômeno no futuro¹¹.

Para que o objetivo deste estudo seja alcançado é imprescindível que se utilize algum indicador para demonstrar a magnitude do problema em questão, ou seja, o risco de ocorrência de X , denotada por θ , que representa o quociente entre a ocorrência dos fatos em uma determinada área pela população incidente quanto ao evento¹¹. Sendo assim, a obtenção do risco relativo é dada da seguinte maneira:

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

Onde a representam as áreas contíguas e disjuntas denotadas por A_1, A_2, \dots, A_a . Já x_i e n_i são os números de eventos e a população de cada área, respectivamente. Dessa forma, o risco relativo de uma área A_i , denotado por θ_i , representa o quociente entre a incidência do evento observado nessa área i e a incidência observada sobre toda região do estudo^{13,12}.

Nessa mesma perspectiva, para aplicação do Mapa de varredura *SCAN* a fim de identificar aglomerações espaciais, utilizou-se o modelo probabilístico de Poisson. Nesse modelo, através do raio calculado, os valores de $p(z)$ e $q(z)$ são responsáveis pela maximização da função de

verossimilhança, dependente da totalidade de eventos registrados, podendo ser verificado pela equação 2 a seguir¹⁴.

$$KN = \max_{z \in Z} \frac{L(z, p(z), q(z))}{L_0} (2)$$

Onde p é a probabilidade de ocorrência no interior dos círculos e q , fora deles. Já Z corresponde as localidades que possam existir conglomerados e L_0 é calculado da seguinte maneira:

$$L_0 = C^C$$

Onde, C representa os casos registrados em determinada área e M corresponde a razão entre toda população e toda região estudada, já para as áreas do círculo:

$$L(z) = \frac{\exp[-p \cdot n_z - q(M - n_z)]}{C!} p^{c_z} q^{C - c_z} \prod_i C_i (4)$$

Onde \exp é o exponencial, C_z representa a quantidade de casos observados dentro do círculo z e n_z é o elemento que representa o número de pessoas sob risco no círculo z .

Dessa forma, o mapa de varredura *SCAN* funciona da seguinte maneira: Primeiramente deve-se calcular a distância entre o centróide da área em questão com relação aos outros centroides, depois cria-se um círculo em cima do centróide que teve seu raio aumentado para abarcar um novo centróide¹⁴. Sendo assim, para o novo ponto inserido, calcula-se a quantidade de ocorrência c_z e sua população n_z no interior do círculo. Após essa etapa, adquire-se o valor de KN dado pela equação 2, sendo anotado o maior valor dele e, por fim, calculam-se as simulações de Monte Carlo onde, números aleatórios são originados e o p-valor é calculado de acordo com a distribuição gerada, a fim de verificar sua significância¹⁶.

De acordo com o teste *SCAN*, a hipótese H_0 a ser testada corresponde ao teste de homogeneidade onde, observa-se a ausência de aglomerados espaciais e, sendo rejeitada, entende-se que há riscos nos locais estudados¹⁶.

Resultados

Para atingir o objetivo deste estudo, foram originados mapas coropléticos a partir dos 1053

registros dos casos de violência doméstica contra a mulher, espalhados pelos 63 bairros do município, que ocorreram no ano de 2017. Para entender como esses fatos se comportaram ao longo do ano, a figura 1 mostra os quantitativos mensais que apresentaram algumas oscilações significativas.

