

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO  
DA VIOLÊNCIA**

**MANAYÁ DE SOUZA VIEIRA**

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A  
VISÃO DOS USUÁRIOS DO SUS/BH**

**Belo Horizonte  
2020**

**MANAYÁ DE SOUZA VIEIRA**

**ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A  
VISÃO DOS USUÁRIOS DO SUS/BH**

**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina de Minas Gerais, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do Título de Mestre.**

**Orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida Guerra  
Coorientadora: Mestre Dorian Ozólio Alves Rosa**

**Belo Horizonte  
2020**

V658e Vieira, Manayá de Souza.  
Enfrentamento da violência e Atenção Primária à Saúde [manuscrito]: a visão dos usuários do SUS/BH. / Manayá de Souza Vieira. - - Belo Horizonte: 2020.  
93 f.: il.  
Orientador (a): Vanessa de Almeida Guerra.  
Coorientador (a): Doriana Ozólio Alves Rosa.  
Área de concentração: Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência Étnica. 2. Violência de Gênero. 3. Prevenção Primária. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Estratégia Saúde da Família. 6. Centros de Saúde. 7. Sistema Único de Saúde. 8. Dissertação Acadêmica. I. Guerra, Vanessa de Almeida. II. Rosa, Doriana Ozólio Alves. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 590



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MANAYÁ DE SOUZA VIEIRA

Realizou-se, no dia 23 de outubro de 2020, às 14:00 horas, VideoLifeSize.mp4, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DO SUS/BH*, apresentada por MANAYÁ DE SOUZA VIEIRA, número de registro 2018711819, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra - Orientador (UFMG), Prof(a). Doriana Ozolio Alves Rosa (PBH), Prof(a). Elisane Adriana Santos Rodrigues (PBH), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2020.

Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra ( Doutora )

Prof(a). Dorian Ozolio Alves Rosa ( Mestre )

Prof(a). Elisane Adriana Santos Rodrigues ( Mestre )

Prof(a). Ricardo Tavares ( Doutor )



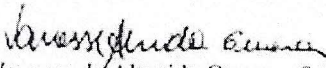
## FOLHA DE APROVAÇÃO

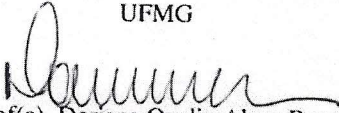
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS DO SUS/BH

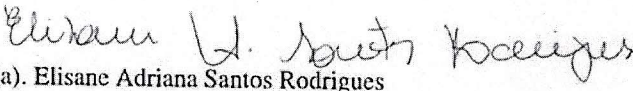
### MANAYÁ DE SOUZA VIEIRA

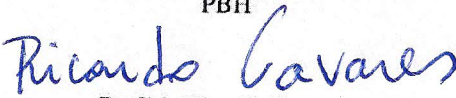
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 23 de outubro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Vanessa Almeida Guerra - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Doriana Ozolio Alves Rosa  
PBH

  
Prof(a). Elisane Adriana Santos Rodrigues  
PBH

  
Prof(a). Ricardo Tavares  
UFOP

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2020.

*Dedico este trabalho, a meu esposo, minha mãe, minhas irmãs e irmãos, enfim a minha família e todos aqueles que não me deixaram desistir da caminhada, mesmo diante das provações que me foram apresentadas, e que me fizeram acreditar no recomeço diário.*

*Em especial, dedico à memória de meu amado pai, quem sempre me incentivou a superar os obstáculos da vida para ser uma pessoa melhor, meu maior exemplo de simplicidade, garra e justiça.*

*E a minha pequena Luísa, que mesmo tão nova, sempre foi fortaleza. Que ela possa de fato se tornar uma mulher livre para fazer e ser o que quiser em sua existência e contribuir para um mundo melhor.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Prefeitura de Belo Horizonte pelo incentivo à formação e à pesquisa.

A Elisane Adriana Santos Rodrigues, diretora Regional de Saúde da Pampulha, por fomentar o meu desejo de ingressar neste Mestrado e, sobretudo, ajudar na concretização deste sonho.

Às (os) colegas de trabalho, gestoras (es) de Unidades Básicas de Saúde, especialmente àquelas (es) que assim como eu estão lotados na Regional de Saúde Pampulha, que são pessoas que tanto me ensinam, diariamente.

A todos os profissionais do Centro de Saúde Dom Orione, que sempre foram compreensivos nos momentos de ausência e solidários com a oferta do suporte e apoio necessário.

Em particular, agradeço ao Gustavo Silva Souto Rocha e a Niriana Lara Santos Meinberg, pelos conhecimentos compartilhados que tanto me ajudaram na construção deste trabalho.

Agradeço também aos professores que encontrei nesta caminhada, sobretudo, às minhas orientadoras Vanessa de Almeida Guerra e Doriania Ozólio Alves Rosa e ao estatístico prof. Ricardo Tavares que me guiaram e ajudaram na realização desta missão.

Aos demais alunos do Programa Promoção da Saúde e Prevenção da Violência (PSPV), e aos meus colegas pelo proveitoso contato, pessoal e acadêmico, ao longo da nossa jornada.

Enfim, na impossibilidade de citar nominalmente a todos, agradeço aos encontros que esse trabalho proporcionou, foram tantas pessoas especiais, sem as quais não seria possível transpor esta etapa.

*“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”*

(Nelson Mandela, 2002).



## RESUMO

A violência se mostra como uma agrura de abrangência mundial, que acomete desde países inteiros a pequenos aglomerados. A fereza desse problema tende a culminar em sérias consequências tanto para a vida privada, quanto para o setor público e, justo por isso, o assunto pode ser destacado como uma importante vertente que demanda atenção e estudo, a fim de possibilitar um novo olhar que permita “novos fazeres”, culminando em ações de promoção da saúde e prevenção da violência. As formas para enfrentamento da violência e as visões sobre o próprio ato são bastante numerosas entre os diferentes grupos de uma sociedade. Assim, tomando por palco primeiro o contexto brasileiro e, então, elevando ao cerne o modo como se organiza o município de Belo Horizonte/MG para o enfrentamento da violência, é que se buscou entender esse fenômeno sob a perspectiva dos usuários das unidades básicas de saúde. Para o desenvolvimento desta dissertação foi realizado um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. Os dados analisados foram gerados pela pesquisa intitulada *Programa de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica da Saúde* coordenada pelo Departamento de Medicina Preventiva Social da UFMG, aplicada com os usuários das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte no ano de 2017, cujo instrumento foi um questionário semiestruturado com 310 questões em que foram definidas como variáveis independentes algumas características pessoais, sociofamiliares e situações de violência na área de abrangência da unidade, e como variável dependente o enfrentamento da violência. Esse estudo trouxe como avanço a proposição do Indicador de Percepção e Enfrentamento da Violência que ajuda a compreender a questão mesmo com as limitações de referencial teórico encontrado na literatura. Os sujeitos do estudo foram 1.125 entrevistados selecionados nas nove regionais de saúde de BH, e os critérios de inclusão foram residir no local há mais de 06 meses, ter 16 anos ou mais e ter sido atendido na unidade de saúde pelo menos uma vez antes da entrevista. Com relação à percepção do enfrentamento da violência desses entrevistados, os resultados apontaram de forma resumida, as seguintes relações: As mulheres que sofreram violência tiveram percepção mais heterogênea e mais alta que os homens na mesma condição, já os indivíduos com renda inferior a um salário mínimo tiveram percepção mais alta que aqueles com maiores salários, os pertencentes à faixa etária de 55 a 64 anos apresentaram percepção mais alta que as demais faixas etárias e indivíduos com baixos níveis de escolaridade dispuseram de uma percepção mais baixa do enfrentamento da violência em relação àqueles com maior escolaridade. A maioria dos entrevistados acredita que a violência pode ser evitada, e reconhece o papel essencial das Unidades Básicas de

Saúde e do município na prevenção e enfrentamento da violência, contudo, não reconhecem as práticas do poder público que estão voltadas para esse enfrentamento. Esse estudo permitiu correlacionar as características dos indivíduos estudados e o enfrentamento da violência com as políticas adotadas pelo município e o impacto que exercem sobre eles.

Palavras Chaves: Violência. Violência social. Violência étnica. Violência de gênero. Prevenção primária. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica. Centros de Saúde.

## ABSTRACT

Violence is a worldwide issue, which affects from whole countries to small communities, causing serious consequences for both individuals and the public sector. Given its impact, this subject should be an important aspect for public awareness and research, changing perspectives and allowing “New actions” to be taken, resulting in new public health policies and prevention actions against violence. Views and actions against violence varies for different groups in society. Hence, taking into account how actions against violence are managed in Brazil, and more specific in the city of Belo Horizonte, this study aims to understand violence by the lens of the public cared for the primary care of the Unified Health System. In this dissertation, an exploratory, descriptive study with a quantitative approach was carried out. The data analyzed on the study was based on a field research entitled *Program of Health Promotion and Violence Prevention in Primary Health Care*, coordinated by the department of Preventive Medicine of the Federal University of Minas Gerais, the research was conducted on to the public cared for the primary care of the Unified Health System in Belo Horizonte in 2017. The field research consists of a semi-structured questionnaire with 310 questions in which some personal, social and family characteristics, as well as situations of violence in the area covered by the primary care unit, were defined as independent variables, and the coping with violence as a dependent variable. The study proposes a new Indicator of the Perception and Coping of violence that helps to understand the issues even after taking into account the theoretical limitations find in the literature. The interviewees were 1,125 people selected from nine different districts of Belo Horizonte. The criteria for the interviewees were: live in the same place for more than 06 months, to be 16 years old or older and to have been seen at the primary care unit at least once before the interview. According to the data analyzed, the interviewees' perception of violence, can be summarized as follows: Women who suffered violence had higher, more heterogeneous perception than men in the same condition, while individuals with income below minimum wage had a higher perception than those with higher earnings. Those belonging to the age group of 55 to 64 years old had a higher perception than other age groups. Individuals with lower degree of education had a lower perception of coping with violence than those with higher education. Most participants believed that violence can be avoided, and recognize the essential role of primary care of the Unified Health System and the public policies in preventing and coping with violence, however, they do not identify the policies of the government that are focused on this issue. This study made it possible to correlate the

characteristics of the population and coping with violence with the policies adopted by the city and the impact they have on the sampled population.

Keywords: Violence. Social violence. Ethnic violence. Gender-based violence. Primary

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BH/MG - 2010.....	28
Gráfico 1	- Distribuição por sexo dos usuários entrevistados na Atenção Básica que sofreram ou não sofreram a violência conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017.....	44
Gráfico 2	- Distribuição por faixa etária dos usuários entrevistados Atenção Básica conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017.....	45
Gráfico 3	- Distribuição por escolaridade dos usuários entrevistados na Unidades Básicas de Saúde conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017.....	46
Gráfico 4	- Distribuição por renda salarial dos usuários entrevistados na Atenção Básica que sofreram ou não sofreram a violência conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017.....	47
Quadro 1	- Variáveis que compõe o indicador de percepção do enfrentamento da violência e suas respectivas recodificações.....	33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição univariada do perfil dos usuários entrevistados na Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017.....	36
Tabela 2	- Distribuição univariada sobre a situação de violência entre os usuários entrevistados na Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017.....	38
Tabela 3	- Distribuição de frequência das respostas dadas pelos entrevistados no bloco Enfrentamento da Violência do questionário de usuários aplicados Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017.....	39
Tabela 4	- Distribuição bivariada do perfil dos usuários entrevistados na Atenção Básica conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017.....	41
Tabela 5	- Distribuição de usuários entrevistados Atenção Básica que acreditam na possibilidade de prevenção da violência em conformidade com as formas de prevenção apresentadas, Belo Horizonte, 2017.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
CAAE	Certidão de Apresentação para Apreciação Ética
CLS	Comissões Locais de Saúde (CLS)
CF/88	Constituição Federal de 1988
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTPS	Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde
IPEV	Indicador de Percepção e Enfrentamento da Violência
LOS	Leis Orgânicas de Saúde
MG	Minas Gerais
MRSB	Movimento Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMV	Relatório Mundial da Violência
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde
SM	Salário Mínimo
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>Implicação do Pesquisador e Problematização da Proposta da Pesquisa.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Justificativa e Relevância do Estudo.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Violência.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3</b>	<b>Enfrentamento da Violência.....</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2</b>	<b>Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.3</b>	<b>Cenário do Estudo.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4</b>	<b>Recrutamento e Abordagem.....</b>	<b>28</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de Dados.....</b>	<b>29</b>
<b>4.6</b>	<b>Instrumento.....</b>	<b>30</b>
<b>4.7</b>	<b>Variáveis.....</b>	<b>30</b>
<b>4.7.1</b>	<b><i>Variáveis Independentes.....</i></b>	<b>30</b>
<b>4.7.2</b>	<b><i>Variáveis Dependentes.....</i></b>	<b>31</b>
<b>4.8</b>	<b>Tratamento e Análise dos Dados Coletado.....</b>	<b>32</b>
<b>4.9</b>	<b>Aspectos Éticos da Pesquisa.....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1</b>	<b>Caracterização dos Entrevistados.....</b>	<b>35</b>
<b>5.2</b>	<b>Situação de Violência entre os Entrevistados na Área de Abrangência da UBS.....</b>	<b>38</b>
<b>5.3</b>	<b>Enfrentamento da Violência.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>73</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>74</b>



# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Implicação do Pesquisador e Problematização da Proposta da Pesquisa

O presente estudo foi reflexo, antes de tudo, das dificuldades experimentadas durante minha prática profissional cotidiana em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/MG, inicialmente como enfermeira e posteriormente como gerente de UBS. A inquietação advém da convivência com a complexidade concernente ao diagnóstico de alguns tipos de violências e do manejo adequado de cada caso, seja pelo desconhecimento dos fluxos por parte de usuários e/ou trabalhadores, ou, ainda, por questões culturais que perpassam pelo local legitimado como adequado para tratar problemas associados à violência.

