



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Comportamento espacial das notificações da violência
urbana contra as mulheres**

Gustavo Correia Basto da Silva

Campina Grande

2019

Comportamento espacial das notificações da violência urbana contra as mulheres

Gustavo Correia Basto da Silva

*Dissertação apresentada à Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento dos requisitos necessários
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda

Campina Grande

2019

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586c Silva, Gustavo Correia Basto da.
Comportamento espacial das notificações da violência urbana contra as mulheres [manuscrito] / Gustavo Correia Basto da Silva. - 2019.
95 p. : il. colorido.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
"Coorientação: Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda ,
Coordenação do Curso de Estatística - CCT."
1. Violência contra a mulher. 2. Notificação compulsória. 3. Sistema de Informação em Saúde. 4. Vigilância epidemiológica. I. Título

21. ed. CDD 614.4

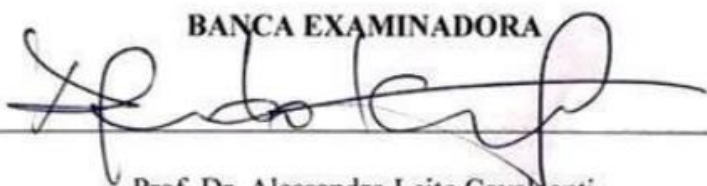
Gustavo Correia Basto da Silva

**Comportamento espacial das notificações da violência urbana
contra as mulheres**

*Dissertação apresentada à Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento dos requisitos necessários
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.*

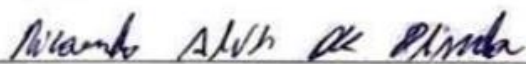
Aprovado em 07 de junho de 2019

BANCA EXAMINADORA



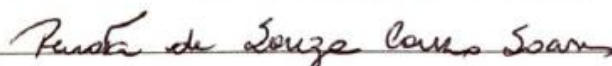
Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Orientador – Universidade Estadual da Paraíba



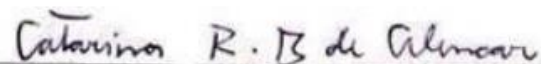
Prof. Dr. Ricardo Alves de Olinda

Coorientador – Universidade Estadual da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Renata de Souza Coelho Soares

Membro titular (Examinadora Interna) – Universidade Estadual da Paraíba



Prof.ª Dr.ª Catarina Ribeiro Barros de Alencar

Membro titular (Examinadora Externa) – Universidade Federal de Campina Grande

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres vítimas da violência.

AGRADECIMENTOS

Meu querido e amado Deus, como é bom escrever este agradecimento para o Senhor depois de tantas incertezas e lutas. Nada foi fácil, mas ao repousar na Tua paz eu sempre encontrava e encontro o bálsamo que preciso. Não canso de agradecer-te. Obrigado também, minhas Nossas Senhoras, anjos e santos, que por mim tanto rogaram.

Mainha, o meu agradecimento não é só hoje, mas se estende para sempre, pois sem o seu apoio, doação, paciência e puxões de orelha eu não chegaria a lugar algum. Obrigado por sempre estar no mesmo lugar de sempre aguardando as minhas ligações de desespero e estresse. Obrigado pelos conselhos. Obrigado por ter lutado e sonhado comigo até aqui. Enfim, obrigado por ser mãe e amiga. Te amo!

Agradeço ao meu pai Arnaldo por todo apoio e amor durante todo esse tempo. Te amo!

Agradeço ao meu irmão William por ser exemplo de luta e perseverança! Muito do que sou hoje é reflexo das suas ações. Agradeço também à minha cunhada Simone pela torcida!

Meus eternos bebês Igor e Arthur, titio sempre encontrou em vocês um grande alívio diante de todas as batalhas. Obrigado pelo amor puro que vocês conseguem me dar. Titio ama muito vocês!

Osires, as palavras aqui registradas são apenas meios terrenos de te agradecer pela tua contribuição neste trabalho e na minha vida. Obrigado pela amizade e irmandade de sempre!

Li, em grandes amigos encontramos paz e alegrias. Em você encontro muito mais que isso. Portanto, além de amiga, considero uma irmã que Deus me enviou. Obrigado por estar sempre disposta a me proporcionar momentos incríveis!

Aos meus familiares agradeço por todo apoio.

Às minhas amigas Lucinha e Aninha, obrigado por todo amor e torcida!

Aos meus amigos virados Jucilene, Paloma, Helder, Andrea, Paulinha, Maria, Zuleide, Jackson, Lídia, Flavinho e os demais que compõem a equipe de saúde de Soledade pela compreensão,

amizade, torcida e, sobretudo, pelos momentos de fraternidade vivenciados juntos. Obrigado! Em especial, agradeço à minha querida amiga Elizabeth Queiroz por dividir tantos momentos no trabalho e na vida. Por todo apoio e pelas orações, muito obrigado! Para finalizar, agradeço de forma bastante amorosa à minha amiga que lá ganhei, Aninha Paulinha, por tudo. Amo vocês!

À professora Claudia Martiniano, meu modelo acadêmico de docente, muito obrigado pelos conselhos, direcionamentos, pela doce, inesperada e linda amizade e por sempre estar pronta a me ajudar.

Ao meu orientador, Professor Alessandro Cavalcanti, por ter acreditado em mim, desde bem antes de ser meu orientador. Grato pelos conselhos, direcionamentos acadêmicos, pela paciência e compreensão.

Ao professor Ricardo Olinda, meu coorientador, não somente por ter dado um novo olhar ao meu trabalho, mas especialmente agradeço por toda ajuda e amizade.

Às professoras de Odontologia Renata Coelho, Catarina Ribeiro, Ana Maria Gondim, Ana Flávia Ganville-Garcia, pela contribuição acadêmica prestada.

Aos mestres do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública pela imensa colaboração doada para a minha formação.

Ao querido Aguinaldo Araújo por ter me aconselhado a adentrar na Saúde Pública. Gratidão!

Agradeço também à colega Liege Helena pelo apoio de sempre.

Aos amigos que construí no mestrado, em especial a Fernandes, Zacchia e Waleska, por terem compartilhados tantos momentos inesquecíveis. Não esquecendo de mencionar os “Mestrandos da Dercy”.

Aos amigos pessoais Guimarães Júnior, Josivan, Juan, Miguel, Neto, Magda, Bervylly, Thamara, dona Francinete, Samuelita, Hugo, Rosane, muito obrigado por compartilharem comigo o lado bom da vida.

*“A violência não é força, mas fraqueza, nem nunca poderá ser criadora de coisa alguma,
apenas destruidora.” Benedetto Croce*

RESUMO

SILVA, Gustavo Correia Basto. COMPORTAMENTO ESPACIAL DAS NOTIFICAÇÕES DA VIOLÊNCIA URBANA CONTRA AS MULHERES. 94 fls. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande – 2019.

Introdução: a violência contra a mulher é considerada um fenômeno histórico multicausal e complexo, caracterizado por condutas, pautadas no gênero, que possam causar algum tipo de dano, sendo considerado um grave problema de Saúde Pública. Portanto, faz-se necessário o monitoramento desse fenômeno por meio das notificações oriundas dos serviços de saúde rastreados pelo Sistema de Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada (VIVA/SINAN). **Objetivo:** analisar o comportamento espacial das notificações da violência contra a mulher, entre os anos de 2014 e 2017. **Materiais e Métodos:** trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e analítica, com delineamento transversal, embasada nas notificações da violência contra a mulher junto ao SINAN. O estudo, de caráter censitário, analisou todas as Fichas de Notificação Individual (FNI) envolvendo mulheres vítimas da violência em um município do nordeste brasileiro. As variáveis foram selecionadas de acordo com os campos de preenchimento da ficha, de forma a identificar o perfil sociodemográfico da vítima, a tipologia da violência e possibilitar a verificação do comportamento espacial. Foram geradas estatísticas descritivas e analíticas. Ao tratar o aspecto espacial - distribuição e autocorrelação - foram empregados os índices de Moran e a Estatística C de Geary, ao nível de significância de 95%. A fim de demonstrar os resultados dos testes, foram empregados o Lisa Maps e o Moran Maps, além do Diagrama de Moran. **Resultados:** a violência psicológica foi a mais frequente (80,1%) e o perfil identificado nas notificações foi: adultas jovens (40,9%), com menos de oito anos de estudos (47,0%), não brancas (65,8%), sem companheiros (56,5%), heterossexuais (87,3%), não deficientes (81,5%). O comportamento espacial demonstrou uma distribuição irregular entre os bairros. Quanto à autocorrelação espacial entre os bairros, não houve significância estatística, confirmando não ocorrer dependência espacial entre eles. **Conclusões:** a violência contra a mulher atinge, com mais frequência, mulheres adultas com baixo nível social e comporta-se de forma independente no âmbito espacial, entre os bairros da cidade, revelando a necessidade do fortalecimento das políticas públicas de combate a esse fenômeno.

Palavras-chave: Violência; Notificação Compulsória; Sistema de Informação em Saúde.

ABSTRACT

SPACE BEHAVIOR OF NOTIFICATIONS OF URBAN VIOLENCE AGAINST WOMEN

Introduction: Violence against women is considered a multi-causal and complex historical phenomenon, characterized by conduct, based on gender, that may cause some type of harm and is considered a serious public health problem. Therefore, it is necessary to monitor this phenomenon through notifications from health services tracked by the Interpersonal and Self-Violent Violence Surveillance System (VIVA / SINAN). **Objective:** to analyze the spatial behavior of reports of violence against women, in Campina Grande - PB, between 2014 and 2017. **Materials and Methods:** this is a quantitative, descriptive and analytical research, with a cross-sectional design based on the notifications of violence against women with SINAN. The census study analyzed all the Individual Report Cards involving women victims of violence. The variables were selected according to the FNI fill-in fields, in order to identify the sociodemographic profile of the victim, the typology of violence and to enable the verification of spatial behavior. Descriptive and analytical statistics were generated. When dealing with the spatial aspect - distribution and autocorrelation - Moran indices and Geary Statistic C were used, at a significance level of 95%. In order to demonstrate the test results, Lisa Maps and Moran Maps were used, as well as the Moran Diagram. **Results:** psychological violence was the most frequent (80.1%) and the majority of reports identified the profile: young adults (40.9%), less than eight years old (47.0%), nonwhite (65.8%), without partners (56.5%), heterosexuals (87.3%), non-disabled (81.5%). The spatial behavior showed an irregular distribution among the neighborhoods. As for the spatial autocorrelation between the neighborhoods, there was no statistical significance, confirming no spatial dependence between them. **Conclusions:** Violence against women more frequently affects adult women with low socio-demographic levels and behaves independently in the space sphere, between the city's neighborhoods, revealing the need to strengthen public policies to combat this phenomenon.

Key words: Violence; Mandatory Reporting; Health Information System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação das variáveis.....	36
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das notificações da violência segundo a quantificação e tipologia.....	52
Tabela 2. Características sociodemográficas das vítimas.	52
Tabela 3. Índice de Moran e Estatística C de Geary.	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica do município de Campina Grande - PB.....	34
Figura 2. Distribuição geográfica dos bairros de Campina Grande - PB.....	40
Figura 4. Moran Maps. Distribuição espacial das notificações da violência conforme a sua tipologia.....	54
Figura 5. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência psicológica.	55
Figura 6. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência física.....	56
Figura 7. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência sexual.	56
Figura 8. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência psicológica.....	57
Figura 9. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência física.	58
Figura 10. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência sexual.....	58

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

BO - Boletim de Ocorrência

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FNI – Ficha de Notificação e Investigação

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano

IES – Instituição de Ensino Superior

IML – Instituto Médico Legal

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais ou Transgêneros

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

VCM – Violência contra a mulher

VIVA - Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada

VPI – Violência por Parceiro Íntimo

ÍNDICE

1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
1.1	VIOLÊNCIA: CONCEITO E ARCABOUÇO LEGAL	18
1.2	CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA	21
1.3	VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	23
1.4	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA.....	26
1.5	AUTOCORRELAÇÃO ESPACIAL.....	27
2.	OBJETIVOS.....	32
2.1	GERAL.....	32
2.2	ESPECÍFICOS.....	32
3.	MATERIAL E MÉTODOS	34
3.1	TIPO DE ESTUDO	34
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	34
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
3.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	35
3.4.1	Inclusão	35
3.4.2	Exclusão	35
3.5	VARIÁVEIS	36
3.6	COLETA DE DADOS	38
3.6.1	Instrumento.....	38
3.6.2	Procedimentos de coleta de dados.....	38
3.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
3.8	ASPECTOS ÉTICOS	41
4.	RESULTADOS	43

4.1 ARTIGO 1.....	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS.....	82
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	82
ANEXO B – FOLHA DE ROSTO	83
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	84
ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA AUTORES	85
ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMETISSÃO DO ARTIGO	89
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	91
APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA PESQUISA.....	94
APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE.....	95

◆ CONSIDERAÇÕES INICIAIS ◆

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 VIOLÊNCIA: CONCEITO E ARCABOUÇO LEGAL

Vocábulo de origem latina, oriunda da palavra *vis*, denotando força, a violência enquadra-se no campo semântico condizente às percepções de constrangimento e aplicação da superioridade física e/ou psicológica sobre o outro. É identificada em um cenário no qual predominam os conflitos de interesse, lutas pelo poder, vontade de domínio, posse e aniquilamento do outro ou sobre seus bens (BRASIL, 2005).

Por apontar um tipo de fenômeno considerado complexo e multicausal, durante muito tempo, houve uma grande dificuldade em compilar um conceito completo sobre a violência, até que, no ano de 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou, por meio do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, um conceito relevante sobre o tema:

uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p. 5).

Considerada um fenômeno social amplamente discutido e que permeia a sociedade há séculos, a violência atinge todos os estratos sociais, níveis etários, religiões, gêneros e etnias (GUEDES et al., 2015).

A sociedade representa o termômetro da violência: sua interpretação com relação ao aceitável ou condenável está pautada na visão obtida pelas pessoas acerca dos atos praticados, o que torna essa percepção de ordem subjetiva. Há uma relação dependente entre a violência e a agressividade, quando esta influencia diretamente o processo de subjetividade do ser, visto como um processo natural, por meio do qual o indivíduo reage naturalmente frente a situações cotidianas de forma espontânea, necessária para a sobrevivência. A transformação dessa agressividade no ato violento é um processo social, influenciado por múltiplas circunstâncias

inerentes à sociedade, pelo ambiente cultural e reações primárias e comunitárias (MINAYO, 2009).

A violência é um marco tão antigo quanto a formação da sociedade. Está imersa na cultura da população, sendo considerada como propulsora de gêneros, comportamentos e crenças. Desde a antiguidade, o ser humano apropriou-se desse fenômeno como instrumento indispensável à sua sobrevivência, ao travar batalhas contra animais, por meio da caça, na luta diária pela adaptação na natureza, além das reações frente às múltiplas situações adversas geradas pelo ambiente (MUCHEMBLED, 2011).

No decorrer do tempo, tornou-se um problema relevante de saúde pública, devido ao seu grande poder devastador ao conceber inúmeras mortes e condições mórbidas, além de incapacitar os indivíduos afetados e aumentar os anos de vida e de produtividade perdidos (BRASIL, 2005).