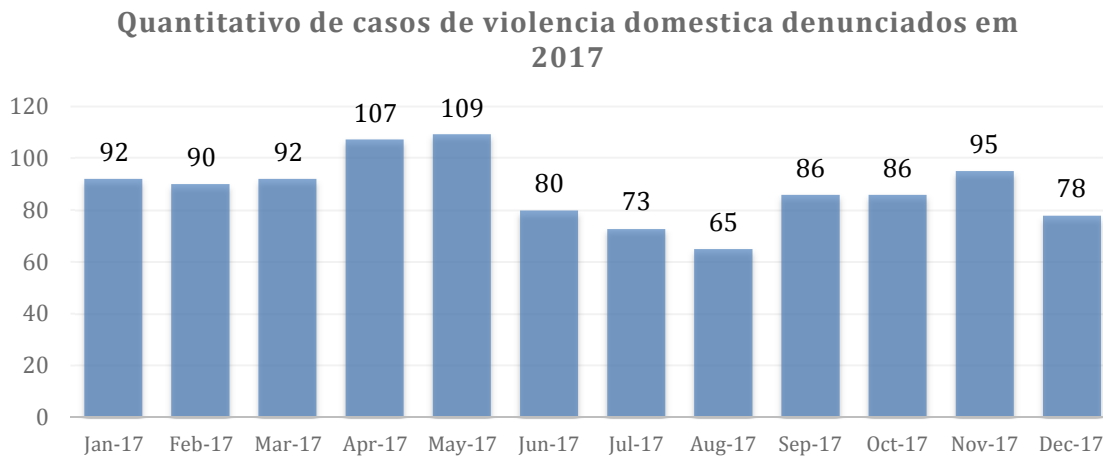


Figura 1: Quantitativo mensal de casos de VDCM registrados em 2017, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2018

De acordo com a figura acima, os meses de maior incidência foram maio e abril, com 109 e 107 ocorrências, respectivamente, não sendo identificado nenhum evento que justificasse tal majoração. em contraste com agosto que obteve o menor índice, com apenas 65 dos casos.

Concernente as ocorrências que houveram na capital paraibana, alguns bairros apresentaram maiores concentrações de casos em relação a outros, como apresenta a figura 2, no qual as incidências são descritas para cada um dos bairros do município, com proporção (1/1.000 habitantes por bairro), visualizados a seguir.

Incidência de Casos de VDCM em 2017

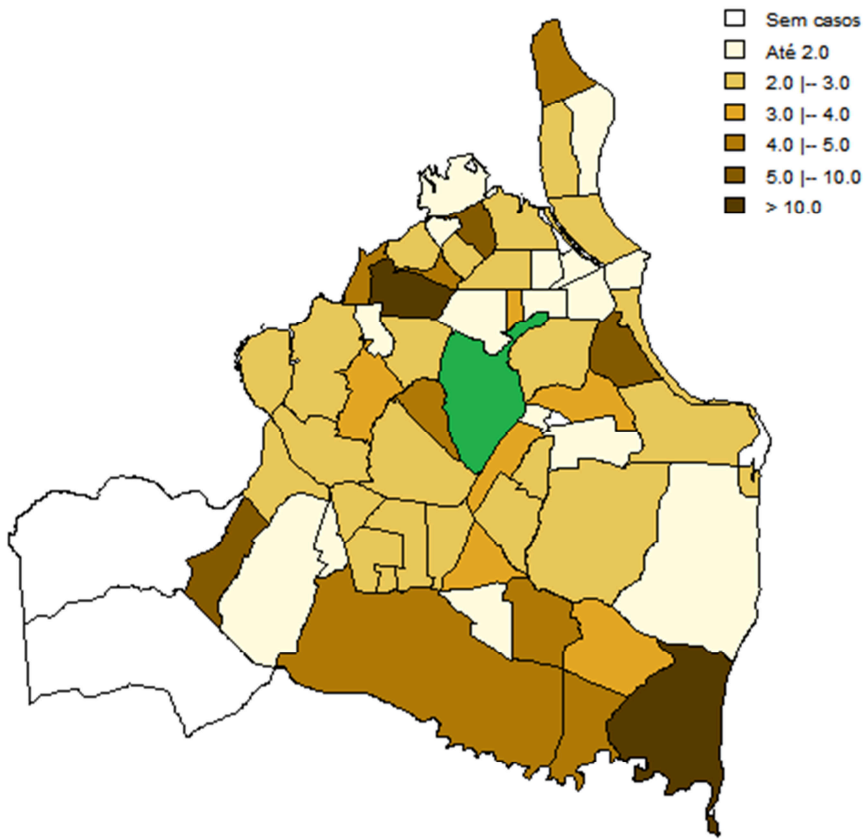


Figura 2: Mapa de Incidência de VDCM na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