Nessa lógica, é fácil reconhecer uma delegacia como uma estrutura adequada para lidar com situações de violência, mas, nem sempre, a UBS é reconhecida nesse papel, e isso, de forma geral, restringe o acesso. Ademais, minha primeira formação acadêmica, o Direito, contribuiu para ascender o desejo deste tema quando já atuava na segunda formação, a Enfermagem, pois vinculou dois grandes interesses, o da justiça e o do cuidado integral.

Como enfermeira sempre me preocupei com ações de prevenção e promoção de saúde, com prioridade para as atividades educativas o que, necessariamente, envolve abertura para lidar com a diversidade, com os determinantes em relação ao viver e morrer dos diferentes grupos sociais. Sob essa ótica, é importante valorizar a verdade contida em cada indivíduo e considerar a vivência e as crenças do outro, além de estabelecer vínculos que possibilitem o diálogo. Só então, em conjunto, se torna possível prevenir a violência, diagnosticar, amparar, cuidar, referenciar e, sobretudo, promover saúde.

Enfim, acolher, no sentido amplo da palavra, com pressupostos da escuta qualificada, é condição essencial para entender as diversas possibilidades de atenção individualizada, que considere o modo de ser, a realidade do outro, busque empatia, solidariedade e oportunidade de expressão, em especial para aqueles que sofrem violência (BRASIL, 2010a).

Hoje, na gerência do Centro de Saúde Dom Orione, mantenho meu foco por desenvolver ações de prevenção, promoção de saúde e reabilitação, em nível individual e coletivo, voltada para a integralidade, num processo cotidiano, além de sensibilizar e coordenar as equipes para que se mantenham sempre alertas aos sinais de possível violência, a fim de que a identificação, o tratamento e os encaminhamentos necessários sejam feitos de forma adequada.

No Brasil, várias leis, estratégias e programas de abordagem para o enfrentamento da violência vêm sendo desenvolvidos, mas os altos níveis de agressão ainda persistem (CERQUEIRA *et al.*, 2016).

Foi na perspectiva do enfrentamento da violência que fez parte do grupo que desenvolveu e implantou no Regional de Saúde Pampulha, no ano de 2017, dois relevantes projetos de prevenção da violência que se mantêm ativos até hoje, o *Para Elas Pampulha* e o *Grupo de Trabalho de Promoção de Saúde Pampulha (GTPS-P)*.

O *Para Elas Pampulha* é uma extensão do projeto *Para Ela, Por Elas, Por Eles, Por Nós*, constituído pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e que culminou com a implantação do Ambulatório de Práticas de Promoção de Saúde da Mulher em Situação de Vulnerabilidades no Hospital das Clínicas da UFMG.

A versão Pampulha do projeto tem como objetivo dar apoio às mulheres em situação de vulnerabilidade social e situação de violência, no território distrital da Pampulha, trata-se de uma estratégia de descentralização do atendimento prestado no *Ambulatório Jenny Faria*, com vistas na melhoria do acesso, maior aproximação e vinculação com as mulheres da área de abrangência, e conseqüentemente, na disponibilização de um atendimento mais eficiente e de melhor qualidade.

O GTPS Pampulha, por sua vez, é uma extensão do GTPS instituído pela Secretaria Municipal de Saúde e que no nível regional se organizou através da articulação intersetorial de um grupo de profissionais de diversas áreas da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), que se reúnem mensalmente, desde 2017, para estudo, discussão e planejamento de ações direcionadas para a temática da violência.

Esse projeto, traz sobretudo, a oportunidade de um espaço de compartilhamento de saberes e experiências e como produto do esforço dos envolvidos a intervenção educativa direcionada para os gestores de saúde da Regional Pampulha, a apresentação do modelo de trabalho para outras Regionais de Saúde de Belo Horizonte, a apresentação de trabalhos científicos em congressos de saúde. São projetos do GTPS a ampliação do seu público alvo, a discussão do tema com os profissionais que estão na linha de frente da atenção à saúde e com usuários, por meio de reuniões e debates em espaços coletivos de fala livre, como as Comissões Locais de Saúde (CLS).

O desenvolvimento desses projetos, no nível local, ganhou visibilidade na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), que tem estimulado e apoiado o fortalecimento dos mesmos em outras regionais do município.

Toda essa vivência demonstrou na prática, que, independentemente do que tem sido feito para superação do problema da violência, ainda existem inúmeras dificuldades seja por parte dos trabalhadores no que diz respeito ao adequado manejo das vítimas e/ou por parte dos indivíduos que utilizam a rede pública de saúde.

As adversidades para lidar com situações de violência, nos serviços de saúde, são muitas e de natureza diferentes, se de um lado temos questões concernentes aos serviços e aos profissionais, como por exemplo, hipossuficiência de recursos humanos, sobrecarga laborativa, falta de preparo técnico e treinamento, falta de experiência e falhas de comunicação, de outro, existem muitos usuários que sofrem com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longo tempo de espera para o atendimento, burocratização dos processos, desconhecimento dos fluxos e até o não reconhecimento da saúde como espaço legítimo para lidar com essa tônica.

Assim, tem-se que o grande desafio estabelecido é a quebra do paradigma cultural de onipresença das políticas de segurança pública no tocante a assuntos relacionados ao enfrentamento da violência, em detrimento das políticas sociais, de saúde e tantas outras que se complementam. É preciso fomentar discussões em todos os espaços, e particularmente nos locais de produção de saúde, para que sejam legitimados por trabalhadores e usuários, como *locus* de enfrentamento da violência.

## **1.2 Justificativa e Relevância do Estudo**

A partir da Constituição Federativa do Brasil de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016).

É relevante compreender as variações do conceito de saúde ao longo do tempo, pois ele depende do contexto histórico, sobretudo, cultural e social prevalentes em cada momento.

Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece uma definição positiva para a saúde, como sendo o estado do mais completo bem-estar biopsicossocial. Esse conceito foi criticado por ser considerado, para alguns, intangível. Em 1977, Christopher Boorse, definiu saúde sob uma perspectiva reducionista apenas como a ausência de doença (SCLIAR, 2007).

A mudança de paradigma impõe a necessidade de uma nova forma de pensar e é nesse contexto, que se insere a Atenção Primária à Saúde (APS) com papel fundamental na operacionalização do SUS, organizando-se através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

As Unidades Básicas de Saúde são importantes nesse cenário, porque correspondem ao local onde a produção de saúde de fato acontece, e por isso, elas são estruturadas com equipes de saúde da família que se responsabilizam pela saúde da população de um determinado território (BRASIL, 2012).

É pensando na saúde de forma integral que se entende que a redução de agravos referentes à violência, não é apenas uma obrigação legal do Estado que deve funcionar como instância de reflexão e articulação de estratégias para sua identificação e enfrentamento, mas também da sociedade, já que a eficácia dos métodos de prevenção da violência reflete a qualidade de saúde da população em geral (BRASIL, 2016).

Diante desse cenário, ações de identificação e enfrentamento da violência e de seus fatores de risco fazem parte da atuação das Equipes de Saúde da Família no território em que elas se encontram tendo como enfoques de atuação a saúde, mas podendo se relacionar com outras políticas públicas como assistência social, segurança e educação (BERETTA; PEREIRA JÚNIOR, 2019).

A Portaria nº 2.436, de 2017 que operacionaliza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera no campo das atribuições dos profissionais da Atenção Básica (AB) a obrigatoriedade de realizar busca ativa e notificar compulsoriamente algumas doenças e agravos, dentre os quais estão expressamente inseridas, as situações de violência. Essa portaria também contempla a necessidade de organização do processo de trabalho na APS com ações de vigilância sanitária voltadas para prevenção de doenças e agravos, detecção oportuna e adoção de medidas adequadas como resposta de saúde pública e vigilância das violências (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, esse estudo se propõe a identificar a percepção dos diferentes grupos de indivíduos a respeito do papel das Unidades Básicas de Saúde e da comunidade no enfrentamento da violência, no intuito de que possa contribuir para a avaliação das estratégias instituídas, e definição de outras possibilidades de intervenção, que privilegie a construção a partir do coletivo, o diálogo, o respeito, e colabore com a vinculação dos sujeitos, com o fortalecimento das redes de suporte e com a instituição de uma cultura de paz.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura apresentada nesse trabalho está sustentada em consultas bibliográfica realizadas nas bases de dados Lilacs, Scielo, Medline via PubMed e outras bases via portal regional da BVS e via portal CAPES (Cochrane, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Web of Science), além de consultas realizadas em sites oficiais como os da OMS, Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), MS, SMSA, bem como sites de Organizações Não Governamentais (ONG).

Os critérios de elegibilidade adotados nas bases de busca foi o de inclusão de descritores e sinônimos correspondentes, a saber: violência, violência social, violência étnica, violência de gênero, prevenção primária, Atenção Primária à Saúde, estratégia saúde da família, atenção básica e centros de saúde.

Os filtros e limites aplicados à busca bibliográfica foram o idioma (Português, Espanhol e Inglês) e o ano/período de publicação, sendo que inicialmente utilizou-se publicações dos últimos cinco anos, contudo, posteriormente, foram selecionadas outras publicações de anos anteriores ao limite preestabelecido, em função da semelhança de interesses dos estudos.

A escolha do referencial norteador se deu pela relevância dos temas abordados e contribuição potencial para o desenvolvimento desse trabalho.

Essa dissertação está constituída de sete capítulos: O primeiro capítulo introduz os temas comuns do trabalho e a motivação do pesquisador para esse estudo, o segundo é a *Revisão da Literatura*, o terceiro trata de estabelecer os objetivos do estudo, o quarto descreve a metodologia utilizada, no quinto são apresentados os resultados, no sexto capítulo tem-se a discussão e finalmente, no sétimo capítulo as considerações finais.

### 2.1 Sistema Único de Saúde e Atenção Primária à Saúde

Para falar do Sistema Único de Saúde, é preciso resgatar um pouco de seu contexto originário, que perpassa pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), cujo intuito era o de combater as desigualdades, tornar a sociedade mais inclusiva e dentre outras coisas democratizar a saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

No mesmo sentido, em 1978 a Declaração de Alma Ata definiu como estratégia principal também a redução das desigualdades e melhorias das condições de vida e saúde o que fez com que a APS fosse priorizada por muitos países, pois a conferência do qual resultou a declaração, estimulou o fortalecimento da APS, que deveria ser implementada de acordo

com as singularidades organizacionais, políticas e estruturais de cada país (CARVALHO, 2015).

Não obstante ao exposto, foi apenas em 1988 com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil que a saúde se efetivou enquanto um direito universal.

Na época o modelo vigente era o de atenção hospitalocêntrico que consiste basicamente numa assistência médico centrada, altamente especializada e voltada para o curativismo. Contudo, a necessidade de romper este paradigma já permeava as discussões do MRSB que defendia a necessidade de se implantar uma assistência de saúde integral, universal e com participação social (BREHMER; RAMOS, 2016).

No início dos anos 90 foram promulgadas duas leis, denominadas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) cujo escopo é regulamentar o SUS em todo território nacional (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), bem como seu financiamento (Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990), nelas estão contidos os princípios gerais e organizativos deste sistema de saúde, a saber: Universalização, Integralidade, Equidade, Regionalização e Hierarquização, Descentralização e Comando Único e Participação Popular, além da forma que proverá o financiamento, o que corrobora para a reordenação do modelo assistencial de saúde focado na promoção de saúde e na produção de sujeitos.

Também assim, como uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) implantou oficialmente no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF) que mais tarde foi convertido em ESF em função de sua natureza contínua (BRASIL, 1996).

No município de Belo Horizonte, a efetivação da ESF, se dá desde o ano de 2002, nos espaços físicos das UBS, local de produção de saúde, onde preferencialmente o primeiro contato ocorrerá com garantia da gestão do cuidado em rede, orientados pelos eixos estruturantes da longitudinalidade, integralidade e coordenação da assistência. Este arranjo faz parte da APS, cuja função é reorganizar o sistema de saúde, e se estabelecer como um modelo de mudança das práticas dos profissionais que atuam neste campo (BELO HORIZONTE, 2018a).

O processo de descentralização do cuidado, viabilizado pela APS por meio da estratégia de saúde da família contribui para democratização da saúde, através da possibilidade do aumento da oferta e do acesso aos serviços. Além disso, a APS se apresenta como um terreno fértil em possibilidades no sentido de reconhecer e enfrentar a violência, um problema que marca de forma singular cada território e que, por esse motivo, guarda

intrínseca relação com o processo saúde doença de cada comunidade, foco de todo agir em saúde (GUEDES *et al.*, 2013).

Em Belo Horizonte, cada UBS tem entre duas e sete equipes de saúde da família e elas são compostas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, auxiliar/técnico em saúde bucal, e profissionais de apoio que incluem os trabalhadores da zoonose, do NASF-AB, e de especialidades como: clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Cada equipe é responsável por uma área adscrita e deve prestar assistência à sua população, com vista à prevenção e promoção de saúde, levando em consideração as peculiaridades de seu território (BELO HORIZONTE, 2018a).