Na década de 1960, lideradas pelos profissionais da saúde, mais especificamente pediatras e psiquiatras, as inquietações sociais relacionadas às consequências da violência começaram a moldar sensibilizações a respeito da violência infligida, sobretudo, contra o público infantil, identificando diversos danos ao desenvolvimento das crianças violentadas (MINAYO, 2007).

Somente duas décadas depois, coincidentemente com o final da ditadura militar, começou a ser discutido com mais clareza o conceito da violência no ocidente, mais especificamente no Brasil. Nesse período, os termos violência e criminalidade foram sendo incluídos na agenda da cidadania, sendo influenciados por instituições não governamentais e movimentos sociais pela democracia. Continuando a discussão nos anos 90, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS especificaram o tema violência de um modo conceitual, diferente do que até então vinha sendo abordado, quando os agravos da violência eram referidos como apenas causas externas (KRUG et al., 2002).

Como marco iniciativo às normatizações referentes ao controle da violência no Brasil pode-se destacar a promulgação da Lei Nº 8069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, no qual está assegurada a proteção integral à criança e ao adolescente, garantindo a eles o gozo de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, não havendo prejuízo à universalidade do acesso. Deve-se, portanto, estar garantida às crianças e

adolescentes a devida proteção contra negligência, discriminação, exploração e violência, devendo ser assegurado o direito de proteção à vida e à saúde (BRASIL, 1990).

Malta et al. (2016) destacaram a relevância do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) para a defesa dos direitos dessas pessoas, uma vez que, a partir da sua promulgação, este tipo de violência vem ganhando visibilidade nas agendas internacionais e nacionais de discussão sobre o tema.

Dentre as políticas voltadas para o controle dos agravos relacionados às causas externas, a aprovação, em 2001, da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências se constituiu num símbolo de evolução social, por realizar um diagnóstico situacional da violência e relacioná-la com a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Seus princípios comungam com os preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e distribuem responsabilidades aos diversos setores, preconizando uma articulação intersetorial entre os níveis federal, estadual e municipal e, sobretudo, a formação de recursos humanos, na responsabilidade das universidades (BRASIL, 2001).

No intervalo entre 2001 e 2006, o Ministério da Saúde, com o propósito de alcançar avanços no campo do combate às causas externas, incentivou a legitimação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências através da Portaria 1.968/2001, que versa sobre a obrigatoriedade da notificação pelos profissionais da saúde frente a cenários suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 2001). Também deve ser ressaltada a divulgação da Portaria Nº 1969/2001 que torna obrigatório o correto preenchimento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) em casos de atendimentos de afecções oriundas das causas externas, circunstância enriquecedora para a quantificação e qualificação dos dados que servirão para o reconhecimento da conjuntura epidemiológica desses agravos neste período (MINAYO, 2007).

Respalhada em diversas discussões sobre a violência de gênero e com base nos dados epidemiológicos que caracterizam a violência contra as mulheres, os quais apontam a América Latina em segundo lugar no mundo em agressões de gênero, perdendo apenas para a África Subsaariana (MOLINATTI; ACOSTA, 2015), foi sancionada a Lei Nº 10.778/2003, dispondo sobre a notificação compulsória aos órgãos sanitários dos casos de violência contra a mulher. Aplica-se a qualquer tipo de violência praticada, contribuindo para o planejamento da sua erradicação (BRASIL, 2003).

Em 2004, o Ministério da Saúde, na oportunidade da criação da Portaria GM/MS 936/2004, realizou a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, resultando na criação e implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde. Esses núcleos tinham como funções a geração de discussões e reflexões sobre a temática, o fortalecimento das intervenções locais e o melhoramento da qualidade das informações sobre os acidentes e violências (BRASIL, 2004).

Posteriormente, para reforçar o entrave contra os atos violentos de gênero no Brasil, foi sancionada a Lei Nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, criando mecanismos coibitivos sobre a violência doméstica exercida sobre a mulher, como o atendimento policial especializado, representado pelas Delegacias de Atendimento à Mulher e programas preventivos de combate à violência (BRASIL, 2006).

Embora esteja em plena consolidação, alguns achados apontam para uma ineficiência dos resultados da Lei Maria da Penha, como verificado em um estudo ecológico com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), entre 2001 e 2011, no qual foram considerados os óbitos de todas as mulheres, de todas as faixas etárias, ocorridas no Brasil, por causas externas. Comparando os anos do estudo, não foi observada redução nas taxas de mortalidade de mulheres por agressão, o que pode ser justificado pela falta de informação sobre a lei, assim como as medidas protetivas nela previstas. O medo da vítima, muitas vezes na tentativa de evitar danos prósperos, o desconhecimento dos seus direitos, o sentimento amoroso pelo companheiro e o desamparo da justiça após a denúncia, muitas vezes, impedem a realização da correta notificação dos atos violentos (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Mais recentemente, o Código Penal brasileiro sofreu alteração, por meio da Lei 13.104/2015, a qual prevê os crimes classificados como feminicídio enquanto circunstância atrelada aos crimes de homicídio, assim como incluídos no catálogo dos crimes hediondos. Dessa forma, o feminicídio passa a ser julgado enquanto homicídio qualificado contra as mulheres por razões de gênero (BRASIL, 2015).

1.2 CLASSIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Previamente à elucidação das tipologias da violência, deve-se distinguir os sentidos entre a violência e o conflito. Nas relações cotidianas, é aceitável - e até mesmo histórica - a presença do conflito, porém não é cabível o descontrole quanto ao domínio dos atos que conduzem à violência, sendo esta enxergada, neste contexto, como a incapacidade de resolução dos conflitos (MINAYO, 2007).

Classifica-se a violência segundo o contexto no qual é perpetrada. Está fracionada em três conjuntos gerais diferentes, mas que se interpõem: interpessoal, coletiva e autoinfligida. A violência interpessoal compreende a intrafamiliar e extrafamiliar; a autoinfligida abrange o suicídio e o comportamento suicida e, por fim, a coletiva engloba os tipos de violência social, política e econômica (WAISELFISZ, 2015).

A violência varia também de acordo com a natureza dos atos violentos, podendo ser classificada em física, psicológica, sexual e negligência. O abuso físico é o termo utilizado para denominar toda ação que utiliza a força para produzir danos, na forma de lesões, feridas, traumas ou dores em outra pessoa. Pode ocorrer em qualquer ambiente, no entanto o meio intrafamiliar é o mais acometido. Cerca de 20% das crianças brasileiras são vítimas da violência física, podendo estimular, nas vítimas, futuros comportamentos semelhantes (BRASIL, 2001).

A violência psicológica se constitui na manifestação de ações relacionadas às agressões verbais ou gestuais, tais como humilhações, ameaças e ridicularizações, que resultam em depreciação da moral e autoestima. Estudos apontaram alta prevalência da violência psicológica (25,2%) entre o público infantil, injuriando predominantemente meninas, da cor parda/preta, no grupo de 6 a 9 anos, dentro das suas casas (RATES et al., 2015).

Os atos sexuais ou qualquer tipo de coerção sexual utilizado por meio do aliciamento, violência física ou ameaças, cujo objetivo seja estimular a vítima ou utilizá-la para fins de excitação sexual, hétero ou homossexual, se constitui em violência sexual (MINAYO, 2007).

Por outro lado, embora não esteja inserida no escopo da violência, no sentido relacionado à intencionalidade, a negligência está incluída nas relações violentas interpessoais, por se caracterizar pela ausência de cuidados adequados a quem necessita. As crianças e idosos são os mais afetados pela negligência, devido à dependência dessas classes etárias. Inúmeras sequelas podem ser geradas com a sua prática: desnutrição, atraso escolar, queimaduras, atropelamentos, além dos danos psicológicos (MATA; SILVEIRA; DESLANDES, 2017).

Especificamente, há ainda diversas formas de abordagem da violência, sejam elas: violência criminal, na qual se estabelecem as piores formas de agressão ao outro, por meio de atentados; violência estrutural, que está mais ligada à miséria, à fome e à desigualdade social; violência institucional, aquela realizada dentro de instituições, que utilizam formas normativas e burocráticas de funcionamento para seu ataque; violência cultural, manifestada através de crenças e práticas; violência racial, na qual são atacadas principalmente pessoas negras; violência de gênero, quando há desigualdade de poderes entre os gêneros; violência contra a pessoa com deficiência, através da intolerância ao diferente, marcada pela exclusão social (MINAYO, 2007).

1.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS

Devido aos seus múltiplos efeitos negativos - sobretudo por ameaçar o direito à vida, à saúde e integridade física - e por ser considerada uma violação dos direitos humanos, a Violência Contra a Mulher (VCM) apresenta uma tendência crescente em sua relevância como problema de saúde pública. O termo VCM está ligado ao movimento feminista, sendo foco de pesquisa desde o seu início, em 1970 (FRANK; COELHO; BOING, 2010).

De cunho endêmico, a violência perpetrada contra as mulheres é um fenômeno que está inserido no campo da violência de gênero, sendo estabelecido a partir das desigualdades nas relações de poder construídas socialmente e culturalmente legitimadas, exercidas, na maioria das vezes, pela figura hegemônica do homem, nas quais a mulher é simbolizada enquanto figura diminuta na sociedade (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Ao atingir todas as classes sociais, religiões, estados civis, níveis escolares ou raças, a VCM compreende todas as formas de perpetração: física, psicológica, moral, sexual, coletiva e o tráfico de pessoas, de forma exclusiva ou havendo a interposição das formas da violência (BRASIL, 2006).

Comumente, o padrão de acometimento da violência difere entre homens e mulheres, sobretudo quanto ao agressor e local. As vítimas do sexo masculino, normalmente,

experimentam a violência em locais públicos, por meio da ação de agentes perpetradores desconhecidos, enquanto as mulheres são violentadas mais frequentemente no ambiente doméstico, por pessoas ligadas ao ambiente familiar, como seus parceiros ou ex-parceiros íntimos, pais, irmãos, padrastos ou outros (BRASIL, 2011). Contudo, a violência por parceiros íntimos (VPI) mostra-se mais prevalente nesse contexto, manifestando-se não apenas de forma única, mas apresentando um padrão de repetição, no qual a sociedade valida, banaliza e naturaliza o modelo cultural que determina a subserviência da mulher na relação de dominação pelo homem (MENDONÇA; LUDERMIR, 2017).

Além disso, há maiores chances da ocorrência da violência contra as mulheres estabelecer-se em ambientes nos quais os índices de violência contra os homens sejam altos, estando, até certo ponto, diretamente proporcionais (LEITES; MENEGHE; HIRAKATA, 2014).

A invisibilidade ainda percebida no contexto social da violência sofrida pelas mulheres – mesmo após a formulação da Lei Maria da Penha, cuja sanção proporcionou maior notoriedade à temática - pode estar relacionada à vergonha da exposição, uma vez que as mulheres se sentem expostas; ao medo da denúncia, já que o aparato legal, no Brasil, ainda não consegue estabelecer mecanismos completos de proteção às vítimas, além do desconhecimento do arcabouço jurídico (BRASIL, 2011).

Como consequência da violência sofrida pelas mulheres, destacam-se os agravos biológicos, tais como lesões e traumas físicos, dores crônicas, efeitos gastrointestinais, fibromialgias, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), infecções urinárias e problemas com a menstruação; psicológicos, como as disfunções sexuais, estresse, depressão, ansiedade, maiores tendências ao suicídio; além das desordens morais e sociais (BARUFALDI et al., 2017).

Os dados epidemiológicos nacionais sobre a temática apontam uma grande prevalência da violência contra a mulher - cerca de 35% - sendo bastante comum a ocorrência da violência psicológica (25,3%), seguida da física (9,9%). Nota-se uma baixa frequência das notificações da violência sexual, provavelmente devido aos fatores que limitam a realização das denúncias (LEITE et al., 2017).

Silva e Oliveira (2016), em um estudo de caracterização dos dados epidemiológicos de violência contra a mulher no Distrito Federal, elencaram os fatores associados com a violência entre parceiros íntimos, destacando as desigualdades tradicionais de gênero estabelecidas pela sociedade, além do uso de álcool e/ou substâncias ilícitas pelo companheiro, o baixo nível socioeconômico da vítima, antecedentes familiares de violência e o desemprego. A forma física da violência prevaleceu (46,8%), seguida da sexual (22,5%) e psicológica (2,0%), ocorridas na maioria dos casos em suas próprias residências. Na maioria dos casos de agressões sexuais, a vítima aponta o agressor como desconhecido (25,7%) ou cônjuges (19%).

A grande maioria das mulheres se encontra em situação de vulnerabilidade, naturalmente inerente à cultura de gênero, com mais ressalva a determinados grupos sociais, particularmente às crianças, idosos, pessoas com deficiências e pertencentes aos grupos LGBTQ. A pesquisa conduzida por Rates et al. (2015) apontou alta prevalência da violência psicológica (25,2%) entre o público infantil, injuriando predominantemente meninas, da cor parda/preta, no grupo de 6 a 9 anos, dentro das suas casas.

Sabe-se que cerca de 15% das pessoas encontram-se em situação de deficiência e que tal condição, seja ela física, mental, intelectual ou múltipla, vulnerabiliza ainda mais as pessoas a determinadas situações de violência. É percebida uma alta prevalência dos atos violentos contra pessoas com deficiência (KHALIFEH et al., 2016). A epidemiologia mostra que aproximadamente 15 a 22% das mulheres deficientes são vítimas da violência doméstica em todo o mundo, já a frequência da violência sexual (9,9%) é inferior, quando comparadas (KHALIFEH et al., 2015).

Ao investigar a violência sofrida pelo público idoso, foi verificado que 20,9% das pessoas sofreram algum tipo de violência, principalmente a psicológica (20,9%) e a física (5,9%), em um público da faixa etária dos 60 a 80 anos. A maioria das idosas referiu autopercepção negativa da saúde, hospitalizações recentes e multimorbidades (PAIVA; TAVARES, 2015).

Os atos violentos praticados contra mulheres da comunidade LGBTQ se manifestam por meio da homofobia, que significa aversão aos homossexuais, sendo denominado lesbofobia, quando praticada contra as mulheres lésbicas (LIONÇO, 2009). Diante dessa conjuntura, a prevalência da violência voltada a essa classe exhibe um padrão dominado pela violência psicológica, seguido da física e sexual (ALBUQUERQUE; PARENTE, 2018).

1.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA

O conhecimento das causas da mortalidade precoce é conveniente no sentido da sua prevenção. Para tanto, Malta et al. (2017) propuseram um Estudo de Carga Global com dados secundários de todos os estados brasileiros objetivando o levantamento epidemiológico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no qual a violência interpessoal saltou da quinta para a quarta posição entre os anos 1990 e 2015.