De acordo com a mapa supracitado, os bairros que se destacaram pela maior incidência de violência doméstica contra a mulher – VDCM foram Barra de Gramame e Centro, pois apresentaram mais de dez casos por mil habitantes do sexo feminino. Já em oposição a isso estão 16 bairros onde houveram apenas dois eventos de violência doméstica registrados durante o ano, correspondendo a cerca de 25,39% dos bairros da capital. Já os bairros com até três casos, esse percentual abrange 39,68% da totalidade dos bairros, localizados predominantemente na área central da cidade. A incidência é dada pela razão entre a quantidade de crimes de violência doméstica cometidos e a quantidade de mulheres residentes daquele bairro. Para obter esse valor, utilizou-se os resultados do último censo realizado em João Pessoa pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2010. Além desses bairros, alguns outros também obtiveram resultados relevantes, como Mandacarú, Altiplano e Bairro das indústrias, todos com níveis de incidência entre 5 a 10 ocorrências por mil moradores.

Sendo assim, para melhor visualização do risco relativo de VDCM em toda cidade, a figura 3 fornece as chances de ocorrência do evento para cada um dos bairros.

Risco de Casos de VDCM em 2017

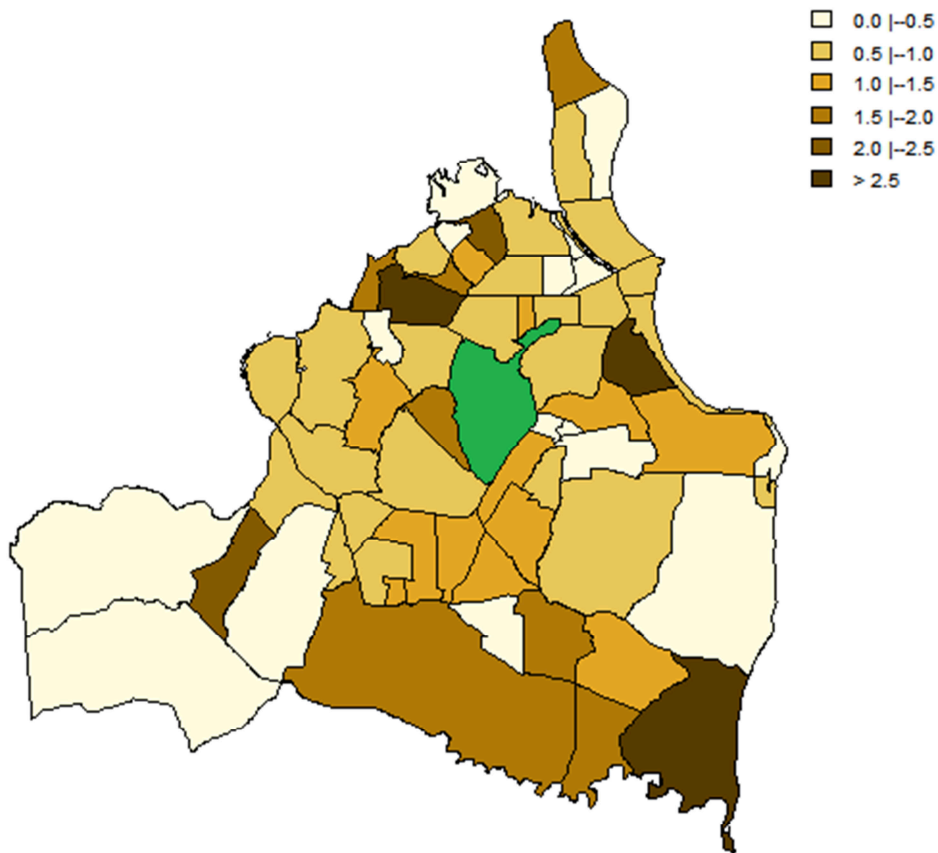


Figura 3: Mapa de Risco Relativo de VDCM em João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Em concordância com a incidência, os riscos mais elevados demonstrados na Figura 3 se concentraram também nos bairros Barra de Gramame, Centro e Altiplano com riscos maior de duas vezes e meio de acometimento da VDCM. Em sequência, com níveis maiores que 2 a 2,5 vezes de probabilidade de ocorrência dessa violência estão Mandacarú e Bairro das Indústrias. Todos os bairros citados acima são considerados de periferia, com exceção do Altiplano, bairro nobre da cidade.