Nesta conjuntura de valorização de um novo paradigma de saúde que considere o ser humano de forma holística, com interface dos determinantes sociais em todo seu viver, adoecer e morrer é que se entende que os serviços de saúde têm grande potencial para abordagem da violência (RODRIGUES *et al.*, 2018).

A partir do reconhecimento do setor da saúde como um espaço legítimo para lidar com agravos e, portanto, com a violência, e das diretrizes estabelecidas nacionalmente, tem-se recomendado que especialmente no sistema de saúde pública, sejam definidas políticas de enfrentamento, que priorize “o processo de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral de desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis” (MELO, 2010, p. 89).

Nessa lógica, é importante investir na capacidade de enfrentamento da violência em toda a rede de saúde, e, especialmente na APS, em conformidade com as diretrizes estabelecidas, dentre as quais pode-se destacar a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que preceitua: “quanto mais se investe na prevenção primária, menor é o custo no atendimento às vítimas e maior o impacto e a abrangência na proteção da população” (BRASIL, 2003a, p. 429).

O maior êxito das ações de saúde construídas e direcionadas para um território específico e interligadas a outros pontos de atenção de complexidades diferentes, ajuda a entender as circunstâncias que motivam a saúde em Belo Horizonte a ser estruturada em Redes de Atenção Saúde (RAS), com definição preferencial de atendimento na APS, descentralização do processo de produção de saúde, e reconhecimento dos potenciais da rede e suas limitações, o que contribui para definição de estratégias de intervenções mais eficazes dentro dessa nova proposta de atenção à saúde e reconhecimento dos sujeitos (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Por último, é preciso ressaltar a importância da vinculação, da construção coletiva da saúde a partir das realidades individuais e da interação real dos atores envolvidos, nesse caso, profissionais de saúde e usuários, o que necessariamente pressupõe o diálogo como forma de produção de saúde, pois interliga o encontro de sujeitos que constroem um mundo a partir do cruzamento de suas subjetividades conforme os ensinamentos de Habermas (1987) que afirma que: “o mundo da vida, como pano de fundo, é a fonte de onde são obtidas as definições da situação que os envolvidos pressupõem como problemas” (HABERMAS, 1987, p. 104, tradução nossa).

## 2.2 Violência

A definição de violência é bastante complexa e envolvem vários elementos e posições teóricas, assim como numerosas formas de solução ou eliminação do problema (PAVIANI, 2016).

Corroborando com esse pensamento Carvalho (2015, p. 10): “a violência é um fenômeno complexo que afeta todas as pessoas, têm múltiplas causas, sofre interferência de fatores sociais e culturais, sendo, portanto, um termo de difícil conceituação”.

Para a Organização Mundial de Saúde (2002, p. 5), violência é:

O uso intencional da força ou poder em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações.

Nessa perspectiva, o cerne a ser considerado é a intencionalidade que irá definir se um ato praticado é ou não violência.

Em consonância com Carvalho (2015) que insere em seu conceito de violência a natureza social do problema, Schraiber *et al.* (2006) também considera a violência como uma violação de direitos, sendo ele um fenômeno social, ao mesmo tempo em que é um problema de saúde pública.

Do mesmo modo, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) acata a responsabilidade do enfrentamento da violência como sendo, indelévelmente, um dever do Estado em seu sentido mais amplo, ou seja, com a obrigatoriedade de atentar para todas as nuances envolvidas e o



que apresenta estreita ligação, sobretudo, com questões de segurança pública, questões sociais, e da saúde propriamente dita, conforme comprova os artigos que seguem:

**Art. 196.** A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, p. 118).

**Art. 226.** A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

**§ 8º** O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 2016, p. 31-32).

Para Gro Harlem Brundtland, Diretora Geral da OMS no ano de 2002, a violência de alguma maneira, toca a todos nós, pois além das mais de 1,6 milhões de vidas perdidas por ano, há que se considerar o número incontável de vidas prejudicadas e nem sempre aparentes (BRUNDTLAND, 2002).

Assim tem-se que a violência exerce grande impacto sobre a vida da população, portanto, é também um problema de saúde pública que gera preocupação para todos, especialmente em função do aumento da incidência de lesões intencionais que afetam pessoas de todas as idades e ambos os sexos, mas, sobretudo, os jovens e alguns grupos em desvantagem sociocultural (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

As perdas financeiras decorrentes da violência são altas, para o setor da saúde extrapolam alguns bilhões de dólares americanos, contudo, há que se contabilizar também o impacto na economia de forma geral causados dentre outros, pelos dias perdidos de trabalho, gastos com segurança pública, criação e aplicação de leis e perdas em investimentos, além do custo humano em decorrência do sofrimento e dor gerado pela violência (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Muitas são as formas de violência e, portanto, a tipificação também pode variar, de acordo com o ponto de análise adotado, o que denota a complexidade do problema e a diversidade de abordagens possíveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo o Relatório Mundial de Violência (RMV), a mesma pode ser categorizada considerando quem a comete da seguinte forma: autoinfligida, interpessoal ou coletiva e de cada uma dessas categorias ainda decorrem diversas outras subcategorias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Segue, ora destacada das demais tipificações, as subdivisões da violência definida como interpessoal:

Violência da família e de parceiro (a) íntimo (a) - ou seja, violência que ocorre em grande parte entre os membros da família e parceiros íntimos, normalmente, mas não exclusivamente, dentro de casa.

Violência comunitária – violência que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consanguíneo ou não), e que podem conhecer-se (conhecidos) ou não (estranhos), geralmente fora de casa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. 6).

Por sua natureza, o RMV subdivide a violência em física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo dados disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Brasil, no ano de 2017, mais de 300.000 pessoas sofreram algum tipo de violência, sendo que mais de 10% desses casos foram registrados em Minas Gerais e 3.319 notificados em Belo Horizonte (BRASIL, 2020).

Dos registros de violência letal no país, no ano de 2017, apurou-se uma taxa de mortalidade de 31,6 por cem mil habitantes, com maior acometimento da população jovem, haja vista que 59,1% dos óbitos de homens entre 15 e 19 anos são ocasionados por homicídio, outrossim, existem “evidências de aumento da violência letal contra públicos específicos incluindo negros, população LGBTI e mulheres, nos casos de feminicídio” (CERQUEIRA *et al.*, 2019, p. 6).

Com relação às mulheres, que muitas vezes são vítimas da violência doméstica, o problema se camufla, pois, a invisibilidade conferida pela vivência no âmbito privado tende a manter a questão no âmbito policial ou jurídico, “todavia sem apresentar alternativas sociais de práticas preventivas e promocionais de qualidade de vida e saúde” (MALTA *et al.*, 2007, p. 47).

Toda complexidade demonstrada e que envolve a temática da violência exige que o enfrentamento do problema se dê através de redes que contemplem a intersetorialidade e o trabalho interdisciplinar, além da corresponsabilização do Estado e da Sociedade Civil, destacando nesse cenário, o papel essencial da atenção básica para a saúde da população (PEREIRA JÚNIOR; BERETTA, 2019).

### **2.3 Enfrentamento da Violência**

Segundo Cerqueira *et al.* (2019, p. 25) “a violência pode ser evitada. Não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências”.

Por este ângulo, tem-se que a ressignificação do conceito de prevenção em saúde deve levar em consideração as evidências, quais sejam, a complexidade do fenômeno em virtude da variedade de seus determinantes, especialmente os relacionados à pobreza decorrente das

desigualdades sociais e exclusão, e também da diversidade de possibilidades de intervenção (MALTA *et al.*, 2007).

O enfrentamento da violência perpassa necessariamente pelo posicionamento do Estado no que se refere ao “valor” da vida, pois é a partir dele que se dará às políticas para minimizar diferenças entre os distintos grupos de pessoas. Trata-se de conhecer e atuar sobre os determinantes sociais de saúde de uma população como contraponto à violência, e como forma de promoção da cidadania (MINAYO, 2005a).

Considerando as políticas de enfrentamento da violência estabelecidas no Brasil, destacam-se alguns marcos regulatórios instituídos pelo Estado e direcionados a alguns grupos de maior vulnerabilidade social, histórica/cultural.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) foi implantado em 1990, através da lei nº 8.069, com vistas à normalização do artigo 227 da CF/88, nessa lei encontram-se assegurados os direitos da criança e adolescente, assim como, a responsabilidade de todos de colocá-los “a salvo de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990a, p. 1).

Em 2003, com a intenção de dar visibilidade ao problema da violência contra a mulher, e propiciar ações de manejo e de prevenção, foi estabelecida por meio da Lei nº 10.778/2003, a obrigatoriedade de notificação em todos os serviços de saúde dos casos de violência contra mulher (BRASIL, 2003b).

No mesmo ano, a Lei nº 10.741/2003 concebeu o Estatuto do Idoso com destaque para seu Art. 4.º formalizador da garantia de que: “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei” (BRASIL, 2004, p. 16).

Considerando a segurança constitucional de igualdade de todos perante a lei, no ano de 2015, a Portaria Interministerial nº 01, instituiu a Comissão Interministerial de Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e incorporou as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica.

Em 2016, a portaria nº 204 estabeleceu a lista de notificação compulsória relacionadas às violências interpessoais/autoprovocadas e incluiu violência sexual e tentativa de suicídio na lista de notificação imediata (em até 24 horas pelo município).

Por sua vez, no que tange de fato às políticas de saúde, os esforços devem ser direcionados para a consolidação de redes de atenção fortes e integradas, capazes de oferecer assistência individualizada de acordo com a necessidade de cada caso e indivíduo (SANTOS *et al.*, 2014).

[...] lidar com um problema cujas bases de abordagem precisam ser construídas, no que se refere à produção dos saberes e práticas correspondentes e à estruturação dos serviços nos vários espaços de atenção à saúde (MELO V.; MELO E., 2016, p. 16).

A APS como parte integrante dessa rede de atenção precisa incorporar estratégias de prevenção além de fortalecer sua capacidade de dar respostas às vítimas (MALTA *et al.*, 2007). Nesse contexto, as UBS, são relevantes geradoras de informação que contribuem para compreensão dos fenômenos de saúde e conseqüentemente possibilitam a seleção de estratégias políticas mais adequadas para enfrentamento do problema (SANTOS *et al.*, 2014).

Em Belo Horizonte as diversas políticas públicas buscam fortalecer as redes de atenção voltadas para o indivíduo através do estímulo às interrelações, e construção de agendas conjuntas e ações coordenadas.

Na saúde, a gestão municipal, tem ao longo dos anos, adotado várias estratégias voltadas para a temática violência, cuja importância consiste em esforços que convergem para uma tentativa de instrumentalização dos sujeitos, usuários e trabalhadores, dentre os quais se apresentam: Elaboração de guias de enfrentamento da violência - Guia de atendimento à criança e adolescentes vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na Atenção Primária à Saúde (BELO HORIZONTE, 2013); Guia de Atendimento à Pessoa Idosa Vítima de Violência (BELO HORIZONTE, 2015a); Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (BELO HORIZONTE, 2015b); Implantação de política municipal de educação permanente em saúde coordenada através do Centro de Educação Permanente municipal, com vistas à qualificação dos trabalhadores e a contribuição para as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Educação Popular.

Nesse sentido, há o incentivo e liberação de servidores para realização de cursos, treinamentos, eventos, palestras, seminários, workshops, congressos, simpósios, jornadas, fóruns e conferências oferecidas por parceiros, assim como a preocupação de ter uma oferta própria construída a partir das diretrizes estabelecidas pela SMSA e das necessidades percebidas (BELO HORIZONTE, 2016).

Outras atividades desenvolvidas foram: A implantação do fluxo atual de abordagem dos episódios de violência nos serviços de SMSA/BH (BELO HORIZONTE, 2017); Adoção da cartilha nacional de notificação de violência (BRASIL, 2017); Estímulo para disseminação, na rede, de grupos como o GTPS e o projeto Para Elas no âmbito de todas as Regionais de Saúde; Fortalecimento do controle social municipal, através incentivo da participação popular nos conselhos de saúde, inclusive nos níveis locais e nas conferências de saúde, o que possibilita avaliar a situação de saúde do município e subsidia a construção do Plano

Municipal de saúde (BELO HORIZONTE, 2018a); Vigilância e monitoramento dos registros de notificação de violência interpessoal/autoprovocada de preenchimento compulsório conforme estabelece a Portaria GM n. 1.271/14 (BELO HORIZONTE, 2018a); Implantação de formulário para registros de episódios de violência vivenciados em UBS (BELO HORIZONTE, 2018b); Garantia do cuidado integral e humanizado à vítima de violência; investimentos em estratégias de base, que visem prevenção e promoção da saúde; fomento da articulação intersetorial; avaliação e revisão das estratégias utilizadas (BELO HORIZONTE, 2019); Definição de normas e rotinas específicas nos serviços para qualificar o acesso e atendimento das vítimas de violência; Implantação do protocolo 002/2019 que instituiu abordagem dos episódios de violência no trabalho e arrombamentos nas UBS (BELO HORIZONTE, 2020).

Assim, as diretrizes da SMSA privilegiam a tratativa da violência tanto na macropolítica que estabelece e sistematiza as diretrizes de enfrentamento, quanto na micropolítica onde as ações se concretizam de forma descentralizada com vista a realidade de cada comunidade. Nessa lógica, a APS guarda em si tanto a vertente da macropolítica quanto da micropolítica, na medida em que é diretriz institucional e local onde a vida acontece.

Portanto, avaliar o papel da APS no enfrentamento da violência, sob o ponto de vista dos indivíduos que utilizam as UBS, pode fornecer dados importantes para a análise do impacto das ações adotadas.