Até 2006, os casos suspeitos e confirmados de violência eram referenciados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) e, em determinadas ocasiões, pelos Boletins de Ocorrência Policial (BO), gerados pelas Delegacias de Polícia. Com o intuito de amplificar o conhecimento sobre as características dos eventos violências e acidentes, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), amplificando as variáveis analisadas. Esse plano é dividido em dois segmentos: VIVA contínuo, o qual coleta dados de violência interpessoal e autopraticada nos serviços de saúde; VIVA inquérito, realizada a cada três anos, com base em informações adquiridas em serviços de urgência e emergência durante trinta dias ininterruptos (BRASIL, 2016).

Através das Portarias nº 104/2011 e 1271/2014, a violência, nas suas mais variadas configurações, passou a ser considerada um agravo de notificação compulsória, ganhando visibilidade e amplitude de observação, à medida que foram incluídos todos os serviços de saúde nesta norma (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, sexual, autoperpetrada, tráfico de seres humanos, trabalho escravo, tortura e homofobia devem ser informados mediante preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação (FNI), em duas vias: uma permanecendo na unidade notificadora e a seguinte conduzida ao serviço municipal de vigilância epidemiológica, o qual terá a responsabilidade de gerir a informatização e disseminação das suas informações. O preenchimento correto da FNI segue as seguintes disposições: campos obrigatórios: aqueles cuja ausência impede a inclusão da ficha no SINAN; campos essenciais:

não chegam a se tornar compulsórios, porém são fundamentais para a investigação epidemiológica; campo chave: identificador do registro no sistema (BRASIL, 2016).

Uma vez que a notificação se tornou obrigatória, passou a ser reconhecida como um instrumento válido para o planejamento de ações efetivas no combate à violência, além de demonstrar um diagnóstico causal. Em contrapartida, a subnotificação da violência por parte dos profissionais da saúde está relacionada a diversos obstáculos, tais como inconsistência e até escassez de mecanismos de padronização técnica, deficiência na proteção legal dos profissionais responsáveis por notificar, dificuldade na identificação da violência no setor, e quebra de sigilo profissional (VELOSO et al., 2013).

1.5 AUTOCORRELAÇÃO ESPACIAL

A autocorrelação espacial é considerada uma associação entre as observações de uma única variável estritamente concedida à proximidade destas verificações no espaço geográfico (BIVAND; PIRAS, 2015). As medidas dessas correlações espaciais estão ligadas às covariâncias ou correlações entre as observações vizinhas de uma determinada variável. Dessa forma, são comparados dois tipos de informes: semelhança de observações e similaridade entre locais (FISCHER; WANG, 2011).

Categoricamente, a associação de observações na vizinhança, definido para cada localização, pode ser expressa através de pesos espaciais numa matriz \mathbf{W} , cuja ordem é dada em n , ou seja,

$$W = \begin{bmatrix} W_{11} & W_{12} & \dots & W_{1n} \\ W_{21} & W_{22} & \dots & W_{2n} \\ \vdots & \vdots & \dots & \vdots \\ W_{n1} & W_{n2} & \dots & W_{nn} \end{bmatrix},$$

onde n é representado pelo número de verificações, ou seja, os locais de observação, podendo ser representados por bairros, ruas ou cidades. A entrada na i -ésima linha e j -ésima coluna, denominado como \mathbf{W}_{ij} , corresponde ao par (i,j) de localizações. Os elementos que estão

dispostos na diagonal sempre são considerados zero por convenção, enquanto que os demais assumem valores diferentes de zero, quando as localizações i e j são consideradas vizinhas, conseqüentemente, quando não forem vizinhas, são consideradas diferentes de zero (AL-AHMADI; AL-AZHRANI, 2013).

Dessa forma, torna-se mais adequado estruturar tais observações sob a forma de uma matriz de pesos \mathbf{W} , cuja dimensão é igual ao número de unidades de área a ser consideradas. Na referida matriz, cada linha e coluna corresponde a um par de observações. Para serem consideradas áreas vizinhas, ou de primeira ordem, deverão ter uma fronteira em comum, ou seja,

$$W_{ij} = \begin{cases} 1, & \text{se a área } j \text{ compartilha uma fronteira comum com a área } i. \\ 0, & \text{caso contrário.} \end{cases}$$

Optativamente, duas áreas i e j podem ser determinadas como vizinhas quando a distância (d_{ij}) entre os centroides – cada área no mapa que é identificada com um ponto – é inferior a um determinado valor crítico (d), gerando pesos espaciais fundamentando-se nas distâncias,

$$W_{ij} = \begin{cases} 1, & \text{se } d_{ij} < d \text{ (} d > 0 \text{)} \\ 0, & \text{caso contrário} \end{cases}$$

quando, a partir de então, as distâncias são calculadas com base em informações sobre latitude e longitude dos centroides (ANSELIN, 2002).

Duas medidas são largamente empregadas no tratamento de dados de área e variáveis em escala intervalar: Índice I de Moran e a Estatística c de Geary. Ambas mostram o grau de associação espacial do conjunto de dados. O Índice de Moran calcula a autocorrelação espacial como uma covariância, a partir do produto dos desvios relacionados à média, indicando a magnitude da associação espacial presente no conjunto de dados com n localizações. Já a estatística de Geary opera o quadrado dessas diferenças (FISCHER; WANG, 2011).

Estes valores podem variar numa escala de $(-1, 1)$. Um valor extremo observado em um dos dois índices indica uma autocorrelação significativa. Um valor que ultrapassa seu valor esperado em $-1/(n - 1)$ denota uma autocorrelação espacial positiva, enquanto que, ao ser

identificado um valor inferior, a autocorrelação espacial é considerada negativa (FONATHERINGHAM; ROGERSON, 2008). O Índice I de Moran é dado pela expressão:

$$I = \frac{n}{W_0} \times \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (z_i - \bar{z})(z_j - \bar{z})}{\sum_{i=1}^n (z_i - \bar{z})^2}$$

A estatística c de Geary é dada como:

$$c = \frac{(n-1)}{2W_0} \times \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (z_i - \bar{z})(z_j - \bar{z})}{\sum_{i=1}^n (z_i - \bar{z})^2}$$

Dessa forma, o Índice I de Moran é bastante útil para gerar distribuições espaciais de dados, demarcando áreas de risco semelhantes para a ocorrência do evento de interesse. Sendo assim, possibilita verificar até onde o nível da mesma variável é similar entre duas áreas (SILVA et al., 2011).

A aplicabilidade da estatística espacial no campo da pesquisa científica abordando a temática da violência está em constante crescimento e aperfeiçoamento, graças ao seu potencial em estabelecer um diagnóstico preciso da realidade do fenômeno, por meio da demonstração da distribuição desses casos no espaço geográfico (ANDRADE FILHO et al., 2017).

Bernardino et al. (2018) realizaram um estudo nacional, de caráter ecológico, a partir do qual foi possível realizar uma investigação espaço-temporal dos traumas maxilofaciais decorrentes da violência contra crianças e adolescentes, a partir das informações do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal. Neste estudo também foi verificada a distribuição espacial por meio da autocorrelação entre os bairros, com o objetivo de medir a dependência espacial entre as unidades geográficas. Os achados demonstraram associação estatística positiva entre a incidência dos casos da violência e áreas com baixo índice sociodemográfico.

Outra pesquisa abordou a violência a partir de inferências realizadas com base nos estudos de dependência espacial. Realizado em Chicago, nos EUA, os pesquisadores buscaram verificar a dependência espacial de maus tratos infantis. Também foram utilizados os bairros como estruturas de vizinhança, obtendo resultados que demonstraram um resultado de dependência entre os bairros (MOLNAR et al., 2016).

Diante do quadro epidemiológico acerca da temática, objetivou-se analisar o comportamento espacial das notificações da violência contra as mulheres.

◆ OBJETIVOS ◆

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o comportamento espacial das notificações da violência contra a mulher no município de Campina Grande – PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as tipologias mais prevalentes da violência contra a mulher;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico das vítimas da violência;
- Averiguar a distribuição dos distintos tipos da violência entre os bairros da cidade;
- Verificar a possível autocorrelação espacial e, conseqüentemente, a dependência espacial das notificações entre os bairros da cidade.

◆ MATERIAIS E MÉTODOS ◆

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido nos moldes de um delineamento transversal, censitário, quantitativo, descritivo e analítico, a partir dos dados secundários coletados junto às Fichas de Notificação/Investigação, notificadas ao sistema VIVA-SINAN. Adotou-se a abordagem indutiva como método científico, por ser um estudo que partiu de dados particulares para inferir uma verdade universal (LAKATOS; MARCONI, 2009).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no município de Campina Grande, situado no nordeste brasileiro, localizado na mesorregião do agreste paraibano. Possui uma área territorial de 593,026km², e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) de 0,72, ocupando a terceira colocação no estado. Foi estimada, para 2019, uma população aproximada de 410 mil habitantes, predominando o sexo feminino, sendo a segunda maior cidade do estado, contendo 51 bairros. É considerada um dos principais polos industriais do nordeste e concentra um grande número de Instituições de Ensino Superior (IES), totalizando dezessete IES. O município conta com 112 estabelecimentos de saúde geridos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando os três níveis de atenção à saúde (IBGE, 2019).



Figura 1. Localização geográfica do município de Campina Grande - PB.

A coleta foi realizada no setor de vigilância epidemiológica, departamento subordinado à Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, situado nesta repartição. Apenas os estabelecimentos municipais encaminham as fichas de notificação para a secretaria de saúde municipal. Desse modo, como a cidade possui hospitais de referência para o atendimento às vítimas da violência, poucas notificações foram oriundas da atenção básica e demais serviços de saúde.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população de estudo compreendeu todas as Fichas de Notificação/Investigação arquivadas na secretaria de saúde relacionadas ao evento da violência, entre os anos de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

3.4.1 Inclusão

Foram incluídas as Fichas de Notificação/Investigação relacionadas ao evento da violência, quando ocorrido na zona urbana do município de Campina Grande, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2017.

3.4.2 Exclusão

- Fichas nas quais foram identificados indivíduos do sexo masculino;
- Fichas que não estavam com os dados essenciais à pesquisa legíveis;
- Não preenchimento do bairro de ocorrência do evento;
- Duplicidade de notificação (foi considerada apenas uma ficha);

- Não preenchimento da tipologia da violência;
- Incompletude dos preenchimentos superior a 50% (ROMERO; CUNHA, 2006).

3.5 VARIÁVEIS

As variáveis foram verificadas seguindo a divisão dos blocos contidos nas FNI: (1) dados gerais da ocorrência, compreendidos pelo número da ficha e o ano de ocorrência; (2) notificação individual, relacionada à idade, período gestacional (quando ocorrido), raça/cor, escolaridade; (3) dados referentes à pessoa atendida: estado civil, orientação sexual, possuir deficiência; (4) dados da ocorrência: local, sendo necessário, ao menos, o preenchimento do bairro; (5) dados referentes à violência: tipo de violência.

Quadro 1. Classificação das variáveis.

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO QUANTO À MENSURAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO PLANO DE ANÁLISE
<i>Ano</i>	Período no qual o evento aconteceu	Em números	Numérica discreta	Independente
<i>Idade</i>	Número de anos de vida da vítima no momento da notificação	Em anos	Numérica discreta	Independente
<i>Gestante</i>	Mulheres que se encontram em período gestacional no momento da notificação	1 - sim; 2 não; 9- Ignorado	Qualitativa nominal	Independente

<i>Raça/cor</i>	Tonalidade da pele autodeclarada pelo indivíduo no momento da notificação	1-Branca; 2- Não branca; 999- Ignorado	Qualitativa nominal	Independente
<i>Escolaridade</i>	Nível escolar autodeclarado no momento da notificação	1-Menos de oito anos de estudos; 2- Mais de oito anos de estudos; 999- Ignorado	Qualitativa ordinal	Independente
<i>Estado civil</i>	Situação conjugal na qual a vítima se encontrava no momento da notificação	1-Sem companheiro; 2- Com companheiro; 999-Ignorado	Qualitativa nominal	Independente
<i>Orientação sexual</i>	Indicada pelo gênero pelo qual a pessoa é atraída	1-Heterossexual; 2-Homossexual (gays/lésbicas); 3-Bissexual; 8- Não se aplica; 9- Ignorado	Qualitativa nominal	Independente
<i>Possuir deficiência</i>	Identifica-se a presença ou ausência de deficiência do indivíduo	1-Sim; 2-Não; 9- Ignorado	Qualitativa nominal	Independente
<i>Bairro de ocorrência</i>	Bairro no qual aconteceu a violência	Códigos dos bairros em anexo	Qualitativa nominal	Independente

<i>Tipo de violência</i>	Classificação da violência	1 - Física; 2 - Psicológica/moral; 3 - Tortura; 4 - Sexual; 5 - Tráfico de seres humanos; 6- Negligência/abandono; 7 - Trabalho infantil; 8-Intervenção legal; 9 - Outros; 99-Ignorado	Qualitativa nominal	Dependente
--------------------------	----------------------------	--	---------------------	------------

3.6 COLETA DE DADOS

3.6.1 Instrumento

O instrumento para a coleta dos dados foi construído pelos pesquisadores com base nas informações existentes nas Fichas de Notificação/Investigação, sendo dividido em sete blocos, elencando as questões referentes ao perfil do agressor, da vítima e do evento. Os códigos para preenchimento seguiram os categorizados na ficha. O local referente à idade foi preenchido em anos ou em meses, caso estivesse tratando-se de crianças abaixo de um ano de idade (APÊNDICE A).

3.6.2 Procedimentos de coleta de dados

Previamente à coleta dos dados, dois pesquisadores (um mestrando e um aluno de graduação) se reuniram com a equipe de vigilância epidemiológica da secretaria de saúde responsável pelos dados epidemiológicos, cujos objetivos foram o reconhecimento do ambiente, apresentação do instrumento de coleta e da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Com o objetivo de verificar a confiabilidade do instrumento de coleta, dos métodos

de pesquisa e das variáveis a serem trabalhadas, foi realizado um estudo piloto com os dados de quarenta fichas de notificação – quantidade estimada com base na saturação dos dados – referentes ao ano de 2013, não as incluindo, posteriormente, nas análises estatísticas finais.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Na concepção do banco de dados, alguns ajustes se fizeram necessários no propósito do melhoramento didático do estudo: recategorização de algumas variáveis (faixa etária, escolaridade, raça, estado civil e relações sexuais), classificação da hora de ocorrência do evento de acordo com os turnos e codificação dos bairros com vistas à geração dos mapas geoespaciais.

A partir de então foram geradas estatísticas descritivas e analíticas. A análise descritiva foi delineada por meio das frequências absolutas e relativas. Com relação à análise bivariada, foram empregados os testes do Qui-quadrado de Pearson (X^2) e Exato de Fisher, ao nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

Com o intuito de analisar as tendências espaciais das variáveis do estudo foi utilizada a média móvel local, indicada por

$$\mu_i = \sum_{j=1}^n W_{ij} Y_j,$$

onde $i = 1, \dots, n = 51$ e $j = 1, \dots, n = 51$ bairros de Campina Grande e y_i = valor verificado de cada variável. Os Índices de Moran global e local e a Estatística C de Geary são usados para mensurar os efeitos das dependências espaciais entre os bairros.