Segundo o mapa de varredura *SCAN*, os melhores resultados foram obtidos com 3% da população, como demonstra a figura 4.

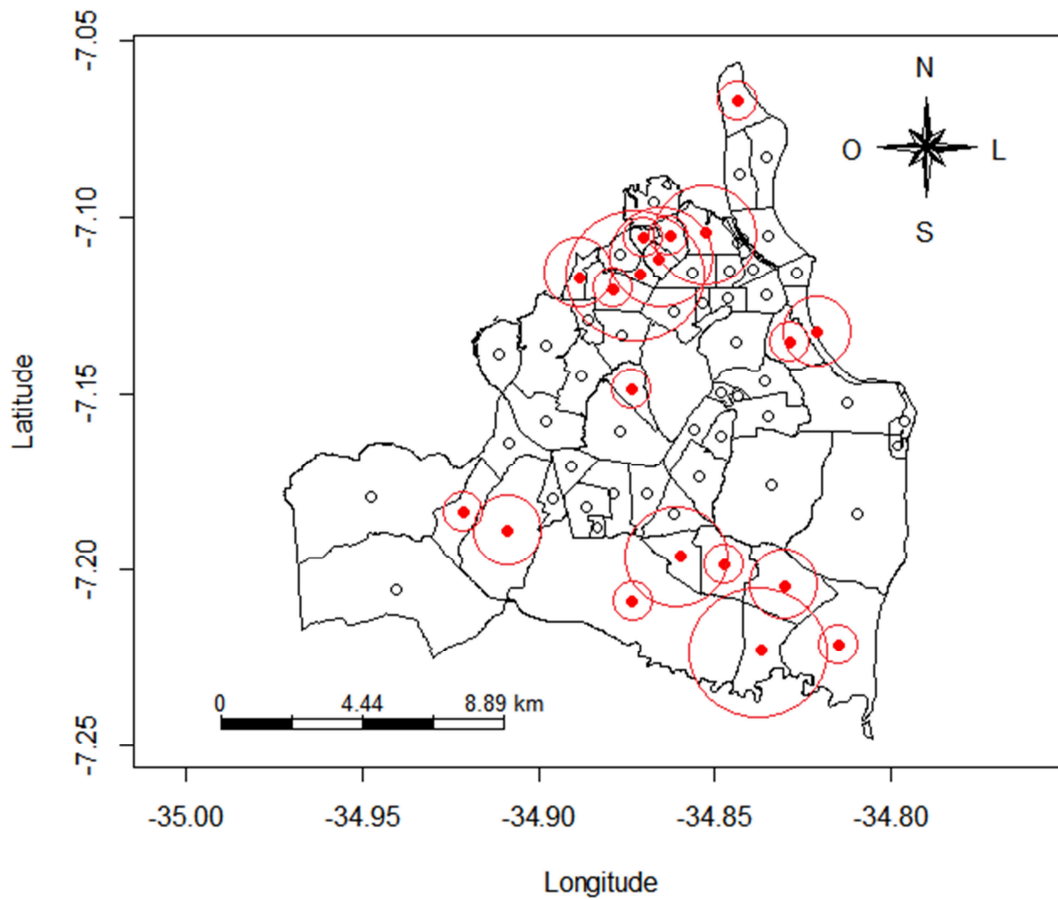


Figura 4: Mapa de varredura SCAN dos casos de VDCM registrados em João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Conforme figura 4, na porção sul da cidade, percebe-se o bairro Muçumagro com chance alta de ocorrência, devido a presença do círculo maior, que abrange também partes dos bairros Barra de Gramame, Paratibe e Gramame. Já na área norte da capital, houve maiores focos, e presença de círculos, de VDCM nos bairros Centro, Varadouro, Tambiá, Treze de Maio, Padre Zé e Mandacarú, ambos com altas chances de acometimento dessa violência. Vale ressaltar que na parte leste, os bairros nobres Altiplano e Cabo Branco também tiveram suas áreas abarcadas pelos raios das circunferências, o que implica que também estão dentro das zonas de perigo, que prevaleceram nos bairros mais humildes, como a parte central da cidade e a zona sul, porém não deixaram de ocorrer também em áreas de maior poder aquisitivo.