Adicionalmente, os resultados dessa análise podem subsidiar a sistematização de outras estratégias eficazes para abordagem do problema na Atenção Primária à Saúde e conseqüentemente, refletir na melhora da qualidade da assistência à saúde ofertada à população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Analisar as percepções que os indivíduos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte têm a respeito do enfrentamento da violência.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Traçar perfil epidemiológico dos indivíduos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte/MG que responderam ao questionário de usuários da pesquisa intitulada *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde*.
- Analisar as percepções do enfrentamento da violência de acordo com o perfil epidemiológico dos entrevistados.
- Identificar qual entendimento os entrevistados têm sobre o papel da Unidade Básica de Saúde no enfrentamento da violência.
- Compreender a percepção dos entrevistados sobre o enfrentamento da violência em sua comunidade e Município.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Esse trabalho integra a Pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde*.

A metodologia exploratória e descritiva foi escolhida porque viabilizou a caracterização dos entrevistados e do grau de percepção que eles têm sobre o enfrentamento da violência, além de evidenciar o papel das Unidades Básicas de Saúde no enfrentamento da violência sob a ótica desses usuários.

A abordagem quantitativa, por sua vez, foi o recurso ideal para tratativa dos dados por trabalharmos com uma amostra grande e representativa dos usuários das UBS de BH, o que permite a elaboração de um retrato da realidade (FONSECA, 2002).

### **4.2 Sujeitos do Estudo**

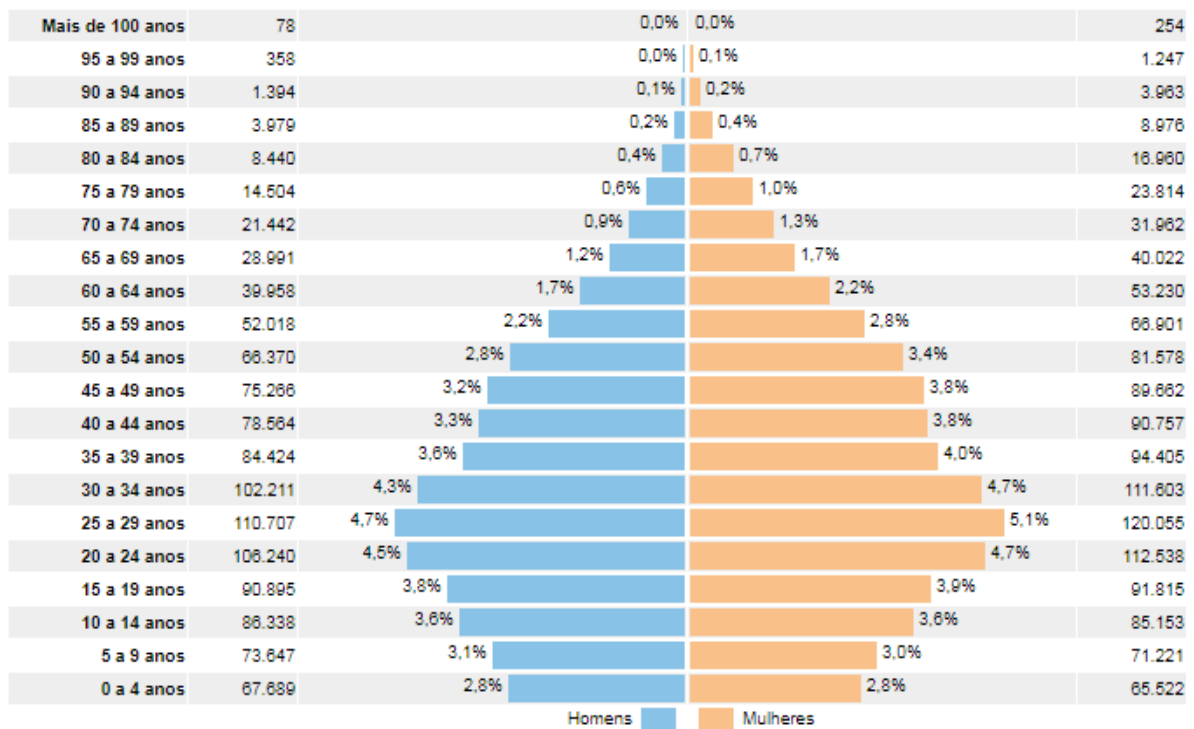
Foram entrevistados usuários, profissionais e gestores de ambos os sexos, em 45 UBS sorteadas, distribuídas nas nove Regionais de Saúde de Belo Horizonte, contudo, para esse estudo foram extraídos do banco de dados os questionários respondidos pelos usuários (ANEXO C), totalizando 1.125 pessoas.

### **4.3 Cenário do Estudo**

Esse estudo foi realizado em Belo Horizonte, a capital de Minas Gerais, e a pesquisa de campo ocorreu no ano de 2017. A escolha desse município como cenário se deu em função do formato do mestrado profissional e a possibilidade de retorno e contribuição da pesquisa no local de atuação profissional.

Segundo o censo do IBGE realizado no ano de 2010, a população residente em Belo Horizonte era de 2.375.151 habitantes. A área da unidade territorial equivalente a 331,401 Km<sup>2</sup> e a densidade demográfica 7.167,00 (hab./km<sup>2</sup>). Em relação à distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual com 53,12%, enquanto os homens correspondem a 46,88%, e a faixa etária mais prevalente foi a com idade entre 25 e 29 anos que correspondeu a 10,1% do total da população. O município ocupa a 4<sup>a</sup> posição no ranking dos municípios com maior produto interno bruto (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2017).

Figura 1 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade BH/MG - 2010



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (2017)

Nota: Referente ao censo de 2010

A APS de Belo Horizonte cobre 100% de seu território e é composta por equipe de atenção básica prisional, equipe para atendimento de adolescente em conflito com a lei, equipes de consultório na rua, equipes de saúde bucal, equipes de saúde da família, NASF-AB e programa de agentes comunitários de saúde (BELO HORIZONTE, 2018a).

A ESF é, portanto, um dos modelos para organização da APS, realizada dentro da UBS: “porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde e coordenador do cuidado no território”. Cada UBS é formada por equipes de saúde da família interdisciplinares, responsáveis por um determinado número de pessoas de um território definido (BELO HORIZONTE, 2018a).

A capital de Minas Gerais possui 589 equipes de saúde da família, o que reflete 81,2% de cobertura da ESF.

#### 4.4 Recrutamento e Abordagem

Como campo da pesquisa, foram selecionadas dentro das nove regionais de BH, 45 das 152 UBS, a triagem foi feita por meio de amostragem estratificada e por conglomerado em dois estágios, que compreenderam o sorteio das UBS dentro de cada regional e, o sorteio



de 25 usuários feito por meio de ordem de chegada, utilizando uma tabela de números aleatórios.

A amostra de usuários do município foi calculada com margem de erro de 1,63% e distribuída nessas unidades.

Como critérios de inclusão para participar da seleção para a entrevista foram considerados: residir no local há mais de 06 meses, ter 16 anos ou mais e ter sido atendido na UBS pelo menos uma vez antes da oportunidade da entrevista.

Para a realização da pesquisa foram montadas equipes de pesquisadores/entrevistadores que incluíram profissionais da UFMG e mestrandos. Os treinamentos, supervisões e controles de qualidade foram padronizados pela coordenação do estudo, ligados ao Departamento de Medicina Preventiva Social da UFMG.

#### **4.5 Coleta de Dados**

As etapas de coleta de dados obedeceram à seguinte ordem: obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG autorizando a efetivação da pesquisa nas UBS de BH (ANEXO A).

A partir da autorização, foi feito contato com os responsáveis pelas UBS para agendamento de dias e horários para a coleta de dados, que seguiu um cronograma elaborado de acordo com as características de cada serviço e a disponibilidade dos participantes. A abordagem foi feita no ambiente da Unidade Básica de Saúde, em dias de atendimento normalizado.

Os dados foram coletados após a anuência de cada sujeito, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - (ANEXO B). Em seguida, foi aplicado o questionário pelo pesquisador participante, previamente treinado pelo pesquisador responsável. Esses dados foram tabulados, lançados no programa software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) - versão 20.0 e analisados com o auxílio da estatística descritiva (média, frequência absoluta e frequência relativa).

Para captação de dados com os usuários utilizou-se a entrevista individual, ou seja, nesse caso os questionários não foram autoaplicáveis, portanto, não demandaram nenhum grau mínimo de instrução para participação do estudo. A coleta dos dados iniciou em 1º de março de 2017 e terminou em 22 de maio de 2017. Todas as entrevistas foram realizadas dentro das UBS com os entrevistados selecionados aleatoriamente.

## 4.6 Instrumento

O instrumento dessa pesquisa foi o questionário semiestruturado, contendo 310 questões, construído em janeiro de 2017, e que abarca os 13 blocos a seguir: Características pessoais e sociofamiliares; Trabalho; Relações pessoais e comunitárias; Relação do usuário com a unidade básica de saúde; Assistência farmacêutica; Assistência social; Percepção de saúde; Consumo de bebidas alcoólicas; Matriciamento de saúde mental; Atividades físicas; Relações aos papéis de gênero; Situações de violência na área de abrangência da unidade; Enfrentamento da violência e Doenças estigmatizantes.

Para fins do estudo, foram utilizados como variável independente algumas questões dos blocos 1 (Características pessoais e sociofamiliares) e 11 (Situações de violência na área de abrangência da unidade), e como variável dependente todo o bloco 12 (Enfrentamento da violência).

## 4.7 Variáveis

### 4.7.1 Variáveis Independentes

As questões utilizadas nesse trabalho para compor as variáveis independentes fazem parte dos blocos 1 e 11 do questionário.

Dentro do bloco 1 foram utilizados os questionamentos relativos às Características pessoais e sociofamiliares; Sexo; Data de nascimento; Estado civil; Cor/raça; Escolaridade; Número de pessoas que moram na casa e Gênero do chefe da família.

No bloco 11, utilizou-se a pergunta 218 do questionário que reflete a experiência da violência num dado período.

Para a discussão dos resultados foram realizados os seguintes agrupamentos: idade de 10 em 10 anos (OMS), resultando em 6 grupos de faixa etária: 1. Até 24 anos, 2. De 25 a 34 anos, 3. De 35 a 44 anos, 4. De 45 a 54 anos, 5. De 55 a 64 anos e 6. 65 ou mais anos.

As respostas da categoria estado civil foram condensadas gerando 3 novos agrupamentos que consideram no 1º grupo os indivíduos os que vivem sozinhos, no 2º grupo aqueles que tem um (a) parceiro (a) e no 3º grupo os que já tiveram algum parceiro.

Para viabilizar a análise em relação à escolaridade foi definido um novo agrupamento que contemplou a titulação (obtenção do diploma). Faz-se importante esclarecer que, nesse trabalho, entrevistados sem escolaridade englobam os analfabetos e com ensino fundamental

não concluído e assim sucessivamente. As 5 novas categorias foram: 1. Sem escolaridade; 2. Ensino fundamental, 3. Ensino médio, 4. Ensino superior/pós-graduação e 5. Não informado.

Em relação ao número de pessoas que moram na casa, foram agrupados da seguinte forma: 1. Um ou dois, 2. Três ou quatro, 3. Cinco ou mais e 4. Não informado.

Para organização dos dados sobre a experiência da violência foram divididos grupos dos entrevistados que registraram nenhuma violência sofrida e daqueles que sofreram violência nos últimos 12 meses e que entraram na categoria sofreu violência.

#### ***4.7.2 Variáveis Dependentes***

Quanto às variáveis dependentes desse trabalho foram utilizadas todas as questões do bloco 12 referentes ao enfrentamento da violência, a saber: Prevenção da violência; Tipo de ação de prevenção da violência desenvolvida pela unidade de saúde; Se a UBS desenvolve ações de prevenção da violência; Movimento ou iniciativa voltada para abordagem e prevenção da violência e movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores.

Na questão 301, única descritiva desse bloco, foi necessário fazer agrupamentos de respostas em função da natureza de estudo quantitativo que esse trabalho propõe, de tal forma que as respostas foram organizadas dentro dos seguintes grupos: Segurança pública; Educação; Políticas públicas; Comportamento pessoal; Outros e Não sei dizer.

No agrupamento de *Segurança pública* foram inseridas as respostas em que os entrevistados acreditavam que para prevenir a violência fosse necessário, exclusivamente o uso de alguma medida autoritária, como poder de polícia, encarceramento do infrator, intensificação da severidade das leis e outros de mesma natureza.

Em *Educação* considerou-se para este agrupamento todas as respostas que tinham como sua essência, apenas a “formação dos sujeitos” e a “informação entre os sujeitos”, nesse agrupamento estão inseridas respostas que trazem a ótica dos entrevistados sobre alguns conceitos como educação, diálogo, orientação e conscientização.

Com relação ao grupo de *Políticas públicas*, ele envolveu as respostas que faziam associação entre a prevenção da violência e à necessidade de garantias constitucionais, ou relacionadas à cidadania, bem como ao dever do Estado de criação de estratégias políticas, para enfrentamento da violência. Cabe ressaltar que quando a resposta de um entrevistado esteve relacionada à educação ou segurança pública, mas, também foi associada a outra resposta que seguia as especificações anteriormente descritas, ela foi enquadrada nesta categoria.