No sentido de demonstrar ilustrativamente o comportamento do fenômeno da violência na cidade de Campina Grande, foram construídos gráficos de espalhamento de Moran e LISA Maps. Esses mapas têm como objetivo verificar a ocorrência de uma autocorrelação espacial existente entre as unidades de análise (bairros). Os mapas seguiram exatamente a disposição geográfica da cidade, conforme demonstrado na Figura 3.



Figura 2. Distribuição geográfica dos bairros de Campina Grande - PB.



Figura 3. LISA Maps.

As análises foram respaldadas no software estatístico R (RStudio), por meio dos pacotes: *Maptools*, *sp*, *spdep*, *classInt*, *RColorBrewer* (R CORE TEAM, 2017).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sendo aprovada sob o parecer 2.611.097, em concordância com os pré-requisitos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As informações pessoais relacionadas à identificação dos indivíduos envolvidos nos eventos registrados nas Fichas de Notificação/Investigação, além de não serem assinaladas no instrumento de coleta, permanecem em total confidencialidade.

◆ RESULTADOS ◆

4. RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1¹

DISTRIBUIÇÃO E AUTOCORRELAÇÃO ESPACIAL DAS NOTIFICAÇÕES DA VIOLÊNCIA URBANA CONTRA A MULHER

DISTRIBUTION AND SPACE AUTOCORRELATION OF NOTIFICATIONS OF URBAN VIOLENCE AGAINST WOMEN

**Gustavo Correia Basto da Silva¹; Osires de Medeiros Melo Neto²; Natália Medeiros
Andrade³; Ricardo Alves de Olinda⁴; Alessandro Leite Cavalcanti⁵**

¹ *Cirurgião Dentista. Mestrado em Saúde Pública. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.*

² *Engenheiro Civil. Universidade Federal de Campina Grande.*

³ *Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual da Paraíba.*

⁴ *Docente. Doutor em Estatística. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.*

⁵ *Docente. Pós-doutor em Odontopediatria. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba.*

RESUMO

Objetivou-se verificar a distribuição e a autocorrelação espacial das notificações da violência contra a mulher. Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo, transversal, baseado em dados secundários, a partir das notificações da violência contra a mulher registradas no SINAN, entre os anos 2014 e 2017. Além das estatísticas descritivas, foram gerados mapas (Lisa e Moran) para a demonstração da distribuição espacial das notificações, além de diagramas, utilizando o Índice Global de Moran e a Estatística C de Geary, com auxílio do software estatístico RStudio. Foi adotada como unidade de verificação a variável “Bairro de ocorrência” para nortear a análise espacial. A partir dos resultados (N = 558), foi possível verificar maior prevalência da violência psicológica (80,1%), seguida da física (39,2%), em mulheres adultas, com baixo nível escolar, não brancas, sem companheiros (as). Não foram encontrados resultados estatísticos significativos para a autocorrelação espacial entre os bairros. Diante disso, o presente estudo possibilitou o norteamento do processo de tomada de decisão frente ao cenário da violência contra a mulher, além de se constituir em uma ferramenta útil para guiar o planejamento de ações de combate ao agravo.

Descritores: Sistemas de Informação Geográfica; Análise Espacial; Violência contra a Mulher.

ABSTRACT

The objective was to verify the spatial distribution and autocorrelation of the reports of violence against women. It is an exploratory, quantitative, cross-sectional study, based on secondary data, based on reports of violence against women registered in SINAN between 2014 and 2017.

In addition to the descriptive statistics, maps were generated (Lisa and Moran) for the demonstration of the spatial distribution of notifications, as well as diagrams, using the Moran Global Index and Geary Statistic C with the statistical software RStudio. The variable "Occurrence neighborhood" was used as the verification unit to guide spatial analysis. From the results (N = 558), it was possible to verify a higher prevalence of psychological violence (80.1%), followed by physics (39.2%) in adult women with low school level, nonwhite, without partners. No significant statistical results were found for the spatial autocorrelation between the neighborhoods. Given this, the present study made it possible to guide the decision-making process against the scenario of violence against women, as well as being a useful tool to guide the planning of actions to combat the disease.

Key Words: Geographic Information Systems; Spatial Analysis; Violence against Women.

INTRODUÇÃO

De amplitude universal, a violência contra a mulher é um fenômeno considerado uma violação dos direitos humanos, por gerar inúmeros danos às vítimas e apresentar inquietantes taxas de acometimento, sendo assim apontado como um potencial problema de saúde pública mundial¹. Conceitualmente, é entendida como qualquer ato violento, baseado em gênero, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em injúrias físicas, sexuais, psicológicas e, mais recentemente incluídas, as tipologias moral e patrimonial, ou qualquer outro tipo de sofrimento voltado à mulher, levando em consideração a coerção e a privação arbitrária da liberdade, perpetrado tanto em ambientes públicos quanto privados².

Estimativas da Organização Mundial da Saúde revelam que aproximadamente uma em cada três mulheres no mundo experimenta violência física e/ou sexual em algum período da sua

vida, tendo como principal agressor o seu parceiro íntimo. Mundialmente, cerca de 38% dos assassinatos de mulheres são praticados por seus parceiros íntimos, levando à denominação de Violência por Parceiros Íntimos (VPI) pela literatura³.

Atualmente, a prevalência acumulada da violência contra a mulher no mundo é de 30%⁴, podendo chegar até a 50% em países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos⁵. Um estudo transversal, realizado na Turquia, identificou uma prevalência de 26,6% da violência doméstica perpetrada contra as mulheres. Dessas, 11,4% afirmaram sofrer algum tipo de violência uma ou duas vezes por mês. A violência psicológica, sobretudo por meio dos xingamentos, esteve presente em 20,1% dos casos, seguida da física (14,2%) e sexual (2,4%). O estudo também avaliou a frequência da privação da liberdade exercida pelos parceiros íntimos, chegando ao total de 16,2%⁶.

No Brasil, a partir de um estudo descritivo que buscou verificar a mortalidade por agressão em mulheres, ao cruzar dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obteve-se 67,1% de todas as notificações sobre violência tendo mulheres como vítimas. De acordo com o SIM, no período estudado, dos mais de 23 mil óbitos de mulheres violentadas, grande parte (72,5%) acometeu mulheres adultas e adolescentes (16,1%)⁷.

Com vistas à promoção do enfrentamento da violência contra a mulher, diversas estratégias têm sido desenvolvidas no intuito de melhorar o cenário no qual estas mulheres se encontram. Para tanto, foi necessária a criação, em 2003, da Secretaria de Políticas para as Mulheres, cujas diretrizes estão voltadas à igualdade e respeito à diversidade, equidade, autonomia das mulheres, universalidade das políticas e justiça social⁸. Logo em seguida, em 2004, o Ministério da Saúde torna obrigatório, e de caráter de urgência, a notificação dos casos de violência contra as mulheres por meio da Portaria GM/MS 2.406/2004⁹.

Apesar dos avanços, ainda seria necessária a formulação de outros mecanismos eficazes no combate a esse evento. Foi então que, em 2006, foi sancionada a Lei 11.340/2006, popularmente difundida como Lei Maria da Penha, com reais intenções de lançar dispositivos coibitivos e preventivos no sentido da diminuição da desigualdade de gênero, melhor assistência intersectorial às vítimas - sobretudo na forma como o crime é processado -, e garantia de direitos sociais¹⁰. Considerada um marco nas políticas de enfrentamento, a partir dessa lei, a violência contra a mulher ganhou destaque por avançar no sentido do cumprimento dos princípios da Convenção de Belém do Pará e da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra as Mulheres, além de regimentar a Constituição Federal¹¹.

A notificação da violência contra a mulher nos setores da saúde deve ser realizada pelos profissionais da saúde, diante de situações suspeitas ou confirmadas de violência, por meio do preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação (FNI), posteriormente inserida no banco de dados do SINAN¹². O correto preenchimento da ficha de notificação sobre violências é considerado essencial para a realização de uma análise epidemiológica situacional, além de subsidiar a construção de medidas efetivas para o seu combate, no entanto torna-se bastante importante assinalar algumas dificuldades observadas em alguns profissionais quanto à notificação, entre elas a falta de conhecimento relacionado aos trâmites da notificação, dificuldade de preenchimento, medo de retaliação e, mais frequentemente, a sobrecarga de trabalho¹³.

Diante dessa conjuntura, é imprescindível um bom planejamento das ações de combate à violência, sendo necessário um diagnóstico preciso da distribuição do evento no espaço geográfico. Para tanto, tais desfechos poderão ser alcançados com o emprego dos Sistemas de Informações Geográficas (SIG), ferramenta computacional da área do geoprocessamento capaz de demonstrar como determinados eventos se comportam no espaço¹⁴.

No campo da saúde, a estatística espacial lança diversas técnicas, a partir das quais é possível a realização de análises inferenciais das variáveis no âmbito espacial, de modo que possibilita a avaliação dos resultados de acordo com a realidade socioeconômica, cultural e ambiental¹⁵.

Em face do exposto, o artigo propõe analisar o padrão espacial das notificações da violência contra a mulher em uma cidade do nordeste do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica exploratória, quantitativa, analítica, com delineamento transversal, baseada em dados secundários, por meio da utilização de técnicas de estatística espacial por dados de área, utilizando a modelagem geo-objeto. O estudo foi desenvolvido a partir das notificações da violência contra a mulher registradas no SINAN, entre os anos 2014 e 2017, no município de Campina Grande, Paraíba. O município possui cerca de 410 mil habitantes, sendo considerada a segunda maior cidade do estado, tendo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,72¹⁶. A coleta foi realizada no setor da Vigilância Epidemiológica, órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Por considerar um estudo censitário, a população foi composta por todas as fichas de notificação da violência.

Foram incluídas as fichas relativas ao fenômeno da violência, dos casos ocorridos na zona urbana, entre o período de 2014 a 2017. Em contrapartida, foram excluídas as fichas cujas vítimas eram do sexo masculino; contendo o preenchimento ilegível; bairro não identificado; duplicidade de notificação - sendo considerada apenas uma destas -; campo da tipologia da violência não assinalado e ficha com incompletude superior a 50%, com base no estudo de Abath et al.¹⁷, considerado por Correia et al.¹⁸ como fonte mais utilizada e adequada.

O instrumento de coleta seguiu a sequência de dados apresentada pela Ficha de Notificação/Investigação, dividida em campos relacionados à identificação da vítima; da residência; dados mais específicos caracterizadores da vítima; dados da ocorrência; da tipologia da violência; sobre violência sexual, quando ocorrida; consequências da violência (não estando presente em todos os tipos de ficha); lesão; dados do provável autor da violência e evolução e encaminhamento.

Em seguida procedeu-se com a construção do banco de dados para posterior análise estatística. Nesta etapa, realizou-se uma inspeção mais aguçada no banco com o objetivo de detectar possíveis erros ou incongruências no preenchimento e digitação dos dados. Na fase do processamento e análise dos dados, recorreu-se ao Software estatístico R (RStudio), por meio dos pacotes: *Maptools*, *sp*, *spdep*, *classInt*, *RColorBrewer*¹⁹.

Os dados referentes à frequência da violência e as características sociodemográficas foram apresentados por meio de tabelas descritivas, por meio de frequências absolutas e relativas.

Foi adotada como unidade de verificação a variável “Bairro de ocorrência” para nortear a análise espacial deste artigo. Os dados necessários para a montagem dos mapas do estudo para a cidade foram obtidos a partir dos códigos disponíveis no Departamento de Estatística da Universidade Estadual da Paraíba.

Para atender ao objetivo do estudo, foram arquitetados mapas coropléticos, nos quais a frequência da manifestação do fenômeno determina a variação de cor ou tonalidade. Neste artigo foi adotada a escala de cinza para demonstrar a distribuição geral das notificações da violência contra a mulher, através do mapa de Moran, dividida pela forma de perpetração. Em alternativa, para revelar o comportamento da autocorrelação espacial foi empregado o Lisa

Maps, também por tipologia da violência, sendo utilizadas as cores azul (+/+), verde (-/-), vermelha (+/-) e amarela (-/+), variando conforme o comportamento espacial da variável.

Para fins interpretativos, o Lisa Maps categorizou os locais censitários conforme o nível de significância dos valores obtidos a partir dos índices locais de Moran, os quais podem variar de -1 a 1, de acordo com o valor da variável obtida em um determinado bairro comparado com a média encontrada em bairros vizinhos: alta/alta (+/+) ou baixa/baixa (-/-), demonstrando associação positiva, quando os valores entre os bairros vizinhos são próximos; alta/baixa (+/-) ou baixa/alta (-/+), indicando associação negativa, ou seja, vizinhança com valores distintos. De modo semelhante pode ser observado nos gráficos de espalhamento de Moran, subdividido em quatro quadrantes.

Além disso, foram gerados gráficos com frequências absolutas, caracterizando a violência conforme as tipologias: física, psicológica, sexual, negligência e tortura.

Ao analisar as tendências espaciais das variáveis foi utilizada a média móvel local, indicada por

$$\mu_i = \sum_{j=1}^n W_{ij} Y_j,$$

sendo $i = 1, \dots, n = 51$ e $j = 1, \dots, n = 51$ bairros de Campina Grande e y_i = valor verificado de cada variável.

Ilustrativamente, para a construção dos mapas, foi utilizado um Indicador Local de Associação Espacial (LISA – *Local Indicator of Spatial Association*) para quantificar a frequência da violência geoespacialmente e verificar o nível de dependência espacial do evento em questão entre os bairros da cidade, por meio da matriz de vizinhança de primeira ordem. Para tanto, utilizou-se o Índice Global de Moran (a) e a Estatística C de Geary (b)

$$a) \quad I = \frac{n}{W_0} \times \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (z_i - \bar{z})(z_j - \bar{z})}{\sum_{i=1}^n (z_i - \bar{z})^2}$$

$$b) \quad c = \frac{(n-1)}{2W_0} \times \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (z_i - \bar{z})(z_j - \bar{z})}{\sum_{i=1}^n (z_i - \bar{z})^2}$$

Os resultados estatísticos de Moran e Geary tomaram como base o intervalo de confiança de 95%. Tornou-se estatisticamente significativo os valores aproximados de 0, em se tratando da Estatística C de Geary e 1, em relação ao Índice de Moran.

A fim de atender às normas estabelecidas pela Resolução 466/2012, pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e aprovada pelo comitê de ética sob o número 2.611.097.

RESULTADOS

No intervalo entre 2014 e 2017 foram avaliadas 558 fichas relacionadas à violência contra a mulher que atenderam aos critérios de elegibilidade. A violência apresentou-se recorrentemente de forma única (59,1%), com maior manifestação das formas psicológica (80,1%) e física (39,2%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das notificações da violência segundo a quantificação e tipologia.

Variável	<i>f</i>	%
Quantificação		
Violência Única	330	59,1
Violência múltipla	228	40,9
Tipologia		
Violência psicológica	447	80,1
Violência física	219	39,2
Violência sexual	117	21
Tortura	29	5,2
Negligência	27	4,8
Total	558	100

A maioria das vítimas apresentou um perfil predominantemente adulto-jovem, com idades entre 20 e 39 anos (40,9%), com menos de oito anos de estudos (47%), de raça não branca (65,8%), sem companheiro (a) (56,5%), heterossexual (87,3%) e não deficiente (81,5%). (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas das vítimas.