Discussão

Utilizando-se técnicas de estatística espacial, juntamente com o SIG, são construídas ferramentas importantes para o combate à violência, pois possibilitam a identificação de problemas relacionados a essa questão e a partir daí permitem a implementação de políticas públicas voltadas para o seu enfrentamento.

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno social e, conseqüentemente, deve ser trabalhada socialmente ou seja, conjuntamente, não só pelo poder público, mas também com a conscientização de toda população, como mostra o trabalho de pesquisadores, onde identifica-se que a maioria da população ainda entende que a violência contra a mulher é de responsabilidade da vítima, além de enfatizar a necessidade de uma rede de enfrentamento dos setores públicos voltados à essa questão, mas que ainda necessita de aprimoramento no Brasil, o que dificulta a luta contra essa violência¹⁷.

A fim de apresentar uma difícil realidade, enfrentada por muitas mulheres, este trabalho proporcionou uma dimensionalização dos casos registrados de VDCM na cidade de João Pessoa no ano de 2017, ressaltando também que os números exibidos ainda estão distantes de retratar a verdadeira realidade, visto que muitos outros casos são subnotificados devido a naturalização dessa violência, do medo que ela gera e da precariedade da sistematização dos dados, como enfatiza outro estudo na literatura¹⁸. Outro ponto, que merece destaque é a falta de apoio e do cuidado necessário que deveriam ser prestados dentro das instituições públicas de saúde e segurança, como apontam os resultados de outras pesquisas realizadas, que discorrem sobre a qualidade dos atendimentos desses serviços no Brasil¹⁹⁻²³.

Através dos resultados descritos neste estudo, observou-se alguns padrões espaciais da violência doméstica contra a mulher, de uma maneira geral, o fenômeno incide por todo o território estudado. Ao analisar o mapa de risco relativo, os bairros com maiores chances de ocorrência dessa violência foram Barra de Gramame, Altiplano e Centro, este último caracterizado por possuir diversas áreas de prostituição. Em sequência aparecem os bairros de Mandacarú e Bairro das Indústrias, todos considerados de periferia. A grande exceção desses lugares foi o bairro do Altiplano, que apresenta algumas características peculiares com relação a outros bairros da capital, pois abrange três classes em sua topografia social, conforme apresenta o estudo²⁴, onde parte de seu território é considerado nobre devido a presença de edificações de alto poder aquisitivo, conhecida como *Altiplano Nobre*, já contrastando a essa realidade está o *Conjunto do Altiplano*, considerado de médio porte, pois as casas são mais modéstias, e as *Comunidades do altiplano*, que são

consideradas de baixo padrão por serem construções consideradas invasões.

Dentro do contexto de violência doméstica, ao comparar este estudo a uma pesquisa que também analisou os casos de violência doméstica contra a mulher na cidade de João Pessoa nos anos de 2002 até 2005²⁵, percebe-se que os bairros de Mandacarú e Centro se mantiveram com elevadas incidências, como também maiores riscos de ocorrência, surpreendendo o bairro Barra de Gramame que saiu da categoria de “baixo risco” no estudo anterior, para o nível mais elevado, neste estudo. Outro local que também obteve alterações significativas foi o Bairro das Indústrias que também apresentou elevações em sua incidência quando comparado aos anos anteriores, como também seus níveis de risco relativo.