Para *Comportamento pessoal* considerou-se pertencentes a este rol, todas as respostas que consideravam importante na prevenção da violência, exclusivamente, à forma de agir do indivíduo, concernentes a ações necessárias como, ter autocontrole, empatia, amor, respeito, evitar a violência, deixar de sair, buscar Deus, dentre outros.

“Outros” foi o grupo que abarcou todas as demais respostas que não tiveram expressividade numérica para formação de outro agrupamento, como por exemplo, as respostas como: “*Não há como evitar a violência*”.

E finalmente, *Não sei dizer* foi o agrupamento de resultados dos sujeitos que registraram não ter a resposta para pergunta ou que não responderam à questão.

#### **4.8 Tratamento e Análise dos Dados Coletado**

A análise estatística foi baseada nas tabelas de frequência simples e cruzada, nos gráficos do tipo *Boxplot*, na aplicação do teste Qui-quadrado de independência para avaliar associação entre as variáveis explicativas e na construção do Indicador de Percepção de Enfrentamento da Violência - IPEV - (variáveis respostas).

O IPEV utilizou as variáveis referentes ao módulo de enfrentamento da violência, a saber: questões 294 a 300.

Com base em Wittkowski *et al.* (2004) foi construído pela autora desse trabalho o IPEV, que é a variável resposta/dependente desse estudo. As categorias (ou níveis) dessas variáveis foram codificadas em mínimo e máximo, de forma que quanto maior esse indicador maior será a percepção de enfrentamento da violência. Essa codificação para as variáveis com duas categorias (sim e não) é apresentada no QUADRO 1, que também apresenta as variáveis da composição do indicador.

Quadro 1 - Variáveis que compõe o indicador de percepção do enfrentamento da violência e suas respectivas recodificações

Indicador	Variáveis (X <sub>i</sub> )		Recodificação para representar 'mais enfrentamento':
<b>Indicador de Percepção do Enfrentamento da Violência (IPEV)</b>	X <sub>1</sub>	Você acha que é possível prevenir a violência?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>2</sub>	Você acha que é uma das funções da unidade de saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>3</sub>	Este posto de saúde/UBS desenvolve ações de prevenção da violência?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>4</sub>	Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue na região?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>5</sub>	Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingido o objetivo?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>6</sub>	Você conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando aqui?	Sim = 1 e Não = 0
	X <sub>7</sub>	Você acha que há no seu município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência?	Sim = 1 e Não = 0

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

A fórmula utilizada foi:

Indicador de Percepção do Enfrentamento da Violência (IPEV)

$$IPEV = \sum_{i=1}^8 X_i$$

O indicador foi padronizado para que assumisse valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a apresentada a seguir:

$$I_{pad_i} = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

Os resultados dessa equação foram multiplicados por 100 para gerar uma escala de 0 a 100% o que permite uma interpretação mais inteligível.

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas através de diagramas em caixas (gráficos *Boxplot* apresentados no tópico resultados).

Na análise bivariada utilizou-se esse indicador categorizado pela mediana como sendo a variável resposta desse estudo, a baixa percepção de enfrentamento da violência foi definida quando o resultado da equação foi menor que 28,57% e alta percepção de enfrentamento da violência quando o resultado foi maior que esse valor.

#### **4.9 Aspectos Éticos da Pesquisa**

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), conforme parecer 1.512.402 em 25/04/2016 e Certidão de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 01140812.1.0000.5149 (ANEXO A).

Houve apresentação formal da pesquisa, respeitando os critérios éticos, o caráter sigiloso e a possibilidade de interrupção da participação na pesquisa.

Os participantes da pesquisa assinaram voluntariamente o TCLE e na oportunidade foram avisados sobre os objetivos da pesquisa e da garantia do sigilo quanto às informações relatadas.

## 5 RESULTADOS

Para melhor organização, optou-se pela apresentação dos resultados através dos seguintes tópicos: *Caracterização dos entrevistados*, *Situação de violência entre os entrevistados na área de abrangência* e *Enfrentamento da violência*.

É importante ressaltar que toda população apresenta traços próprios que descrevem as pessoas de um local específico, assim o primeiro tópico dos *Resultados* que é a *Caracterização dos entrevistados*, busca desvelar as particularidades dos usuários da atenção primária de Belo Horizonte que fazem parte da amostra desse estudo.

Essa informação que possibilita conhecer as pessoas de um determinado lugar, as semelhanças que as aproximam e as diferenças que as afastam, serve como embasamento para definição de políticas mais assertivas com vistas a atenção às necessidades dessa população, a promoção da equidade e a garantia da igualdade.

A partir do reconhecimento das características de uma população é possível segundo Santos (1995) “lutar pela igualdade sempre que as diferenças discriminem e lutar pelas diferenças sempre que a igualdade descaracterize”.

Com relação ao segundo tópico, *Situação de violência entre os entrevistados*, tem-se a intenção de apurar a prevalência desse fenômeno dentro da população do estudo, a fim de possibilitar análises comparativas que possam subsidiar a construção de estratégias para superação da violência.

E finalmente, o propósito do tópico *Enfrentamento da violência*, o último disposto nos *Resultados* foi de possibilitar a compreensão da percepção do enfrentamento da violência da população estudada de forma a permitir que seja traçado um paralelo dos achados com as políticas de prevenção da violência adotadas no município.

### 5.1 Caracterização dos Entrevistados

Inicialmente foi feita a caracterização sócio familiar dos indivíduos entrevistados quanto a sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade, número de moradores na casa, gênero do chefe da família e renda. Essa caracterização teve a intenção de auxiliar na compreensão do perfil epidemiológico dos usuários das UBS e posteriormente possibilitar a avaliação das potenciais diferenças entre os grupos distintos no enfrentamento da violência.

Tabela 1 - Distribuição univariada do perfil dos usuários entrevistados Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017

(Continua)

Variáveis sociodemográficas	Total	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	830	73,8
Masculino	295	26,2
<b>Faixa etária (em anos)</b>		
Até 24	158	14,0
De 25 a 34	206	18,3
De 35 a 44	229	20,4
De 45 a 54	193	17,2
De 55 a 64	197	17,5
65 ou mais	142	12,6
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	398	35,4
Casado/União estável/Amasiado	537	47,7
Divorciado/Separado/Viúvo	188	16,7
Não informado	2	0,2
<b>Cor / raça</b>		
Branca	281	25,0
Amarela	61	5,4
Indígena	12	1,1
Preta	212	18,8
Parda	555	49,3
Não informado	4	0,4
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	311	27,6
Ensino fundamental	254	22,6
Ensino médio	466	41,4
Ensino superior/Pós-graduação	93	8,3
Não informado	1	0,1
<b>Número de moradores na casa</b>		
Um ou dois	306	27,2
Três ou quatro	547	48,6
Cinco ou mais	271	24,1
Não informado	1	0,1



Tabela 1 - Distribuição univariada do perfil dos usuários entrevistados Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017

Variáveis sociodemográficas	(conclusão)	
	n	%
<b>Gênero do chefe da família</b>		
Mulher	439	39,0
Homem	603	53,6
Mulher e Homem	66	5,9
Sem chefe	10	0,9
Não informado	7	0,6
<b>Renda familiar</b>		
Menos de 1 SM	134	11,9
De 1 a 3 SM	760	67,6
4 ou mais SM	151	13,4
Não informado	80	7,1
<b>Total</b>	<b>1125</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Conforme mostra a TAB. 1, dos 1.125 entrevistados, 830 (73,8%) são do sexo feminino e 295 (26,2%) do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de adultos entre 35 e 44 anos o que representa 20,4% da população pesquisada. Em relação ao estado civil, a grande maioria vive com alguém, seja através da união formalizada na esfera cível ou não, são 537 (47,7%) pessoas com parceiro íntimo. Referente à raça, 555 (49,3%) dos entrevistados declararam-se pardos, 281 (25%) brancos, 212 (18,8%) pretos, 61 (5,4%) amarelos e 12 (1,1%) indígenas. Quanto à escolaridade observa-se 311 (27,6%) entrevistados sem escolaridade, 254 (22,6%) com ensino fundamental, 466 (41,4%) têm ensino médio completo e 93 (8,3%) possui ensino superior ou é pós-graduado. Em relação ao número de moradores na casa, 306 (27,2%) entrevistados declararam que em suas casas têm 1 ou 2 moradores, 573 (48,5%) têm 3 ou 4 e 271 (24,1%) têm 5 ou mais moradores na mesma casa. Ao serem questionados sobre o gênero do chefe da família, 439 (39%) entrevistados responderam que é a mulher, 603 (53,6%) que é o homem, 66 (5,9%) que são ambos e 10 (0,9%) que não tem chefe na família. No que concerne à renda familiar, 134 (11,9%) afirmaram ganhar até 1 salário mínimo, 760 (67,6%) de 1 a 3 salários mínimo e 151 (13,4%) 4 ou mais salários mínimos, 80 (7,1%) não respondeu a essa questão.

## 5.2 Situação de Violência entre os Entrevistados na Área de Abrangência da UBS

A TAB. 2 traz os dados da variável independente sobre situações de violência na área de abrangência da unidade e apresenta a incidência da violência, nos últimos 12 meses, dentro do grupo entrevistado. Essa informação serve para subsidiar a avaliação de possíveis diferenças na capacidade de enfrentamento entre os indivíduos que sofreram e os que não sofreram violência.

Tabela 2 - Distribuição univariada sobre a situação de violência entre os usuários entrevistados na Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017

Situação de Violência	Total	
	n	%
<b>Sofreu algum tipo de violência (últimos 12 meses)?</b>		
Não	778	69,2
Sim	300	26,7
Não informado	47	4,2
<b>Total</b>	<b>1125</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

De acordo com a TAB. 2, nos últimos 12 meses, 778 (71%) entrevistados relataram não ter sofrido violência e 300 (26,7%) afirmaram ter sofrido violência.

## 5.3 Enfrentamento da Violência

A TAB. 3 apresenta a frequência das respostas dadas pelos 1.125 entrevistados às questões que são inerentes ao bloco do enfrentamento da violência no questionário aplicado para usuários da Atenção Básica de Saúde.

Tais respostas permitem a identificação da percepção dos entrevistados sobre o enfrentamento da violência.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das respostas dadas pelos entrevistados no bloco Enfrentamento da Violência do questionário de usuários aplicados Atenção Básica, Belo Horizonte, 2017

Enfrentamento da Violência	Total	
	n	%
<b>Você acha que é possível prevenir a violência?</b>		
Não	125	11,1
Sim	972	86,4
Não informado	28	2,5
<b>Você acha que é uma das funções da Unidade de Saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência?</b>		
Não	468	41,6
Sim	622	55,3
Não informado	35	3,1
<b>Este posto de Saúde/UBS desenvolve ações de prevenção da violência?</b>		
Não	1022	90,8
Sim	76	6,8
Não informado	27	2,4
<b>Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região?</b>		
Não	969	86,1
Sim	112	10,0
Não informado	44	3,9
<b>Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingido o objetivo?</b>		
Não	48	4,3
Sim	67	6,0
Não informado	1010	89,8
<b>Você conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando aqui?</b>		
Não	1051	93,4
Sim	39	3,5
Não informado	35	3,1
<b>Você acha que há no seu município preocupação das autoridades em conhecer e prevenir a violência?</b>		
Não	688	61,2
Sim	401	35,6
Não informado	36	3,2
Total		
Total	1125	100

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Os dados apresentados na TAB. 3 demonstram que 972 (86,4%) entrevistados acreditam ser possível prevenir a violência, enquanto 125 (11,1%) não acreditam nessa possibilidade.

A resposta para a questão “Você acha que é uma das funções da Unidade de Saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência?” foi *sim* para 622 (55,3%) dos entrevistados e *não* para 468 (41,6%).

Quando questionados se o posto de saúde/UBS desenvolve ações de prevenção da violência 76 (6,8%) disseram que *sim* e 1022 (90,8%) disseram *não*.

Diante da pergunta você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue na região 112 (10%) afirmaram que conheciam e 969 (86,1%) afirmaram que não conheciam.

Somente aqueles que responderam *sim* para a pergunta anterior foram orientados a responder se o movimento ou iniciativa de prevenção da violência que conheciam tem atingido o objetivo, entretanto, apenas 115 pessoas responderam essa questão e o resultado foi que 67 (6,0%) disseram que *sim* e 48 (4,3%) disseram que *não*.

Com relação a conhecer algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando na sua região, 39 (3,5%) pessoas disseram que *sim* e 1051 (93,4%) disseram que *não*.

Finalmente quando questionados se acreditavam que no município as autoridades se preocupam em combater e prevenir a violência, 401 (35,6%) entrevistados disseram que *sim* e 688 (61,2%) disseram *não*.

A TAB. 4 apresenta associação das variáveis independentes, que caracterizam a população, com as variáveis dependentes, que deram origem ao IPEV e que possibilitam avaliar o grau de percepção de enfrentamento da violência dos indivíduos entrevistados dentre os diversos grupos.