Variável	<i>f</i>	%
Faixa etária (em anos)		
0-12	23	4,1
13-19	65	11,6
20-39	228	40,9
40-60	180	32,3
>60	62	11,1
Escolaridade (anos de estudo)		
< 8	262	47,0
≥ 8	186	33,3
Ignorado	110	19,7
Raça		
Branca	165	29,6
Não branca	367	65,8
Ignorado	26	4,7

Estado civil		
Sem parceiro íntimo (a)	315	56,5
Com parceiro íntimo (a)	213	38,2
Ignorado	30	5,4
Relações sexuais		
Heterossexual	487	87,3
Homossexual	9	1,6
Bissexual	5	0,9
Ignorado	57	10,2
Deficiência		
Sim	82	14,7
Não	455	81,5
Ignorado	21	3,8

Os resultados das estatísticas espaciais são apresentados por meio de figuras: Moran Maps para a distribuição espacial do evento e Lisa Maps para verificação da autocorrelação espacial entre os bairros.

Na Figura 4 é possível visualizar a distribuição da frequência absoluta da violência pelos bairros da cidade, conforme cada variável relacionada à sua tipologia. A violência psicológica se comportou de forma intensa em grande parte dos bairros, destacando-se nas regiões centrais da cidade, diferindo da forma física, que se destacou nos bairros de Bodocongó, Malvinas, Catolé e Alto Branco, geograficamente localizados nas extremidades da cidade. A violência sexual foi mais acentuada nos bairros do Alto Branco, Centro, Catolé e Bodocongó. A negligência e a tortura, por possuírem poucos aglomerados espaciais de casos notificados, geraram discretas estatísticas para os bairros do Catolé, Bodocongó e Centro.

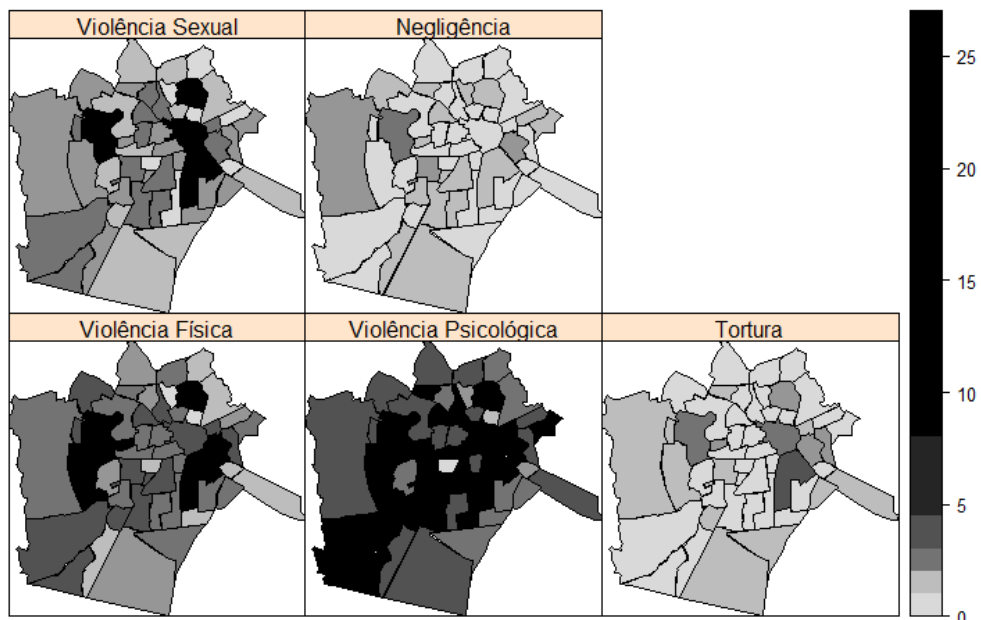


Figura 3. Moran Maps. Distribuição espacial das notificações da violência conforme a sua tipologia.

De forma analítica, com base nos gráficos de espalhamento de Moran, podem ser visualizados os bairros que mais influenciaram na estrutura de vizinhança em cada forma da violência.

Na Figura 5 pode ser observado o comportamento de alguns bairros com relação à violência psicológica. Há predominância de bairros nos quadrantes Q3 e Q4, cujas associações espaciais se mostram de forma negativa. No Q1 (+/+), quadrante que agrupam os bairros espacialmente significantes, ou seja, influenciam valores semelhantes em bairros vizinhos, há discreta atuação dos bairros Catolé (10) e Centro (12).

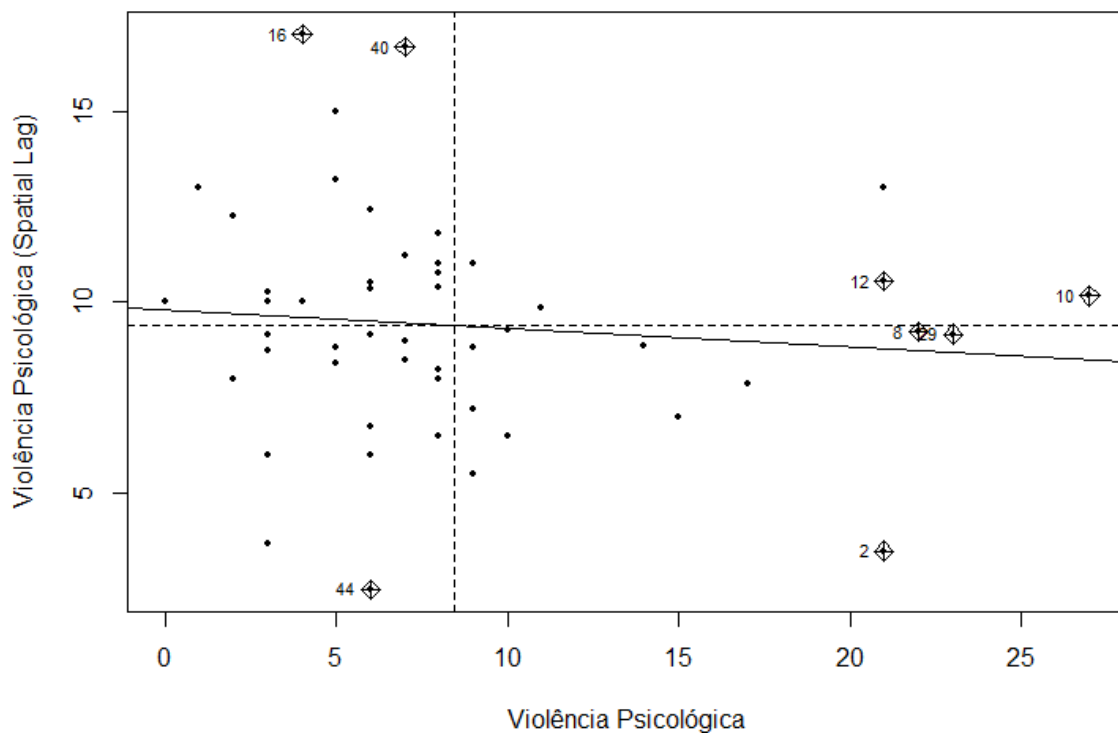


Figura 4. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência psicológica.

A violência física apresentou um padrão espacial relativamente diferente da forma psicológica, pelo fato de um maior número de bairros estarem influenciando outros, no sentido (+/+), demonstrando uma discreta dependência espacial em alguns bairros, como o Bodocongó (8) e Malvinas (29), como constatada na Figura 6.

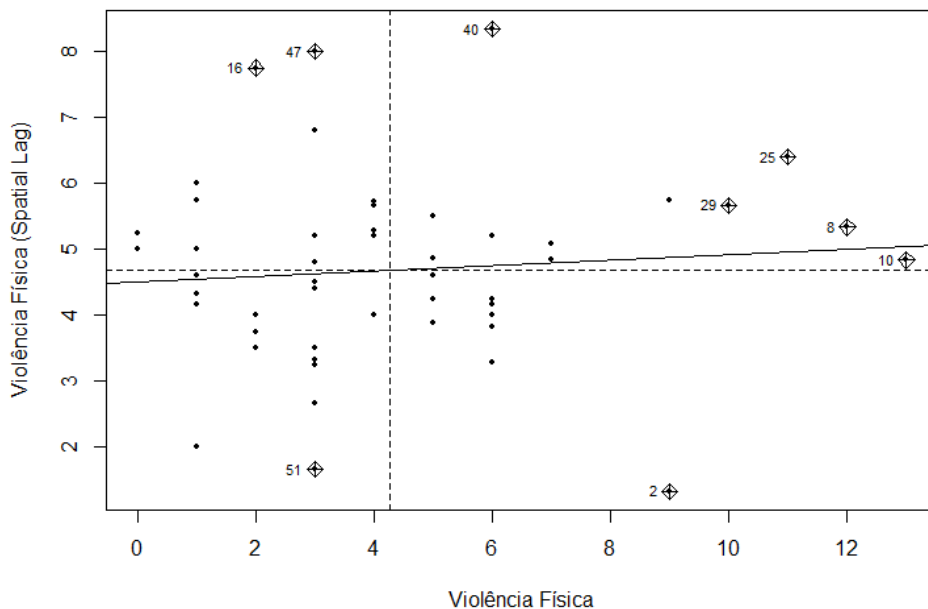


Figura 5. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência física.

Com relação à violência sexual, observou-se pouca influência espacial entre os bairros, destacando os bairros Catolé (10), Centro (12) e José Pinheiro (25), no entanto sem significância espacial, sendo comprovado pela curva negativa acentuada (Figura 7).

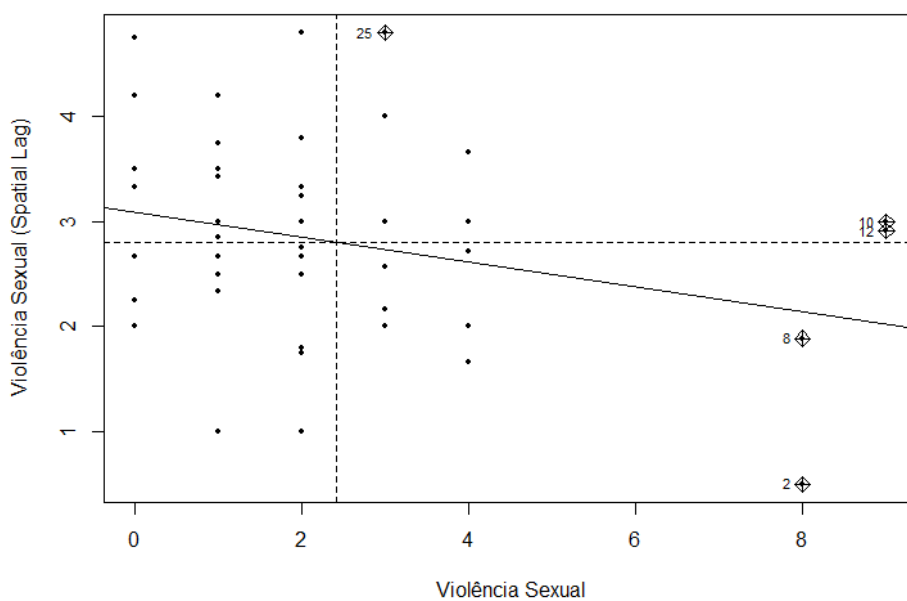


Figura 6. Diagrama de espalhamento de Moran para a violência sexual.

Com o objetivo de demonstrar, de forma mais temática, a visualização da autocorrelação espacial entre os bairros de Campina Grande para cada variável dependente (tipologia da violência), foram construídos mapas Lisa bidimensional, nos quais cada polígono pode ser visualizado indicando-se seu quadrante no diagrama de espalhamento respectivo a cada tipologia.

Apenas na variável violência física pôde ser observada uma dependência espacial entre os bairros, no entanto esta dependência espacial se deu de modo discreto e em um pequeno aglomerado de bairros, mais precisamente entre Centro (12) e Catolé (10).

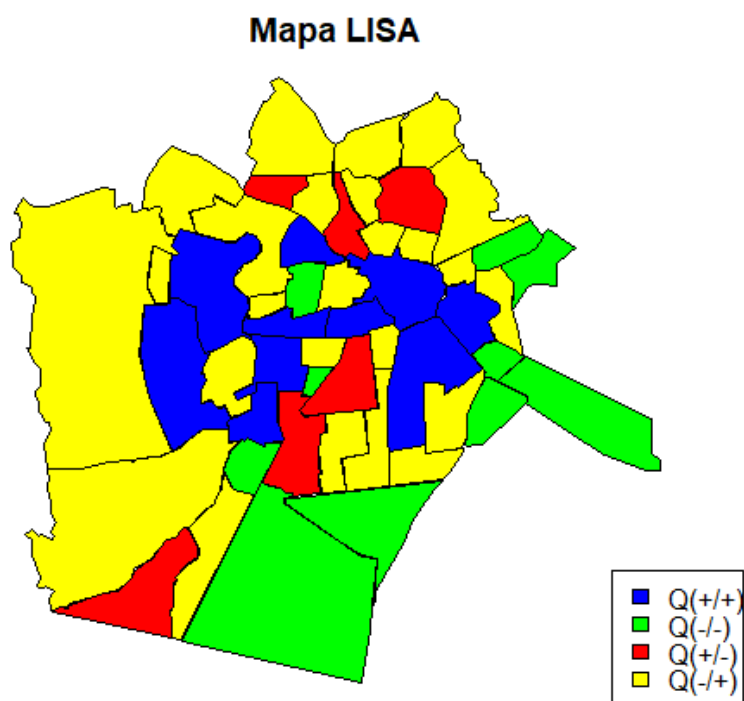


Figura 7. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência psicológica.

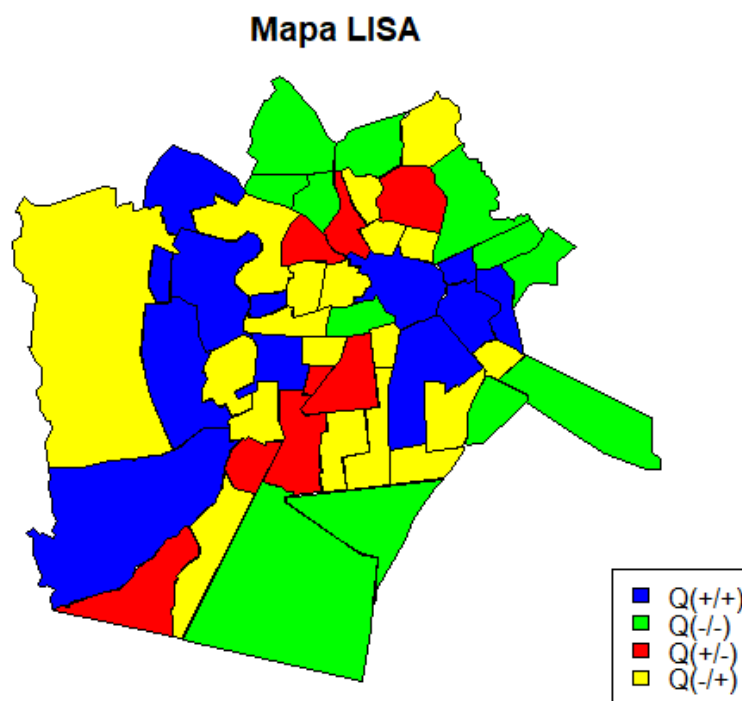


Figura 8. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência física.