Corroborando com essas questões e fortalecendo os resultados observados no Mapa de Risco Relativo, observado na figura 3, o Mapa de varredura *SCAN*, que tem como objetivo identificar os riscos de ocorrência de um evento dentro das áreas delimitadas pelos círculos vermelhos, conforme observa-se na figura 4, também identificou aglomerados espaciais por toda a cidade, desde os bairros considerados mais nobres, como Altiplano e Cabo branco, até os mais humildes, como Varadouro, Muçumagro, Mandacarú, entre outros. Assim, percebe-se que a presença da violência não tem distinção de classe, podendo ocorrer em todos os níveis sociais, porém com uma prevalência maior nas camadas sociais mais baixas e entre as causas está a falta de instrução e a renda, como aponta outro estudo²⁶, além da Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – PCSVDF^{Mulher} realizado em 2016, onde avaliou-se gestantes de várias capitais do Nordeste, inclusive João Pessoa, que sofreram esse tipo de violência e verificou-se que a prevalência foi dez vezes maior nas mulheres que tinham ensino fundamental incompleto, ou sem instrução, quando comparadas as que possuíam ensino superior²⁷.

Além dessas questões, em um estudo sobre a violência doméstica contra a mulher - VDCM, enfatiza-se que o princípio norteador dessa violência são as relações de poder existentes entre o masculino sobre o feminino²⁸, construídas historicamente e naturalizadas socialmente, presente nas instituições públicas, a exemplo da própria polícia, fazendo com que a vítima se sinta desconfortável para denunciar, ocasionando muitas vezes, a subnotificação dessa violência, uma das principais limitações em estudos que tratam de VDCM.

Assim, estudos que abordam esta temática são importantes no tocante ao enfrentamento dessa problemática e se fazem essenciais na atual conjuntura, onde o feminismo e a participação da mulher no cenário social estão cada vez maiores. Nesse cenário, trabalhos como este, dão visibilidade, caracterizando-se como de utilidade pública, pois possibilita maior embasamento nos discursos de enfrentamento à violência doméstica, como também maior empoderamento as

mulheres, permitindo assim que hajam reduções desse grave problema nacional de saúde pública. Para isso abordar temas como machismo, feminicídio, entre outros, que são tidos como polêmicos mas que são de suma importância, nunca foram tão essenciais, principalmente com jovens e crianças. E para tanto torna-se necessário lançar mão de outra categoria intrínseca a violência que são as relações de poder existentes no âmbito familiar. Falamos da categoria medo, como um dos condutores de comportamentos que impossibilitam tomadas de decisões para desconstrução do círculo da violência.

Conclusão

O objetivo do estudo foi alcançado, a partir da análise da distribuição espacial da violência doméstica contra a mulher no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Identificou-se que a utilização de técnicas de estatística espacial oferecem melhores suportes para que decisões sejam tomadas de forma mais precisa, pois permitem o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas voltadas para a população afetada a fim de trazer maior qualidade de vida para essas mulheres, principalmente pela dificuldade que é o combate à essa violência tão silenciosa.

Verificou-se que com o aumento nas ocorrências de violência doméstica contra a mulher se faz necessário um trabalho conjunto com toda a sociedade, pois todos estão envolvidos, na busca por melhor entendimento das posturas humanas individuais e coletivas sobre a violência contra a mulher.

Identifica-se que apesar das mobilizações para mudanças na postura e ações dos homens em sociedade, ainda vivenciamos em uma coletividade conflituosa, onde acontecem disputas constantes de poder.

Referências

1. Chauí M. Convite à filosofia. 13.ed. São Paulo: Ática, 2005.
2. Bourdieu, P. La domination masculine. Saint-Amand-Montrond. Paris: Seuil, 1998.
3. Organização das Nações Unidas. Declaration on the Elimination of Violence against Women. A/RES/48/104 85th plenary meeting. 20 December 1993.
4. Organização Pan Americana de Saúde. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2002, pg 126-130.