Tabela 4 - Distribuição bivariada do perfil dos usuários entrevistados na Atenção Básica conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017  
(Continua)

Variáveis sociodemográficas		Indicador de percepção do enfrentamento da violência (IPEV)						Total		Valor p
		Baixo		Alto		Não informado				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>										
	Feminino	237	72,3	573	74,2	20	80,0	830	73,8	0,5469
	Masculino	91	27,7	199	25,8	5	20,0	295	26,2	
<b>Faixa etária (em anos)</b>										
	Até 24	52	15,9	104	13,5	2	8,0	158	14,0	0,2575
	De 25 a 34	68	20,7	132	17,1	6	24,0	206	18,3	
	De 35 a 44	63	19,2	163	21,1	3	12,0	229	20,4	
	De 45 a 54	52	15,9	137	17,7	4	16,0	193	17,2	
	De 55 a 64	47	14,3	143	18,5	7	28,0	197	17,5	
	65 ou mais	46	14,0	93	12,0	3	12,0	142	12,6	
<b>Estado civil</b>										
	Solteiro	117	35,7	271	35,1	10	40,0	398	35,4	0,8084
	Casado/União estável/Amasiado	160	48,8	367	47,5	10	40,0	537	47,7	
	Divorciado/Separado/Viúvo	51	15,5	132	17,1	5	20,0	188	16,7	
	Não informado	0	0,0	2	0,3	0	0,0	2	0,2	
<b>Cor / raça</b>										
	Branca	82	25,0	191	24,7	8	32,0	281	25,0	0,3947
	Amarela	25	7,6	36	4,7	0	0,0	61	5,4	
	Indígena	4	1,2	8	1,0	0	0,0	12	1,1	
	Preta	59	18,0	147	19,0	6	24,0	212	18,8	
	Parda	157	47,9	387	50,1	11	44,0	555	49,3	
	Não informado	1	0,3	3	0,4	0	0,0	4	0,4	
<b>Escolaridade</b>										
	Sem escolaridade	93	28,4	208	26,9	10	40,0	311	27,6	0,3436
	Ensino fundamental	83	25,3	168	21,8	3	12,0	254	22,6	
	Ensino médio	129	39,3	327	42,4	10	40,0	466	41,4	
	Ensino superior/Pós-graduação	22	6,7	69	8,9	2	8,0	93	8,3	
	Não informado	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,1	
<b>Número de moradores na casa</b>										
	Um ou dois	96	29,3	202	26,2	8	32,0	306	27,2	0,5464
	Três ou quatro	157	47,9	378	49,0	12	48,0	547	48,6	
	Cinco ou mais	75	22,9	191	24,7	5	20,0	271	24,1	
	Não informado	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	

Tabela 4 - Distribuição bivariada do perfil dos usuários entrevistados na Atenção Básica conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017 (conclusão)

Variáveis sociodemográficas	Indicador de percepção do enfrentamento da violência (IPEV)						Total		Valor p
	Baixo		Alto		Não informado				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Gênero do chefe da família</b>									
Mulher	124	37,8	302	39,1	13	52,0	439	39,0	0,2315
Homem	179	54,6	416	53,9	8	32,0	603	53,6	
Mulher e Homem	18	5,5	46	6,0	2	8,0	66	5,9	
Sem chefe	5	1,5	3	0,4	2	8,0	10	0,9	
Não informado	2	0,6	5	0,6	0	0,0	7	0,6	
<b>Renda familiar</b>									
Menos de 1 SM	37	11,3	91	11,8	6	24,0	134	11,9	0,0756
De 1 a 3 SM	232	70,7	514	66,6	14	56,0	760	67,6	
4 ou mais SM	32	9,8	115	14,9	4	16,0	151	13,4	
Não informado	27	8,2	52	6,7	1	4,0	80	7,1	
<b>Sofreu algum tipo de violência (últimos 12 meses)?</b>									
Não	229	69,8	548	71,0	1	4,0	778	69,2	0,6007
Sim	94	28,7	206	26,7	0	0,0	300	26,7	
Não informado	5	1,5	18	2,3	24	96,0	47	4,2	
<b>Total</b>									
<b>Total</b>	<b>328</b>	<b>100,0</b>	<b>772</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>1125</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Foi observado, a partir do teste de significância estatística  $p$ , que nessa amostra populacional não há associação entre a percepção do enfrentamento da violência baixa ou alta e as características sociofamiliares estudadas.

Sobre o sexo observa-se que entre os entrevistados com baixa percepção da violência, 237 (72,3%) são mulheres e 91 (27,7%) homens, enquanto entre os entrevistados com alta percepção da violência 573 (74,2%) são mulheres e 199 (25,8%) homens, ( $p = 0,5469$ ).

Na avaliação da idade dos entrevistados associada com o IPEV foram identificados valores muito aproximados entre cada faixa etária dentro das categorias dicotômicas estabelecidas, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os grupos estudados com  $p = 0,2575$ .

Relativamente à comparação com o estado civil, tem-se que dentre os entrevistados com baixo indicador de percepção de violência, 177 (35,7%) são solteiros, 160 (48,8%) são casados ou estão em união estável e 51 (15,5%) são separados, divorciados ou viúvos. Entre

os entrevistados com alto indicador de percepção de violência 271 (35,1%) são solteiros, 367 (47,5%) são casados ou estão em união estável e 132 (17,1%) são separados, divorciados ou viúvos, ( $p = 0,8084$ ).

Dentre os indivíduos entrevistados com baixa percepção do enfrentamento da violência e no que tange a raça, 82 (25%) pessoas declararam-se brancos, 25 (7,6%) amarelos, 4 (1,2%) indígenas, 59 (18%) preta, 157 (47,9%) parda e 1 (0,3%) não informado. No grupo com alta percepção do enfrentamento da violência 191 (24,7%) pessoas se declararam brancos, 36 (4,7%) amarelos, 8 (1,0%) indígenas, 147 (19%) preta, 387 (50,1%) parda e 3 (0,4%) não informado, ( $p = 0,3947$ ).

Na associação do IPEV com a escolaridade, tem-se que dos entrevistados com baixa percepção de enfrentamento da violência, 93 (28,4%) foram categorizados como sem escolaridade, 83 (25,3%) com ensino fundamental, 129 (39,3%) possuem ensino médio, 22 (6,7%) ensino superior/pós-graduação e 1 (0,3%) não informou. Dentre os entrevistados com alta percepção da violência 208 (26,9%) foram categorizados como sem escolaridade, 168 (21,8%) com ensino fundamental, 327 (42,4%) possuem ensino médio e 69 (8,9%) ensino superior/pós-graduação, ( $p = 0,3436$ ).

Dos indivíduos com baixa percepção da violência, 96 (29,3%) moram em domicílios com 1 ou 2 moradores, 157 (47,9%) entre 3 e 4 e 75 (22,9%) estão em 5 ou mais residentes. Dentre os com alta percepção da violência 202 (26,2%) moram em casas com 1 ou 2 moradores, 378 (49%) entre 3 e 4 e 191 (24,7%) estão em 5 ou mais residentes e 1 (0,1%) não informou, ( $p = 0,0564$ ).

No confronto do IPEV com o gênero do chefe da família percebeu-se que dentre os entrevistados com baixa percepção 124 (37,8%) tinham como chefes mulheres, 179 (54,6%) tinham como chefes homem, 18 (5,5%) tinham como chefes mulheres e homens, 5 (1,5%) não tinham chefes e 2 (0,6%) não informaram. Dentre os com alta percepção 302 (39,1%) tinham mulheres como chefe da família, 416 (53,9%) tinham homens como chefe, 46 (6,0%) tinham mulheres e homens como chefes, 3 (0,4%) não tinham chefes e 5 (0,6%) não informaram, ( $p = 0,2315$ ).

A renda associada ao IPEV demonstrou que dos entrevistados com baixa percepção da violência 37 (11,3%) recebem menos que 1 Salário Mínimo (SM), 232 (70,7%) recebem de 1 a 3 SM, 32 (9,8%) recebem 4 ou mais SM e 27 (8,2%) não informaram. Entre os entrevistados com alta percepção da violência 91 (11,8%) recebem menos que 1 SM, 514 (66,6%) recebem de 1 a 3 SM, 115 (14,9%) recebem 4 ou mais SM e 52 (6,7%) não informaram, ( $p = 0,0756$ ).

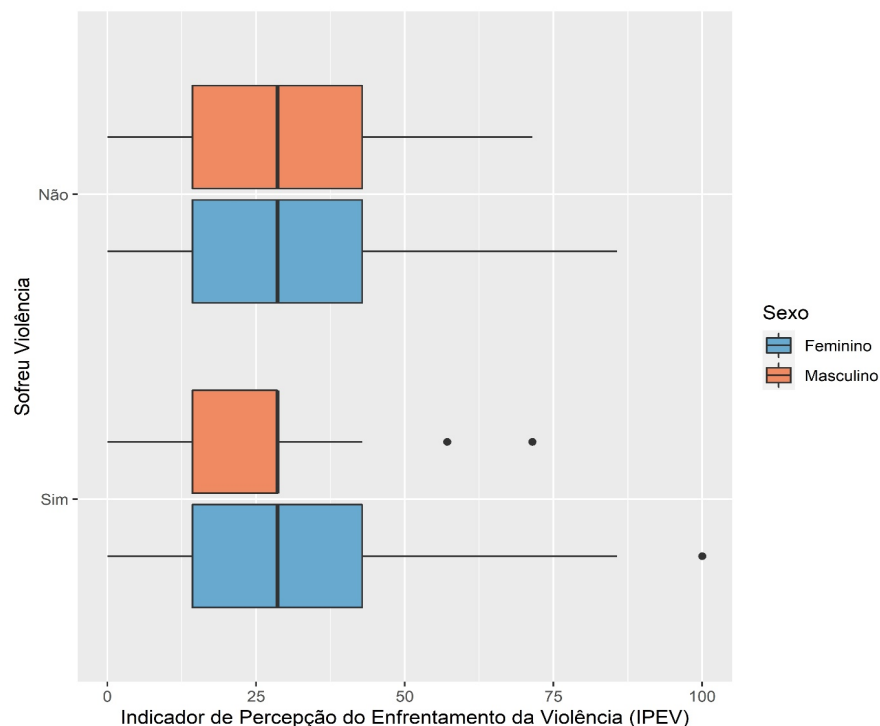
Quanto ao questionamento diz respeito à vivência da violência, dentre os indivíduos com baixa percepção 229 (69,8%) sofreram violência, enquanto 94 (28,7%) não sofreram violência e 5 (1,5%) não informaram. No que concerne aos respondentes com alta percepção 548 (71%) disseram não ter sofrido violência nos últimos 12 meses, enquanto 206 (26,7%) alegaram que sofreram, e 18 (2,3%) não informaram, ( $p = 0,6007$ ).

Os GRAF. a seguir apresentam a sintetização da percepção de enfrentamento da violência dos usuários entrevistados, a partir do cruzamento de variáveis qualitativas em função de uma variável quantitativa que é o indicador de enfrentamento da violência.

No *Boxplot* (APÊNDICE A), GRAF. que permite observar a distribuição e valores discrepantes dos dados, pôde-se observar o desvio das respostas à vista da mediana (28,57%) que neste caso é a informação que substitui a média e representa o segundo quartil. Os pontos que aparecem dentro do GRAF., distante das caixas indicam valores discrepantes. A dispersão dos dados pode ser representada pelo intervalo interquartílico que é a diferença entre o terceiro quartil e o primeiro quartil - tamanho da caixa - (OLIVEIRA, 2019).

O GRAF. 1 apresenta a percepção de enfrentamento da violência dos entrevistados, estabelecida a partir do sexo em paralelo com a experiência da violência.

Gráfico 1 - Distribuição por sexo dos usuários entrevistados na Atenção Básica que sofreram ou não sofreram a violência conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017



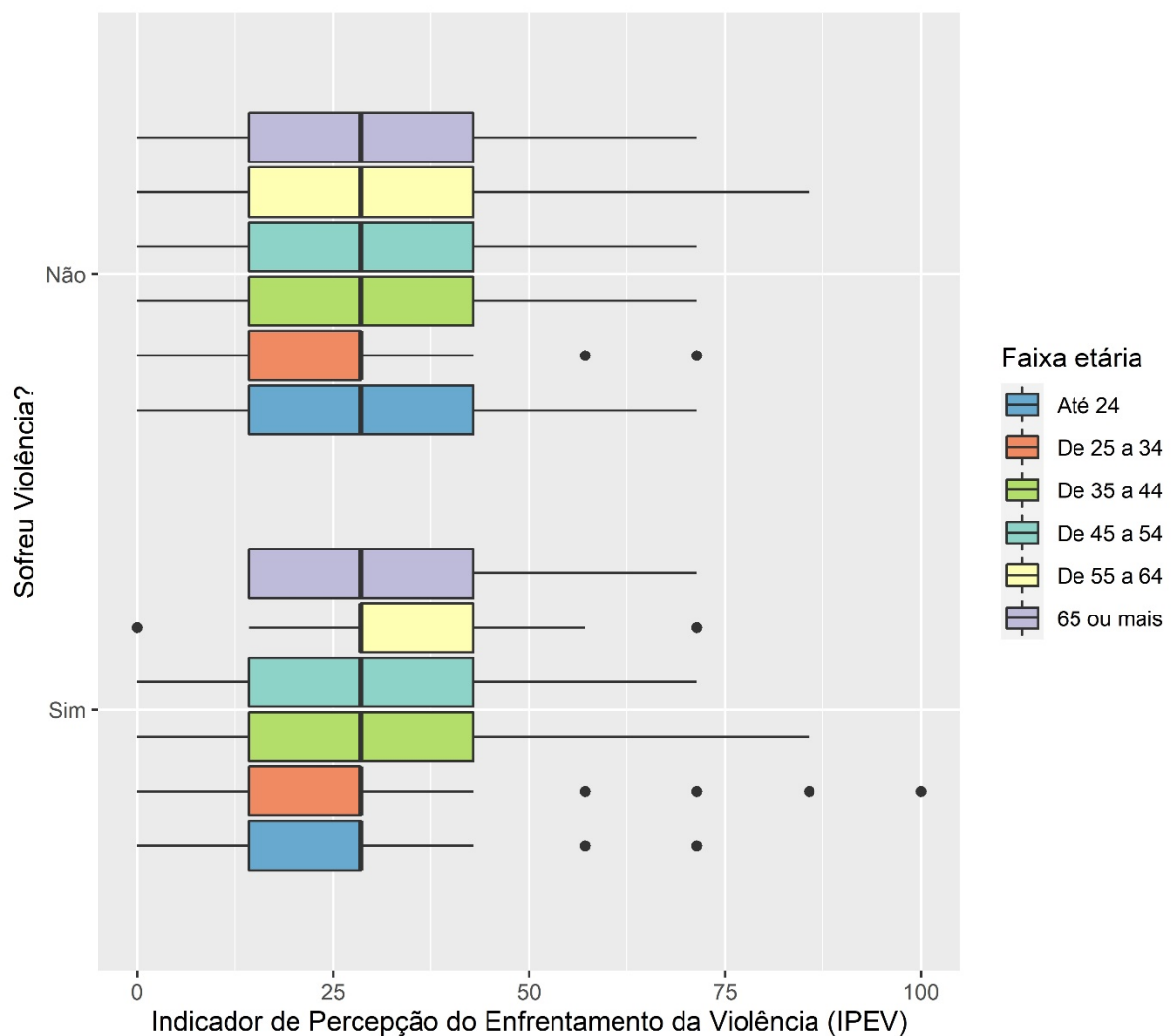
Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.