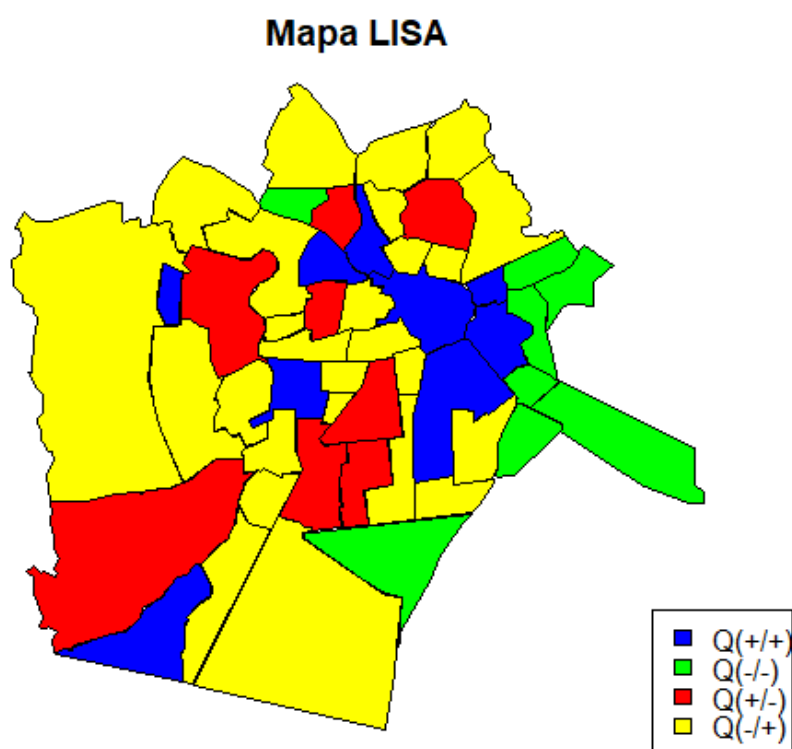


Figura 9. Lisa Maps. Autocorrelação espacial da violência sexual.

Após a realização dos testes estatísticos de Moran e C de Geary, utilizados para verificar a ocorrência da dependência espacial, de forma a ratificar e assegurar os achados, foram obtidos os seguintes resultados encontrados na Tabela 3:

Tabela 3. Índice de Moran e Estatística C de Geary.

Variáveis	Dados Estatísticos			
	<i>Moran (Valor - p)</i>		<i>Geary (Valor - p)</i>	
<i>Violência Física</i>	0.04	(0.24)	0.99	(0.4843)
<i>Violência Psicológica</i>	-0.04	(0.62)	1.14	(0.9181)
<i>Violência Sexual</i>	-0.11	(0.87)	1.29	(0.9969)
<i>Tortura</i>	0.031	(0.26)	1.08	(0.7759)
<i>Negligência</i>	0.013	(0.35)	1.07	(0.7688)

Tomando como base os dados estatísticos anteriormente apresentados e sabendo que alguns poucos bairros demonstraram correlação espacial positiva para o desenvolvimento da violência, não foram encontradas associações estatisticamente significantes para as variáveis do estudo, uma vez que, além de os p-valores terem sido superiores a 0,05, os índices de Moran, em todas as variáveis, exibiram valores aproximados de 0, assim como, inversamente, as estatísticas C de Geary demonstraram números distantes de 0, o que demonstra não correlação

espacial entre os bairros de Campina Grande para as notificações da violência contra a mulher, indicando que este evento acontece de modo aleatório.

DISCUSSÃO

Encontra-se bem estabelecida na literatura a relação entre a violência contra a mulher e os desfechos adversos à saúde²⁰, não se restringindo apenas às lesões físicas, mas ao abranger todo um contexto de injúrias físicas, psicológicas, sociais, manifestando-se tanto no formato agudo quanto crônico. Além disso, tem sido observada a maior busca de mulheres vítimas de violência por serviços de saúde, quando comparadas às demais mulheres sem histórico de violência²¹, fator que influencia o aumento dos recursos públicos destinados à manutenção dos serviços de apoio à recuperação da saúde dessas mulheres.

As informações sobre a violência contra a mulher podem ser consultadas através de diversas fontes, a depender do percurso pelo qual a vítima percorreu e o seu respectivo desfecho. Quando a vítima presta queixa aos órgãos de polícia, são gerados boletins de ocorrência, posteriormente arquivados sobre a responsabilidade desses órgãos policiais. Ao decorrer da investigação, estes são encaminhados aos Institutos de Medicina Legal (IML), onde são emitidos laudos periciais. Em situações nas quais a mulher é direcionada às unidades de saúde, obrigatoriamente, os profissionais de saúde devem notificar o evento junto ao SINAN.

Por já haver estudos contemplando os dados de violência contra a mulher oriundos do IML e boletins de ocorrência do município^{22,23}, este artigo se deteve à análise das informações reportadas apenas ao SINAN. Ao que parece, apenas os hospitais de referência - especificamente uma maternidade e um hospital pediátrico, ambos órgãos municipais - notificaram o agravo à secretaria municipal, não sendo encontradas informações dos demais

serviços de saúde da cidade. Conhecer a distribuição da natureza da violência dirigida às mulheres em um dado território torna-se fundamental para consolidar a compreensão da dinâmica desse agravo em determinada população.

Neste estudo foi possível realizar a quantificação de cada tipologia da violência de forma espacial, no qual foi verificado grande predomínio da violência psicológica, seguida da forma física, assim como encontrado em um inquérito demográfico realizado no Paquistão²⁴, país que apresenta prevalência alarmante da violência contra a mulher, no qual foi identificada uma prevalência de 28% para a violência psicológica e 20% para a forma física. No Brasil, outra pesquisa conduzida no Espírito Santo constatou um padrão semelhante ao encontrado por este estudo: 25,3% de violência psicológica, 9,9% para violência física e sexual 5,7%²⁵. A violência psicológica tende a ser mais notificada por ser reconhecida como uma forma agregada às demais tipologias, no entanto, em contrapartida, pode ser considerada uma forma delicada de ser combatida, uma vez que o agressor, por não utilizar da força física e geralmente não levantar suspeitas, dificulta a ação dos órgãos de proteção, muitas vezes porque nem mesmo as vítimas reconhecem determinadas ações como sendo violências.

No presente estudo, as notificações perfilarão a maioria das vítimas pertencendo à faixa etária adulta, com escolaridade inferior a oito anos de estudo, sem companheiros, heterossexuais e não deficientes. Tanto a literatura nacional²⁵ quanto internacional^{4,6} não se mostra uniforme quando se trata das características sociodemográficas das vítimas de violência contra a mulher.

Confrontando os presentes achados com alguns resultados de estudos com delineamentos semelhantes, observou-se concordância com Barros et al.²⁶, cuja metodologia foi desenvolvida na capital pernambucana, sendo observada uma maior parte da violência (75,7%) dirigida às mulheres adultas, assim como verificado em outra pesquisa²⁷. Por outro

lado, Veloso et al.²⁸ destacaram maior prevalência do evento em vítimas adolescentes. Na realidade, é possível perceber que há predileções específicas por faixa etária, quando se trata da natureza da violência: o público das crianças e adolescentes tem maior probabilidade de sofrer violência sexual, enquanto que as adultas tendem a figurar realidades de violência física. A negligência acomete, na maioria dos casos, as crianças e idosas, dada a dependência e submissão das vítimas²⁹.

Torna-se importante evidenciar a relação entre o nível de escolaridade e o fenômeno da violência, tendo em vista o destaque apontado pela literatura ao evidenciar que o baixo nível escolar é fator de risco para o desenvolvimento do fenômeno³⁰. Os resultados desta pesquisa quanto à variável escolaridade ratificam tal inferência, mesmo que a incompletude encontrada tenha sido expressiva, próxima dos 20%.

Os dados aqui obtidos apresentam concordância quase integral com os achados de Leite et al.²⁵, divergindo apenas quanto ao aspecto da situação conjugal, cujo estudo identificou maior direcionamento da violência a mulheres acompanhadas. Este dado reforça a necessidade de maiores observações nesse sentido, uma vez que a violência contra a mulher apresenta uma maior tendência em vitimizar mulheres com companheiros, sobretudo nos ambientes domésticos²⁹. Esta divergência pode estar relacionada à faixa etária das vítimas que mais foram vitimizadas, sendo composta, em sua maioria, por mulheres sem parceiros íntimos.

A variável “relações sexuais” sofreu adaptação quanto a sua nomenclatura, ao classificar as mulheres em heterossexuais, homossexuais e bissexuais, quando na ficha estavam disponíveis as opções “só com homens, só com mulheres, com homens e mulheres”, com o objetivo de gerar uma melhor compreensão, já que a ficha de notificação da violência é construída não apenas para o público feminino. Ao tratar questões de gênero em pesquisas, nota-se ainda uma resistência das pessoas em demonstrar sua real orientação sexual, mesmo

diante de situações nas quais a sua identidade é seguramente resguardada, dificultando a definição da população em estudo quanto a essa questão³¹. No presente estudo houve maior vitimização do público heterossexual, de acordo com outros estudos^{32,33}, no entanto é importante destacar a necessidade de uma análise mais criteriosa sobre esta inferência, em razão da presença do viés de informação diferencial anteriormente reportado. De acordo com Badenes-Ribera et al.³³, a partir de uma revisão sistemática sobre a prevalência da Violência por Parceiros Íntimos nos Estados Unidos, foi possível observar a carência de estudos que tratem da temática entre o público das pessoas com minoria sexual, reforçando a necessidade do desenvolvimento de mais estudos – e por meio de variadas metodologias – que alcancem esse público, de modo a tentar controlar esses vieses, além de identificar crimes motivados por homofobia.

A violência contra as mulheres portadoras de deficiências foi pouco prevalente nesta pesquisa, consoante com os achados descritos por Paraíba e Silva³⁴. A baixa prevalência em pessoas com deficiências pode ser atribuída à subnotificação gerada pela invisibilidade das denúncias, resultado de uma realidade que impera a dependência e vulnerabilidade.

Os dados das estatísticas espaciais são úteis para diversos setores responsáveis pelo combate da violência de gênero, sobretudo no sentido de subsidiar o planejamento de ações estratégicas, pelo fato de esses modelos estatísticos possibilitarem uma melhor visualização da distribuição do fenômeno no local de estudo, recursos esses garantidos pelas ferramentas do geoprocessamento.

Este artigo buscou, além de considerar a distribuição estatística das frequências absolutas das notificações da violência contra a mulher, verificar uma possível ocorrência da autocorrelação espacial entre os bairros da cidade. A ocorrência da autocorrelação espacial é o mesmo que considerar uma dependência estatística entre os bairros, ou seja, a autocorrelação

espacial determinará se a frequência das notificações em um determinado bairro influencia, a partir de um ponto de vista espacial, a ocorrência dessas notificações em bairros vizinhos. Vale recorrer ao fato que esse modelo estatístico trabalha com estruturas de vizinhança.

Descritivamente, os resultados aqui apresentados apontaram a violência psicológica e física como as mais notificadas. A violência psicológica apresentou um padrão espacial de distribuição concentrado em bairros centrais, diferente da realidade da violência física, cujo aglomerado espacial concentrou-se em três bairros situados mais periféricamente. Dois deles - Catolé (10) e Alto Branco (2) - não são considerados bairros de risco, no entanto estão localizados em zonas de risco. Diante dessa conjuntura, pode-se estabelecer uma relação com o fato de apenas a notificação da ocorrência ter acontecido nos bairros anteriormente citados, já que são popularmente maiores, ou talvez por muitas pessoas preferirem declará-los como local de moradia, para evitar rejeição por residirem em áreas de risco. Por outro lado, a violência física foi evidenciada no bairro Malvinas (29), considerado como bairro vulnerável socialmente. Os resultados aqui encontrados corroboraram com os de outra pesquisa desenvolvida no mesmo município, cujos dados apresentados apenas de forma descritiva foram baseados nas denúncias dos casos de violência contra a mulher às delegacias regionais³⁵.

No tocante da autocorrelação espacial, foi adotada a variável bairro de ocorrência da violência como unidade de análise. A partir de então, buscou-se estabelecer uma possível relação entre esses bairros quanto à influência que cada um deles possuía sobre os seus vizinhos, testificado e validado pelos modelos de Moran e Geary.

Foi constatado, a partir desses testes, que as notificações da violência contra a mulher em Campina Grande não apresentaram um padrão espacial de dependência entre os bairros, isto é, não relevou significância estatística quanto à autocorrelação espacial. Considerando todas as variáveis da violência, o evento ocorre, na cidade, de modo independente entre os bairros, não

havendo uma considerável influência de números positivos de um bairro para outro. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo realizado na capital do estado da Paraíba, com abordagem metodológica análoga, sendo encontrado um padrão espacial da violência doméstica contra a mulher que apresentou uma distribuição de forma independente no território³⁶.

Em contrapartida, foram encontradas associações espaciais positivas para a violência também em Campina Grande, a partir da aplicação de uma abordagem estatístico-metodológica semelhante a este artigo, porém utilizando dados do Centro de Medicina Forense e Odontologia Legal. Ao comparar os estudos, é possível destacar a ocorrência, em ambos, de maiores resultados do evento em bairros considerados vulneráveis socialmente³⁷. Por mais que nos últimos anos tenham ocorrido determinados avanços sociais nesses bairros de vulnerabilidade, as condições precárias - falta de saneamento básico, iluminação pública, acesso a transportes públicos e serviços de saúde - ainda é uma realidade a ser considerada e que influencia no aumento da incidência da violência.

Outros estudos também adotaram o georreferenciamento com o intuito de investigar a distribuição do fenômeno da violência. Justino et al.³⁸ delimitaram a investigação das notificações da violência à questão sexual, no entanto, sendo adotada, para tanto, apenas a distribuição espacial descritiva dos dados entre os bairros da capital Sul Matogrossense.

Ao nível internacional, pesquisas também são conduzidas adotando a autocorrelação espacial. Em Boston, nos Estados Unidos, foi desenvolvida outra pesquisa empregando metodologia semelhante, cujas unidades de análises foram as escolas, sendo encontrado como resultado a não aleatoriedade espacial, ou seja, não sendo encontrado dependência espacial entre as unidades³⁹.

Mesmo diante das limitações encontradas no estudo, nomeadamente: (1) a impossibilidade de verificar a ocorrência das notificações da violências, oriundas de todos os

hospitais e unidades de saúde da cidade, já que não foram encontradas no local da pesquisa essas notificações; (2) vieses inerentes aos estudos de prevalência: exclusão dos casos com desfechos finais de óbitos, uma vez que o fenômeno do feminicídios não é notificado ao SINAN, mas ao Sistema de Notificação de Mortalidade (SIM), além da incompletude dos dados; (3) subnotificações, ocorridas devido ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a obrigatoriedade e importância das notificações, temor frente às retaliações e a indisponibilidade de tempo devido à sobrecarga de demanda no processo de trabalho⁴⁰, podem ser destacadas a seguir as contribuições dele para o desenvolvimento de políticas públicas para o combate da violência contra a mulher.