5. Lucena KDT, Deninger LSC, Coelho HFC, Monteiro ACC, Vianna RPT, Nascimento JA. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev.* Mar 19 2016; 26(1): 139-146. DOI: .
6. Organização Mundial de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C., 2014.
7. Instituto DataSenado. Senado Federal/Observatório da Mulher contra a violência/Secretaria de Transparência. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF); Jun 2017.
8. Zangirolami-RJ, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. *J Hum Growth Dev.* 2018;28(3):356-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. João Pessoa, 2018. Acesso em: 25 de novembro de 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Abordagens Espaciais na Saúde Pública. Brasília (DF); 2006.
11. Lucena KDT. Análise Espacial da Violência Doméstica Contra a Mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa [Dissertação] João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba, 2011.
12. Carvalho MS, Santos RS. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. *Cad de Saúde Pública.* Rio de Janeiro. Mar/Abr 2005; 21(2):361-378. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200003>.
13. Lucena SEF, Moraes RM. Análise do desempenho dos métodos scan e Besag e Newell para identificação de conglomerados espaciais do dengue no município de João Pessoa entre os meses de janeiro de 2004 e dezembro de 2005. *Boletim de Ciências Geodésicas.* Out-Dez 2009; 15(3): 544-561.
14. Moura FRD. Detecção de clusters espaciais via algoritmo scan multi-objeto. 2006 [Dissertação] Belo Horizonte-MG: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.
15. Costa DCS. Tomada de decisão baseada em lógica fuzzy e na distribuição espacial da mortalidade por acidentes de trânsito na cidade de João Pessoa-PB [Dissertação] João Pessoa-PB: Universidade Federal da Paraíba, 2011.
16. Silva R, Gregoli R, Ribeiro H. Análise da violência contra as mulheres no Brasil. Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, Fevereiro/ 2017 (Texto para Discussão nº 228). Brasília (DF); 2017. Disponível em: . Acesso em 21 de fevereiro de 2017.
17. Gregoli R, Silva R, Ribeiro H. Desafios para o acesso e sistematização dos dados de violência contra as mulheres no Brasil: A experiência de implantação do observatório da mulher contra a violência. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Consultoria Legislativa. Senado Federal. *Boletim Legislativo.* 2018. Disponível em: . Acesso em 23 de novembro de 2018.
18. Signorelli M, Auad D, Pereira P. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, Jun 2013; 29(6):1230-1240. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102->

311X2013000600019.

19. Freitas W, Oliveira M, Silva A. Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, Jul/Set 2013; 37(98): 457-466. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300009>.
20. Pazini K, Giuliani C, Junqueira M. A Atenção as mulheres vítimas de violência no contexto da atenção primária à saúde. In: Seminário Internacional Fazendo gênero 11 e 13º Congresso Mundo de Mulheres [Anais Eletrônicos] Florianópolis, 2017. p. 1-11.
21. Jesus LR, Sobral RCC. Culpabilização da mulher: a perspectiva de policiais de uma delegacia especializada no atendimento à mulher. *Rev Ártemis*. Jan/Jun 2017; 23(1): 196-210. DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1807-8214>.
22. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2017; 21(60):51-62. DOI: .
23. Cruz P, Morais M. Urbanidades do bairro Altiplano Cabo Branco, João Pessoa/PB. In: IV Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo. Anais do IV Encontro da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo; 2016 Jul 25-29; Porto Alegre, Brasil. 2016. p. 4.
24. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet] Jun 2012; 28(6): 1111-1121. DOI: . Acesso em 23 de novembro de 2018. Disponível em: .
25. Martins JC. Determinantes da violência doméstica contra a mulher no Brasil. [Dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Viçosa; 2017.
26. Carvalho JR, Oliveira, VH. Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher PCSVDF^{Mulher}. Relatório Executivo III - Primeira Onda - 2016. Fortaleza. Out 2017, Universidade Federal do Ceará/IAST/CAEN/IMP/LECO. Acesso em: 23 de novembro de 2018. Disponível em:
27. Lucena KDT, Cheever ET. Gênero e violência: contribuições para o debate. *J Hum Growth Dev*. 2018; 28(2):109-112. DOI: .
28. Puccia MIR, Mamede MV, Souza L. Intimate partner violence and severe maternal morbidity among pregnant and postpartum women in São Paulo, Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2018; 28(2):165-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147218>