O GRAF. 1 revela que a alta ou baixa percepção de enfrentamento da violência, está associada à experiência da violência, assim pôde-se perceber que mulheres que relataram ter sofrido violência tiveram percepção do enfrentamento da violência mais alta e heterogênea que os homens na mesma condição, esses por sua vez apresentaram uma percepção de enfrentamento da violência mais baixa e mais homogênea.

O GRAF. 2 apresenta a relação do enfrentamento da violência considerando as faixas etárias e a experiência da violência.

Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária dos usuários entrevistados na Atenção Básica conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017



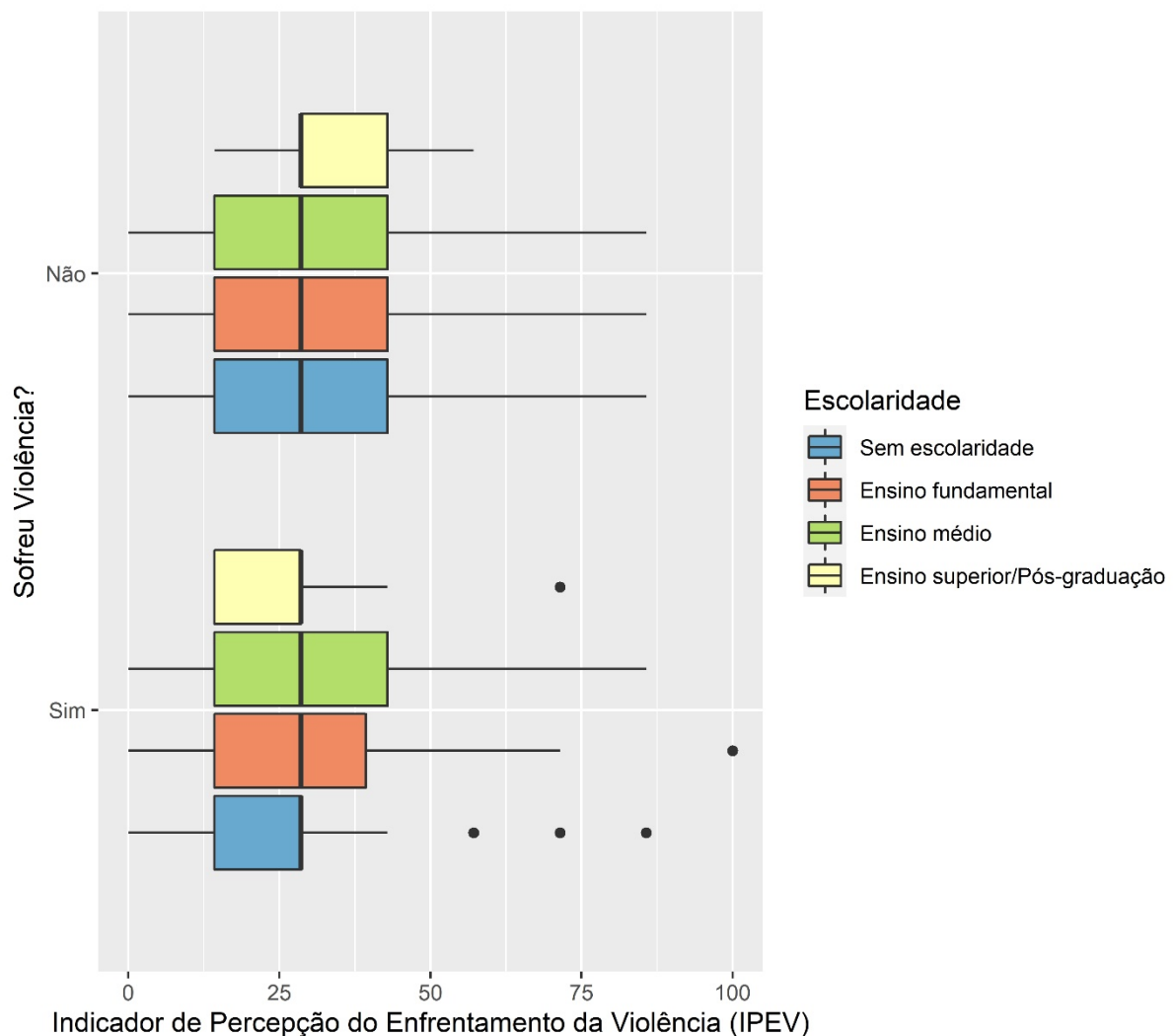
Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Segundo esse GRAF. 2 existe diferença na percepção de enfrentamento da violência entre faixas etárias quando a vivência da violência também está associada na avaliação. Assim, dentre os indivíduos que sofreram violência, os que tinham 34 anos ou menos tiveram

uma baixa percepção de enfrentamento da violência, na faixa etária de 55 a 64 anos a percepção alta de enfrentamento da violência foi maior, e nas demais faixas etárias não houve diferenças relevantes.

O GRAF. 3 retrata a percepção de enfrentamento da violência na população estudada dessa pesquisa, considerando quem sofreu ou não a violência, por nível de escolaridade.

Gráfico 3 - Distribuição por escolaridade dos usuários entrevistados nas Unidades Básicas de Saúde conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

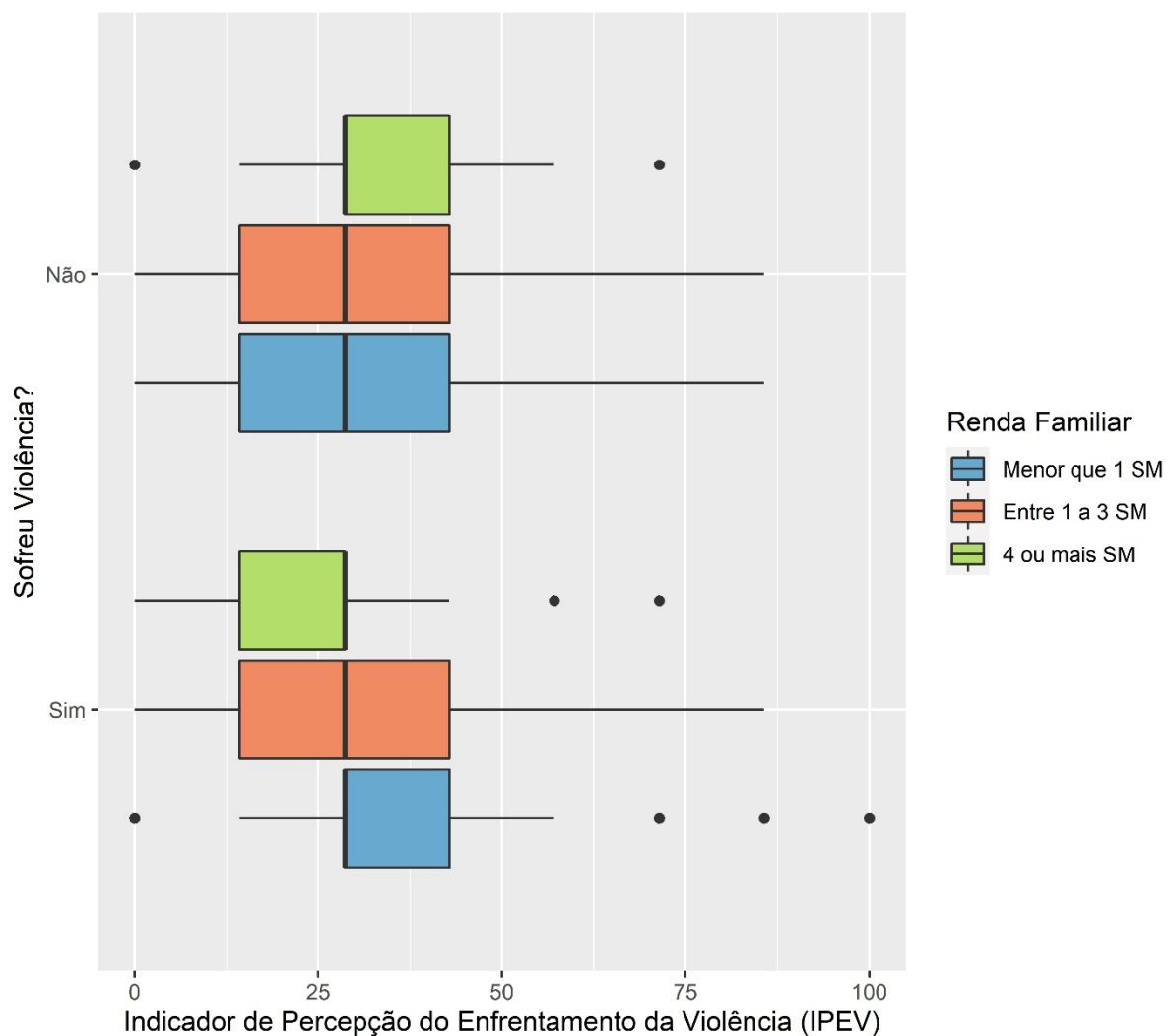
Percebe-se no GRAF. acima a associação de uma menor percepção da violência dentre os indivíduos que sofreram violência e tem baixos níveis de escolaridade, pois o desvio padrão considerando a mediana (28,57%) é mais prevalente nos estratos de menor

escolaridade, a saber, entre os indivíduos sem escolaridade ou que tem apenas o nível fundamental.

Dentre aqueles indivíduos que não sofreram violência os que possuem ensino superior/pós-graduação têm maior percepção de enfrentamento da violência.

O GRAF. 4 evidencia a percepção de enfrentamento da violência dos entrevistados a partir da associação da experiência da violência e da renda.

Gráfico 4 - Distribuição por renda salarial dos usuários entrevistados na Atenção Básica que sofreram ou não sofreram a violência conforme o indicador de percepção do enfrentamento da violência, Belo Horizonte, 2017



Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Conforme o GRAF. 4 verifica-se que dentre as pessoas com renda inferior a 1 SM, tiveram maior percepção de enfrentamento da violência aquelas que relataram terem sofrido algum episódio de violência nos últimos 12 meses, contudo, em relação aos entrevistados com

renda entre 1 e 3 SM, não houve diferença na percepção do enfrentamento, independentemente da experiência que o sujeito tenha com o fenômeno, e, finalmente no grupo de pessoas com renda mais elevada, de 4 ou mais SM, tiveram maior percepção de enfrentamento da violência aqueles que relataram não terem sofrido violência.

A TAB. 5 foi construída a partir da seleção das respostas da questão 301 com filtro em SIM e do posterior agrupamento das mesmas em função de sua natureza dentro dos seguintes grupos (conforme apresentado na metodologia desse trabalho): Segurança Pública, Educação, Políticas Públicas, Comportamento Pessoal, Outros e Não sei dizer.

Essa TAB. associa as linhas em que estão as respostas abertas do questionário utilizado na pesquisa, e as colunas onde estão agrupadas as formas de prevenção da violência em resposta dada à seguinte pergunta: Em sua opinião qual seria a melhor forma de prevenir a violência?

Tabela 5 - Distribuição de usuários entrevistados na Atenção Básica que acreditam na possibilidade de prevenção da violência em conformidade com as formas de prevenção apresentadas, Belo Horizonte, 2017

Variáveis respostas (filtro em SIM)	Educação	Políticas públicas	Segurança pública	Comportamento pessoal	Outros	Não sei dizer	Total
Você acha que é possível prevenir a violência?	27,4%	26,1%	22,1%	10,3%	5,5%	8,6%	100,0%
Você acha que é uma das funções da Unidade de Saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência?	31,8%	28,8%	17,7%	8,5%	6,3%	6,9%	100,0%
Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região?	31,3%	26,8%	17,0%	6,3%	8,9%	9,8%	100,0%
Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingindo o objetivo?	34,3%	31,3%	14,9%	4,5%	7,5%	7,5%	100,0%
Você conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando aqui?	38,5%	23,1%	15,4%	10,3%	7,7%	5,1%	100,0%
Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência?	30,2%	24,4%	23,2%	8,5%	5,5%	8,2%	100,0%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados extraídos da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde* aplicada em Belo Horizonte no ano de 2017.