Epidemiologicamente, esta pesquisa torna-se relevante ao possibilitar agrupar a distribuição dos casos da violência contra a mulher por bairros e, além disso, conseguir demonstrar o padrão espacial de comportamento do agravo na cidade. Munidos desses dados, a equipe multiprofissional de combate à violência de gênero é capaz de realizar um planejamento mais efetivo e direcionado espacialmente, por ser possível visualizar áreas que estão com maiores riscos de incidência dos atos violentos, assim como a possibilidade de outros bairros vizinhos terem a probabilidade de desenvolver o fenômeno.

Diante dessa conjuntura, um enfoque interdisciplinar se faz necessário, ao passo que a inclusão de estudos que manipulam as tecnologias do georreferenciamento traz possibilidades positivas para o combate da violência. Além disso, este estudo possibilitou o norteamento do processo de tomada de decisão não apenas à área da saúde, mas em uma abordagem multiprofissional, assim como se torna uma ferramenta bastante útil para o direcionamento policial, tanto no âmbito preventivo quanto coercitivo.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância da necessidade do desenvolvimento de pesquisas adicionais que abranjam o estado da Paraíba, possibilitando uma abordagem metodológica que permita a inclusão das cidades enquanto unidades de análises.

Além disso, é imprescindível destacar a importância da intensificação das ações de promoção da atenção às mulheres vítimas de violência. A ampliação de uma rede específica e multiprofissional que garanta, além da aplicação de rígidas leis para coibir a violência, uma assistência humanizada e integral antes, durante e após a ocorrência pode ser considerada uma estratégia positiva com vistas a intensificação do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após a promulgação da Lei Maria da Penha. *Texto contexto – enferm.* 2013; 22(4): 980-988.
2. United Nations. General Assembly Resolution nº 48/104 of 20 December 1993. *Declaration on the elimination of violence against women*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 1993.
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: respuesta del sector de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2013 [citado 2017 set 19]. 8 p.
4. Yakubovich AR et al. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective–Longitudinal Studies. *Am J Public Health*. 2018; 108(7): 1-11.

5. Turk R, Celik SS, Cetin M, Soydan G. Experiences and views of married women about domestic violence. *Int J Nurs Pract.* 2017;23:1-8.
6. Duran S, Eraslan ST. Violence against women: affecting factors and coping methods for women. *J Pak Med Assoc.* 2019; 69(1): 53-57.
7. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Cienc saúde colet.* 2017; 22(9): 2929-2938.
8. Brasil. Presidência da República (PR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: PR; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2406. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília; 2004.
10. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília; 2006.
11. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Cien Saude Colet.* 2013; 18(3):691-700.
12. Delziovo CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Epidemiol serv saúde.* 2017; 27(1): 1-12.
13. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013 set;29(9):1805-15.

14. Correia VRM, Monteiro AMV, Carvalho MS, Werneck GL. Uma aplicação do sensoriamento remoto para a investigação de endemias urbanas. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1015-28.
15. Magalhães MAFM, Medronho RA. 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. *Cien Saude Colet.* 2017; 22(3): 831-839.
16. BRASIL - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2019.
17. Abath MB, Lima MLLT, Lima OS, et al. (2014). Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan em Recife, Pernambuco, 2009-2012. *Epidemiol Serv Saude*, 23(1):131-42.
18. Correia LOS, Padilha BM, Vasconcelos SML. Methods for assessing the completeness of data in health information systems in Brazil: a systematic review. *Cien Saude Colet.* 2014; 19(11): 84467-4478.
19. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, 2017.
20. Loxton D, Dolja-Gore X, Anderson AE, Townsend N. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *Plos One.* 2017; 12(6): e0178138.
21. Ford-Gilboe M, Varcoe C, Noh M, J Wuest, Himmerton J, Alhalal E, et al. Patterns and Predictors of Service Use Among Women Who Have Separated from an Abusive Partner. *J Fam Violence.* 2015; 30(4): 419-431.

22. Bernardino IM, Santos LM, Ferreira AVP, Almeida Lima TLM, Nóbrega LM, d'Avila S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med (Tokyo)*. 2018; 31:1-6.
23. Sousa RI, Bernardino IM, Castro RD, Cavalcanti AL, Bento PM, d'Avila. Facial trauma as physical violence markers against elderly Brazilians: A comparative analysis between genders. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016; 67:55-60.
24. LaBore K, Ahmed T, Rizwan-Ur-Rshid, Ahmed R. Prevalence and Predictors of Violence Against Women in Pakistan. *J Interpers Violence*. 2019; 886260518824652.
25. Leite FMC, Amorim MHC, Wehmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espírito Santo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(10): e34689.
26. Barros EN, Silva MA, Falbo Neto GH, Lucena SG, Ponzio L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(2): 591-598.
27. Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016; 25(2): 331-342.
28. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notification of violence as a strategy for health surveillance: profile of a metropolis in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5): 1263-1272.
29. Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Impactos da Violência sobre a Saúde. *Editores Fiocruz*. 2009.
30. Lima FSS, Merchán-Hamann E, Urdaneta M, Damacena GN, Szwarcwald CL. Factores asociados a la violencia contra mujeres profesionales del sexo de diez ciudades brasileñas. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(2): e00157815.

31. Messinger AM. Invisible victims: Same-sex IPV in the National Violence Against Women Survey. *J Interpers Violence*. 2011; 26(9): 2228–2243.
32. Edwards KM, Sylaska KM, Barry JE, Moynihan MM, Banyard VL, Cohn ES, et al. Physical dating violence, sexual violence, and unwanted pursuit victimization: a comparison of incidence rates among sexual-minority and heterosexual college students. *J Interpers Violence*. 2015; 30(4): 580-600.
33. Badenes-Ribera L, Bonilla-Campos A, Frias-Navarro D, Pons-Salvador G, Monterde-I-Bort H. Intimate Partner Violence in Self-Identified Lesbians: A Systematic Review of Its Prevalence and Correlates. *Trauma Viol Abuse*. 2016; 17(3): 284-97.
34. Paraíba PMF, Silva MCM. Profile of violence against the elderly in the city of Recife-PE, Brazil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontologia*. 2015; 18(2):295-306.
35. Bezerra KS, Araújo Neto F. A violência doméstica contra a mulher no município de Campina Grande - PB. *Revista Datavenia*. 2014; 5(2): 15-24.
36. Lucena KDT, Silva ATMS, Moraes RM, Silva CC, Silva IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(6):1111-1121.
37. Bernardino MI, Nóbrega LM, Silva JRC, Alencar CRB, Olinda RC, d'Ávila S. Social determinants of health and maxillofacial injuries in children and adolescents victims of violence: A novel GIS- based modelling application. *Int J Pediatric Dentistry*. 2018; 00: 1-9.
38. Justino LCL, Nunes CB, Gerk MAS, Fonseca SSO, Ribeiro AA, Paranhos Filho AC. Violência sexual contra adolescentes em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36(esp): 239-246.

39. Barboza G. Uma análise espacial secundária da violência armada perto das escolas de Boston: uma abordagem de saúde pública. *J Saúde Urbana*. 2018; 95 (3): 344-360.
40. Silva GCB, Marcolino EC, Cavalcanti AL. Physical school violence perpetrated against students of public schools in a municipality in northeastern Brazil. *Adolesc Saude*. 2018; 15(4): 36-43.

◆ CONSIDERAÇÕES FINAIS ◆

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de uma conjuntura social na qual a mulher, independente da faixa etária, está potencialmente mais suscetível a ser exposta aos eventos relacionados à violência, surgiu a necessidade da realização de um estudo que impulsionasse não apenas o desenvolvimento de políticas públicas em saúde, mas que subsidiasse um efetivo planejamento intersetorial de ações que tenham como escopo principal a redução da incidência da violência contra a mulher. Dessa forma, o uso da estatística espacial como ferramenta para o diagnóstico situacional do evento torna-se indispensável, tendo em vista o seu poder de fidelidade quanto aos resultados, inovação para o planejamento, além do diminuto dispêndio em sua realização.

Com o objetivo de conhecer o perfil das notificações, buscou-se estabelecer a tipologia da violência mais prevalente, assim como as principais características das vítimas. A partir disso, é possível direcionar ações específicas para o público mais vulnerabilizado, fato que possibilita uma maior agilidade e fluidez na aplicação dessas ações.

A violência psicológica acometeu grande parte das mulheres, assim como a física. Quanto às características sociodemográficas, as vítimas notificadas foram identificadas, com maior prevalência, como jovens, com baixo nível escolar, não brancas, heterossexuais e não deficientes, revelando uma aproximação com o perfil demonstrado na literatura.

Ao empregar as técnicas da estatística espacial, foi possível visualizar o padrão de comportamento das variáveis estudadas no espaço, ao adotar os bairros como unidade de análise para mapear toda a cidade, sendo possível verificar como se dá a distribuição dos tipos de violência entre os bairros, absolutamente, de modo a possibilitar um melhor planejamento das ações de combate à violência em locais potencialmente vulneráveis.

Ademais, a autocorrelação espacial testada a fim de verificar a dependência espacial das notificações da violência contra a mulher entre os bairros de Campina Grande possibilitou inferir, mesmo não havendo associação estatisticamente significativa, que os bairros da cidade, de forma genérica, não influenciam seus vizinhos quanto ao aparecimento da violência.

Tendo como base os resultados obtidos, esta pesquisa trouxe como inovação, embora percebidas as limitações já citadas, a visualização do padrão espacial das notificações da violência ao SINAN em Campina Grande, da mesma maneira que verificada a dependência espacial das variáveis entre os bairros, antes nunca aplicada na cidade.

Pontuando os obstáculos encontrados ao longo do percurso da pesquisa, cabe destacar o acesso aos dados, a desorganização do material de coleta, assim como as dificuldades na compreensão das informações das fichas, sobretudo devido à caligrafia e desatenção da maioria dos profissionais responsáveis pela notificação.

Torna-se viável, portanto, a aplicação de pesquisas adicionais nas quais haja a validação de um instrumento de coleta de dados com base na ficha de violência do SINAN, assim como a adoção de metodologias de acompanhamento progressivo, aliadas a uma abordagem qualitativa, a fim de compreender, com mais solidez, a realidade vivenciada por essas vítimas.

Por fim, nota-se a necessidade do fortalecimento da rede de atenção às vítimas da violência, sobretudo quanto ao acompanhamento da vítima após a denúncia, garantindo apoio intersetorial e integral, de modo a garantir a sua segurança e reintegração psicossocial. Também sugere-se a adoção dos resultados obtidos a partir da modelagem espacial para um correto planejamento das ações policiais em locais de risco.

◆ REFERÊNCIAS ◆

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, GA; PARENTE, JS. Violência perpetrada contra o grupo LGBT: interfaces com desordens fisiológicas e psicológicas nas vítimas. **Tempus acta de saúde coletiva**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 171-183, 2018.

BARUFALDI, LA et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017.

BERNARDINO, IM et al. Social determinants of health and maxillofacial injuries in children and adolescents victims of violence: a novel GIS-based modeling application. **Int J Peediatr Dent**, v. 23, n. 6, p. 124-36, 2018.

BRASIL. Lei nº 8069, 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e Adolescente. Diário Oficial da União, 1990

BRASIL. Lei nº 10.778, 24 de Novembro de 2003. Lei da Notificação da Violência contra a Mulher. Casa Civil, 2003

BRASIL. Lei nº 11.340, 07 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Diário Oficial da União, 2006

BRASIL. Lei 13.104, 09 de março de 2015. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.968/2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes aos conselhos tutelares. Brasília: MS; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 936, de 5 de novembro de 2004: Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva : instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. 2ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

BRASIL. Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011.

FRANK, S; COELHO, EBS; BOING, AF. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Revista Panam de Salud Publica**, Whashington, v. 27, n. 5, p. 376-381, 2010.

GARCIA, LP; FREITAS, LRS; HÖFELMANN, DA. Impact of Maria da Penha Law on female mortality due to aggression in Brazil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 383-94, Jul-set. 2013

GUEDES, DT et al. Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v.60, n. 3, p. 492–500, May-jun. 2015

IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

KHALIFEH, H et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. **Psychological Medicine**, London v. 45, n. 4, p. 875-886, 2015.

KHALIFEH, H et al. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. **Int Revista Pshychiatry**, v. 28, n. 5, p. 433-451, 2016.

KRUG, EG et al., World report on violence and health. Geneva, **World Health Organization**, 2002

LAKATOS, EM; MARCONI, MA. Fundamentos da metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LEITE, FMC et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 33, p. 1-12, 2017.

LEITES, GT; MENEGHE, SN; HIRAKATA, VN. Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Brasil Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 642-653, 2014.

LIONÇO, T. Atensão integral à saúde e diversidade sexual no processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

- MALTA, D.C., et al. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3729-44, Dez. 2016
- MALTA, D.C., et al. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, de 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 142-156, Maio 2017
- MATA, NT; SILVEIRA, LMB; DESLANDES, SF. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2881-2888, 2017.
- MENDONÇA, MFS; LUDERMIR, AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 10, p. 32-51, 2017.
- MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11(Sup), p. 1259-67, Dez. 2007
- MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Sousa ER, organizadores. **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009
- MOLINATTI F, ACOSTA LD. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001-2011. **Revista Panam Salud Publica**, Whashington, v. 37, n. 4, p.279-286, 2015.
- MOLNAR, BE et al. Neighborhood-level social processes and substantiated cases of child maltreatment. **Child Abuse Negligence**, v. 51, n. 9, p. 41-53, 2016
- MUCHEMBLE, R. História da violência: do fim da Idade Média aos nossos dias. Forense universitária, 2011
- PAIVA, MM; TAVARES, DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1035-41, 2015.
- RATES, SMM, et al. Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, Mar. 2015
- ROMERO, DE; CUNHA, CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 673-681, 2006.
- SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Epidemiological characteristics of violence against women in the Federal District, Brazil, 2009-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, Abr-jun. 2016.

SILVA, LEL; OLIVEIRA, MLC. Violência contra a mulher: revisão sistemática da produção científica nacional no período de 2009 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015.

VELOSO, MMX, et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-72, May. 2013.

WAISELFISZ, JJ. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. 1 **Ed. Flacso**, Brasília, 2015.

◆ ANEXOS ◆

ANEXOS**ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Caracterização dos casos de violência doméstica, sexual e interpessoal notificados em Campina Grande - PB”**, desenvolvido por: **Gustavo Correia Basto da Silva**, discente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, orientado por: **Dr. Alessandro Leite Cavalcanti**, tendo como cenário da pesquisa o **SINAN-VIVA**.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande, 10 de Outubro de 2017.

Atenciosamente,

Raquel Lula
Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

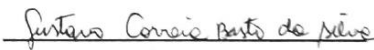
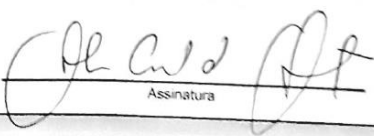
CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL EM CAMPINA GRANDE, PB			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 1000			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: GUSTAVO CORREIA BASTO DA SILVA			
6. CPF: 080.146.784-51		7. Endereço (Rua, n.º): EMÍDIO LUCAS DA SILVA UNIVERSITÁRIO CAMPINA GRANDE PARAIBA 58429013	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 83981685502	10. Outro Telefone:	11. Email: gugacorreiaa@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>16 / 04 / 18</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB		13. CNPJ: 12.671.814/0001-37	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (83) 3315-3373	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Silviana Cristina de Almeida</u>		CPF: <u>127.905.344.75</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador do Núcleo Superior</u>			
Data: <u>16 / 04 / 2018</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica			

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.611.097

Recomendações:

Enviar o relatório de conclusão da pesquisa na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à realização do estudo, uma vez que está em consonância com as questões éticas, bem como apresenta uma metodologia claramente definida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, somos pela aprovação do mesmo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1111728.pdf	16/04/2018 20:51:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATCLE.doc	16/04/2018 20:50:11	GUSTAVO CORREIA BASTO DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	16/04/2018 20:37:00	GUSTAVO CORREIA BASTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	16/04/2018 20:35:40	GUSTAVO CORREIA BASTO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DCON.docx	16/04/2018 20:29:28	GUSTAVO CORREIA BASTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TA.jpeg	16/04/2018 20:28:34	GUSTAVO CORREIA BASTO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	16/04/2018 20:02:37	GUSTAVO CORREIA BASTO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	16/04/2018 19:53:14	GUSTAVO CORREIA BASTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

ANEXO D – INSTRUÇÕES PARA AUTORES



ISSN 1413-8123 versão impressa ISSN 1678-4561
versão online

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para colaboradores](#)
- [Diretrizes para a organização de questões temáticas](#)
- [Recomendações para a submissão de artigos](#)
- [Apresentação de manuscritos](#)

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e pesquisas sobre temas específicos considerados de relevância para a saúde pública, além de artigos para discussão e análise dos temas de ponta da área e subáreas, ainda que não diretamente relacionadas com o tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e se propõe a enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências de pensamento e práticas em saúde pública, em diálogo com a agenda contemporânea de ciência e tecnologia.

A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da revista *Ciência & Saúde Coletiva* é seu foco temático, alinhado à vocação da ABRASCO de realizar um estudo aprofundado, além de promover e disseminar debates acadêmicos e discussões entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes. e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modos de submissão:

- Por Termo de Referência enviado por professores / pesquisadores da área de saúde pública (espontaneamente ou sugerido pelos Editores-chefes) quando considerarem relevante examinar um determinado assunto em maior profundidade.
- Por Termo de Referência enviado pelos coordenadores de pesquisa inédita e abrangente pertinente à área, sobre os resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes descritas acima. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública de trabalhos anunciados em uma página na revista, e coordenada por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com seu escopo para serem julgados por seus méritos pelos árbitros.
- Por Organização Interna de Editores Internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência conterá: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos já propostos com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo de uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos pelo mesmo autor em uma edição temática não deve exceder três, seja como primeiro autor ou co-autor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Quanto a qualquer outra forma de apresentação, estas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não abordem apenas questões de interesse local, ou restrinjam-se ao plano descritivo. As discussões deverão apresentar uma análise ampliada que situará a especificidade da pesquisa ou revisará os achados no cenário da literatura nacional e internacional sobre o tema, evidenciando a natureza original da contribuição que o artigo proporciona.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se notar no texto - explicitamente - interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inseridas no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C & SC* adota as "Regras para submissão de artigos propostos para publicação em revistas médicas", do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português é publicada no *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. O escrutínio cuidadoso do texto pelos autores é recomendado.

Seções da publicação

Editorial : esta é de responsabilidade dos editores-chefes ou dos editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

Artigos Temáticos: devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos de pesquisa não devem exceder 40.000 caracteres com espaços.

Artigos Temáticos Livres : devem ser de interesse para a saúde pública por livre submissão de autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40.000 caracteres com espaços, com os resultados da investigação e apresentar análises e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão : devem consistir em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, submetidos a métodos de análise temática ou não solicitada teoricamente pelo tempo, não ultrapassando 45.000 caracteres com espaços.

Opinião : textos que expressam uma posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas sobre o assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

Sinopses : análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde pública, publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve exceder 10.000 caracteres, incluindo espaços. Os autores da sinopse deverão incluir os detalhes completos de referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto obedecerão às mesmas regras que os artigos. No momento da apresentação da sinopse, os autores deverão inserir uma reprodução de alta resolução da capa do livro no formato jpeg como um anexo no sistema.

Cartas : com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em edições anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

Nota : O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e se estende da palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

Apresentação de manuscritos

Sem encargos e chands de submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol deverão conter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Os textos em francês e inglês terão o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. Notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos serão em espaço duplo, em Times New Roman, com tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados somente por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C & SC* , cuja reprodução total ou parcial é proibida em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização do redator-chefe da revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C & SC* não devem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.
5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da World Medical Association (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989 , 1996 e 2000).
6. Os artigos deverão ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações, são de responsabilidade exclusiva dos autores.

8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos dos títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subtítulos dentro de algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição na margem, etc.).

9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar no máximo cinco palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e da objetividade na redação do resumo, o que certamente elicitará o interesse do leitor pelo artigo, e as palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Agora é obrigatório incluir o ID ORCID ao enviar o artigo. Para criar um ID ORCID, acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da redação dos artigos, de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação de dados; b) redigir o artigo ou revisá-lo criticamente; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no design e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).

2. O artigo terá até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

Nomenclatura

1. As regras para a nomenclatura de saúde pública / saúde da comunidade, assim como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, serão rigidamente observadas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e resumo.

2. A designação completa à qual uma abreviação se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e escalas

1. O material ilustrativo da revista C & SC inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informação textual), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve-se ter em mente que o magazine é impresso em uma única cor, ou seja, preto, e se o material ilustrativo é colorido, ele será convertido em escala de cinza.

2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceção de artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo material ilustrativo deve ser produzido em formatos Word ou Excel e enviado com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos em formatos Word ou Excel e submetidos com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).

5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15cm de largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, já que não há sentido em aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser submetidos com títulos e fontes. Figuras e gráficos devem caber no máximo uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, tamanho de fonte 9).

6. Arquivos de imagens, como mapas ou fotos, devem ser salvos em (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e o maior tamanho possível (dentro da altura de 21cm x 15cm de largura). Qualquer texto na figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho 9. As fontes e as legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar / colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em suas obras devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se eles são de domínio público ou se lhes foi concedida permissão para usá-los.

Mensagens de agradecimento

1. Quando estes estão incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores serão responsáveis por obter permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que tais pessoas concordam com os dados e as conclusões alcançadas.

3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor será citado no texto seguido de *et al*.

2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF" ¹¹ ...

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza⁴, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. Os nomes dos indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em revistas

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegriani MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286. Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho, CE. Uso de drogas veterinárias, pesticidas e produtos químicos relacionados em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

A Sociedade Cardíaca da Austrália e Nova Zelândia. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria


Câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Emitir com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção às crianças brasileiras. *Cad Saude Publica* 1993; 9 (Suppl. 1): 71-84.

ANEXO E – COMPROVANTE DE SUBMETISSÃO DO ARTIGO

19/05/2019 ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation [Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2019-1400

Title
DISTRIBUIÇÃO E AUTOCORRELAÇÃO ESPACIAL DAS NOTIFICAÇÕES DA VIOLÊNCIA URBANA CONTRA A MULHER

Authors
Silva, Gustavo
Melo Neto, Osires
Cavalcanti, Alessandro
Olinda, Ricardo

Date Submitted
19-May-2019

[Author Dashboard](#)

◆ APÊNCIDES ◆

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

PESQUISA: AUTOCORRELAÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL
EM CAMPINA GRANDE – PB

DADOS GERAIS			
Ficha nº:		Data da ocorrência: ____/____/____	
DADOS PESSOAIS			
Sexo: [1] Masculino [2] Feminino [9] Ignorado		Idade:	
Escolaridade: [1] Analfabeto [2] Ensino Fundamental Incompleto [3] Ensino Fundamental Completo [4] Ensino Médio [5] Ensino Superior [9] Ignorado			
Gestante: [1] 1º trimestre [2] 2º trimestre [3] 3º trimestre [4] Idade gestacional ignorada [5] Não [6] Não se aplica [9] Ignorado		Raça/cor: [1] Branca [2] Preta [3] Amarela [4] Parda [5] Indígena [9] Ignorado	
Situação conjugal/Estado Civil: [1] Solteiro [2] Casado/união consensual [3] Viúvo [4] Separado [8] Não se aplica [9] Ignorado			
Ocupação:		Relações sexuais: [1] Só com homens [2] Só com mulheres [3] Com homens e mulheres [8] Não se aplica [9] Ignorado	
Possui algum tipo de deficiência/transtorno? [1] Sim [2] Não [9] Ignorado			

Se sim, qual tipo de deficiência/transtorno?		
[1] Física [2] Mental [3] Visual [4] Auditiva [5] Transtorno mental/intelectual [6] Transtorno de comportamento [7] Outras deficiências/síndromes: _____ [8] Não se aplica [9] Ignorado		
DADOS DA OCORRÊNCIA		
Bairro:		Hora de ocorrência: ____ : ____
Ocorreu outras vezes?: [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	Lesão autoprovocada: [1] Sim [2] Não [9] Ignorado	
Local de ocorrência: [1] Residência [2] Habitação Coletiva [3] Escola [4] Local de prática esportiva [5] Bar ou similar [6] Via pública [7] Comércio/serviços [8] Indústrias/construção [9] Outros: _____ [99] Ignorado		
DADOS DA VIOLÊNCIA		
Tipo de violência: [1] Física [2] Psicológica/moral [3] Tortura [4] Sexual [5] Tráfico de seres humanos [6] Financeira/econômica [7] Negligência/abandono [8] Trabalho infantil [9] Intervenção legal [10] Outros: _____ [99] Ignorado		
Meio de agressão: [1] Força corporal/spancamento [2] Enforcamento [3] Objeto contundente [4] Objeto perfuro-cortante [5] Substância/objeto quente [6] Envenenamento/intoxicação [7] Arma de fogo [8] Ameaça [9] Outro: _____ [99] Ignorado		
Tipo de violência sexual: [1] Assédio sexual [2] Estupro [3] Atentado violento ao pudor [4] Pornografia infantil [5] Exploração sexual [6] Outros: _____ [8] Não se aplica [9] Ignorado		
Tipo de penetração: [1] Oral [2] Anal [3] Vaginal [8] Não se aplica [9] Ignorado	Procedimento realizado: [1] Profilaxia DST [2] Profilaxia HIV [3] Profilaxia Hepatite B [4] Coleta de sangue [5] Coleta de sêmen [6] Coleta de secreção vaginal [7] Contracepção de emergência [8] Aborto previsto em lei [88] Não se aplica [9] Ignorado	
Consequências da ocorrência detectada no momento da notificação: [1] Aborto [2] Gravidez [3] DST [4] Tentativa de suicídio [5] Transtorno mental [6] Transtorno comportamental [7] Estresse pós-traumático [8] Outros: _____ [9] Ignorado		
DADOS DO PROVÁVEL AUTOR		
Número de envolvidos: [1] Um [2] Dois ou mais [9] Ignorado	Suspeita do uso de álcool: [1] Sim [2] Não	Sexo do provável autor: [1] Masculino [2] Feminino [3] Ambos os sexos [9] Ignorado

	[3] Ignorado	
Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: [1] Pai [2] Mãe [3] Padrasto [4] Madrasta [5] Cônjuge [6] Ex-cônjuge [7] Namorado(a) [8] Ex-namorado(a) [9] Filho(a) [10] Irmão(a) [11] Amigos/conhecidos [12] Desconhecido(a) [13] Cuidador(a) [14] Patrão-chefe [15] Pessoa com relação institucional [16] Policial/agente da lei [17] Própria pessoa [18] Outros: _____ [99] Ignorado		
EVOLUÇÃO E ENCAMINHAMENTO		
Encaminhamento no setor saúde: [1] Encaminhamento Ambulatorial [2] Internação Hospitalar [8] Não se aplica [9] Ignorado		
Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores: [1] Rede da Saúde [2] Rede da Assistência Social [3] Rede da Educação [4] Rede de Atendimento à Mulher [5] Conselho Tutelar [6] Conselho do Idoso [7] Delegacia de Atendimento ao Idoso [8] Centro de Referência dos Direitos Humanos [9] Ministério público [10] Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente [11] Delegacia de Atendimento à Mulher [12] Outras delegacias [13] Justiça/Vara da Infância e da Juventude [14] Defensoria Pública [15] Casa abrigo [16] Programa Sentinela [17] Instituto Médico Legal (IML) [18] Outros: _____ [99] Ignorado		
Classificação final: [1] Confirmado [2] Descartado [3] Provável [8] Inconclusivo	Evolução do caso: [1] Alta [2] Evasão/fuga [3] Óbito por violência [4] Óbito por outras causas [9] Ignorado	

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA PESQUISA

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL EM CAMPINA GRANDE – PB

Eu, **Gustavo Correia Basto da Silva**, Cirurgião Dentista, mestrando da Universidade Estadual da Paraíba, portador do RG 2588082 SSP/PB, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 16 de abril de 2018

Pesquisador responsável

APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TCLE**SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DOTERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Gustavo Correia Basto da Silva, pesquisador responsável pelo estudo “**ANÁLISE ESPACIAL DA VIOLÊNCIA FÍSICA E SEXUAL EM CAMPINA GRANDE – PB**” considerando o descrito na Res. CNS 196/96-IV.3.c, solicito a dispensa da apresentação do TCLE, considerando o que se segue:

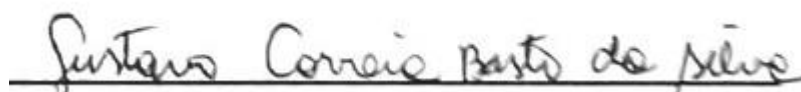
Procedimentos que serão realizados: coleta de dados secundários nas Fichas de Notificação e Investigação do SINAN-VIVA

Justificativa quanto à impossibilidade de obtenção do TCLE: Em estudos observacionais, analíticos ou descritivos (retrospectivos ou prospectivos) que contemplem o uso de informações disponíveis em prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis em instituições, nas quais os dados sejam analisados de forma anônima e os resultados sejam apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação dos participantes de pesquisa. Dessa forma, é sugestivo dispensar o TCLE.

Esclareço, ainda, que o responsável pela instituição que tem a guarda do material, conforme declaração anexa, como: arquivo, prontuário médico, banco de dados entre outros, permitiu a sua utilização, salvaguardando os interesses dos pesquisados quanto a sua imagem e sua privacidade.

Esclareço, finalmente, que assumo a total responsabilidade pelas informações apresentadas.

Campina Grande, 16 de Abril de 2018.



Assinatura do Pesquisador Responsável