Destaca-se nessa TAB. que dentre as pessoas que responderam *sim* aos questionamentos feitos nesse bloco, em todas as respostas há prevalência da educação como forma ideal para prevenir a violência, com ênfase para formação dos sujeitos, através da educação formal, do diálogo e participação popular.

Importante frisar que de forma geral a análise dos resultados não demonstrou associação estatística significativa entre o perfil epidemiológico do entrevistado e a capacidade de enfrentamento da violência, exceto nos casos em que foi combinada a variável que reflete a própria experiência da violência.

Nesse contexto, com relação aos entrevistados, foram observadas a partir das dispersões caracterizadas nos GRAF. anteriormente expostos, de forma resumida, as seguintes relações: As mulheres que sofreram violência tiveram uma percepção de enfrentamento da violência mais heterogênea e mais alta que entre os homens na mesma condição, já os indivíduos com renda inferior a 1 SM tiveram maior percepção do enfrentamento da violência se comparado com aqueles com maiores salários, os pertencentes à faixa etária de 55 a 64 anos apresentaram uma maior percepção de enfrentamento que as demais faixas etárias e indivíduos com baixos níveis de escolaridade dispuseram de uma menor percepção do enfrentamento da violência em relação àqueles com maior escolaridade.

## 6 DISCUSSÃO

Dentre as limitações do estudo que serão tratadas *a posteriori*, destaca-se a dificuldade da comparação dos achados apresentados nesse trabalho com outros.

Existe uma lacuna na literatura que dialoga sobre o enfrentamento da violência, contudo, foram identificadas referências bibliográficas que fazem associação entre as características epidemiológicas e os riscos que cada indivíduo possui de ser ou não vítima da violência, e isso ajuda a perceber a forte relação estabelecida entre esse fenômeno e as desigualdades de toda natureza.

Em virtude dessa dificuldade, o próprio IPEV foi construído com a finalidade de se instituir uma ferramenta de avaliação das questões associadas ao enfrentamento da violência constantes na pesquisa Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde.

Posto isso, tem-se que a caracterização epidemiológica dos entrevistados demonstrou que nesse estudo quem mais acessou os serviços disponíveis nas UBS foram indivíduos do sexo feminino e pessoas adultas com idade entre 35 a 44 anos. Os adolescentes e adultos jovens com faixa etária compreendida entre 16 e 24 anos e os idosos com mais de 65 anos foram o grupo com menor número de entrevistados. A maioria dos entrevistados vivem com alguém, são pardos, possuem no máximo ensino fundamental, moram em casas com 3 ou 4 pessoas, têm homens como chefes de família, e, mais da metade ganha entre 1 e 3 SM.

Com relação à percepção de enfrentamento da violência, de forma geral, quando combinada um dos aspectos do perfil do usuário com o IPEV, conforme observado no teste de significância aplicado, não foram evidenciadas associações entre as variáveis.

Assim, restou demonstrado, nesse trabalho, que a associação de apenas uma variável dependente em função de outra variável independente não foram determinantes para definir a alta ou baixa percepção de enfrentamento da violência, todavia, a partir da combinação de uma terceira variável - a experiência da violência -, pôde-se então notar as dispersões gráficas apresentadas que sinalizaram achados relevantes para esse estudo.

A caracterização dos entrevistados dessa pesquisa retrata o perfil das pessoas que acessam as UBS de Belo de Horizonte, amostra que guarda semelhanças com o perfil demográfico dessa cidade, conseqüentemente, pode-se consolidar como uma importante ferramenta de gestão em saúde, em especial, para elaboração de ações de enfrentamento da violência, que são necessidades evidenciadas nesse trabalho.

Segundo Stopa *et al.* (2017) um dos fatores que interfere no acesso aos serviços de saúde é a oferta, ou seja, a disponibilidade de ações de saúde que contemplem as necessidades do indivíduo, com garantia da integralidade e longitudinalidade. A realidade do cuidado fragmentado, aquele mais direcionado a alguns grupos específicos e culturalmente já estabelecido, como no caso da assistência há muito disponibilizada às mulheres em idade reprodutiva, que ajuda a explicar o menor número de entrevistados nas UBS inseridos nas faixas etárias extremas constituídas nessa pesquisa.

Assim, a melhoria da assistência implica no dever do Estado de prover a ampliação do acesso, o que necessariamente se vincula a instituição e implementação de políticas públicas voltadas para as necessidades do cidadão e fortalecimento do paradigma de saúde que privilegia a promoção de saúde com atenção ao bem-estar biopsicossocial.

É fato que, no Brasil, as políticas atuais de saúde contemplam diretrizes voltadas para atenção integral do indivíduo, com vistas em seus diversos ciclos de vida, contudo, para que tenham eficácia é preciso atenção às estratégias e formas como essas políticas são implementadas.

As políticas sociais e de saúde voltadas para a população adolescente, são exemplos, de proposições de intervenções direcionadas para grupos de categorias distintas e que exigem cuidados específicos. Nesse caso, é preciso atenção à linguagem adotada e investimento em formação profissional. Pode-se dizer com relação aos mais jovens, o que por correspondência se aplica também a outros grupos, que, embora se perceba muitos avanços nas políticas de saúde, elas ainda precisam ser aprimoradas para gerarem vinculação e garantir o acesso (BRASIL, 2008).

Situação parecida pode ser detectada com os idosos que se encontram no outro polo do recorte etário. A transição demográfica do Brasil, fenômeno em desenvolvimento, e, fruto do franco crescimento da coletividade das pessoas idosas que são definidas pela OMS como aquelas com 60 anos ou mais, se converte em várias demandas para saúde relacionadas à senescência e senilidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2017).

De acordo com Elsi Brasil (2015) que entrevistou pessoas a partir dos 50 anos, 75,3% dos idosos são usuários exclusivos do SUS, o que aponta para uma maior utilização dos serviços de saúde por esse público. Esses dados são corroborados pelos resultados desse trabalho, em que as pessoas de 55 anos ou mais foram o maior percentual (30,1%) dos entrevistados.

Chama a atenção, contudo, que nessa amostra, foi observada uma menor procura das UBS pelos indivíduos com 65 anos ou mais, o que impõe a necessidade de algumas reflexões, dentre as quais precisam ser consideradas a possibilidade de limitações no acesso das pessoas dessa faixa etária nas unidades básicas de saúde, características da população desse território, incluindo expectativa de vida e até questões culturais da população adscrita específica.

O menor número de entrevistados dessa faixa etária indica a necessidade de estudos para compreender melhor essa realidade, o que possibilitaria a implantação de estratégias que garantam à equidade e reflitam, portanto, positivamente no acesso às UBS dos idosos com mais de 65 anos.

A percepção de enfrentamento da violência considerando a faixa etária foi menor dentre os entrevistados que sofreram violência e que estão dentro do intervalo que vai até os 34 anos.

No tocante a raça, é preciso mencionar a complexidade para definir os critérios de classificação dos sujeitos, especialmente num país miscigenado. Assim, existem algumas possibilidades de classificação, porém, o IBGE considera para efeitos estatísticos, a autodeclaração (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2017).

O censo de 2010 detectou algumas mudanças na composição racial autodeclarada do Brasil, que denota a diminuição do grupo de pessoas brancas e o conseqüente crescimento do grupo de negros, compostos por aqueles que se autodeclararam pardos e pretos, tornando esse grupo a maioria da população brasileira, semelhante a amostra desse estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2017).

É preciso frisar que, a resposta do indivíduo relacionada à sua raça é algo dinâmico e se altera porque guarda relação direta com o contexto geral em que esse indivíduo está inserido, em um determinado tempo e espaço.

Durante muito tempo a sociedade negou e deixou de tratar as questões raciais, daí o fato que tantos anos após a abolição ainda é real no Brasil o racismo, e essas desigualdades entre as raças acabam por tornar o terreno fértil para germinar violência.

A despeito do exposto, a alteração da percepção racial e maior identificação das pessoas com a raça negra, vêm de fato se efetivando no Brasil.

Essa mudança está ligada ao movimento da redemocratização, que promoveu o debate nacional sobre o tema, fomentou a criação de leis como a criminalização do racismo, as políticas de combate às desigualdades, com vista à equidade, que abrangem a distribuição de renda, criação de cotas, e outras estratégias de intervenção.



Além do que foi mencionado, tem-se que as militâncias, cada vez mais atuantes, dão voz aos movimentos negros, garantem visibilidade e tem potencial para aumentar a identificação de pertencimento, representatividade e a sensibilização da sociedade (THEODORO, 2008).

São esses movimentos de empoderamento que contribuem, na saúde, a partir da compreensão dos determinantes genéticos e sociais de adoecimento dessa população, que sejam estabelecidas políticas de intervenção orientadas pela realidade e que, portanto, sejam mais eficazes.

Os achados desse estudo relativos a estado civil, número de moradores por casa e gênero do chefe da família, acompanham os dados do censo do IBGE de 2010, que demonstram que no Brasil o número de pessoas casadas supera o número de solteiras. A média de moradores é de 3,84 pessoas por domicílio na área urbana e o número de mulheres responsáveis pela família é de 37,3% (BRASIL, 2010b).

No que tange escolaridade, evidencia-se nessa amostra que 50,2% dos entrevistados têm no máximo ensino fundamental, e, chama atenção ainda o fato de que somente 8,3% têm ensino superior/pós-graduação.

Os níveis de escolaridade da população estudada, em geral, são piores do que a média de Belo Horizonte e do Brasil, os entrevistados somente superam proporcionalmente o município e a união no que diz respeito ao ensino fundamental: 22,6% dos entrevistados tem ensino fundamental, enquanto segundo censo de 2010, Belo Horizonte tem 10,7% da população nessa condição e o Brasil 13,3%. A diferença apresentada não indica necessariamente uma superioridade na escolaridade dos entrevistados, ao contrário disso, sugere que as pessoas não ascenderam aos níveis de escolaridade mais altos.

Nessa pesquisa, foi detectado que 49,7% das pessoas tem ensino médio completo ou mais, enquanto em Belo Horizonte são 68,7% e no Brasil 53,9%. O percentual de pessoas sem escolaridade (agrupamento que nesse trabalho inclui pessoas analfabetas e com ensino fundamental incompleto) também é maior entre os entrevistados, estes são 27,6%, enquanto em Belo Horizonte são 13,5% e no Brasil 23,4% (BRASIL, 2010b).

Sobre a renda, tem-se que apenas 13,4% dos entrevistados têm renda familiar mais elevada e recebem 4 ou mais salários mínimos.

O menor acesso ao SUS das pessoas com níveis de escolaridade e renda familiar mais elevada possivelmente se relaciona ao fato desses possuírem acesso os serviços de saúde suplementar, em consonância com os ensinamentos de Fontenelle (2017): “a relação do nível socioeconômico com a cobertura por plano individual parece ser a mais simples: na medida

em que aumenta o nível socioeconômico, diminui a competição do preço do plano de saúde com itens de consumo essenciais” (FONTENELLE 2017, p. 36).

A percepção de enfrentamento da violência com relação à renda foi maior dentre o grupo de entrevistados que não sofreram violência e que possuem renda familiar mais elevada. No grupo de entrevistados que sofreram violência, a percepção de enfrentamento foi maior entre aqueles com menor renda familiar. A autonomia financeira interfere no enfrentamento da violência, assim como a vivência da violência, pois o fato do indivíduo ter sido vítima cria um alerta para a percepção de enfrentamento, mesmo nas classes menos abastadas.

Segundo Costa *et al.* (2018) a experiência violência envolve muitos sentimentos complexos e por isso pode interferir paradoxalmente na forma em que cada vítima lida com o evento, no entanto, esse autor também apregoa em consonância com os achados desse estudo que a autonomia financeira reflete positivamente na tomada de decisão das vítimas.

No ano de 2010, o censo demográfico, apresentou uma média de renda domiciliar per capita de R\$ 668, maior que o salário mínimo que nesse ano era de R\$ 510, entretanto, certamente essa média foi “puxada” para cima, em função dos valores extremos daqueles que acumulam riqueza, já que os resultados desse mesmo censo apontam que  $\frac{1}{4}$  da população tinha rendimento de até 36,8% do SM e metade recebia até 73,5% do SM (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, consta que pelo menos metade da população brasileira sobrevive com menos que 1 SM, isso ilustra a enorme desigualdade social que assola o Brasil, e se consolida como um agravante para a superação e enfrentamento da violência.

No tocante à percepção do enfrentamento da violência associada ao grau de instrução dos entrevistados, aqueles que sofreram violência e que tinham baixa escolaridade apresentaram menor percepção do enfrentamento do que os demais. Esse achado fortalece o que foi descrito pela maioria dos entrevistados que acreditam ser a educação uma das formas mais efetivas para o combate à violência.

Destaca-se aqui uma sensível diferença na percepção de enfrentamento da violência: entre os indivíduos que não tinham escolaridade ou que tinha no máximo ensino fundamental, a baixa percepção foi mais prevalente que a alta percepção de enfrentamento da violência, enquanto no grupo de indivíduos com maior escolaridade aconteceu o contrário.

A pesquisa nacional de saúde não apresentou relação significativa entre a sujeição à violência e os níveis de instrução da população (BRASIL, 2015).

Todavia, segundo Rolim (2018) as chances de empregabilidade são melhores para aqueles indivíduos com maior escolaridade, uma associação positiva entre autonomia financeira e enfrentamento da violência que já foram apresentadas nesse trabalho.

Desse modo, pela correspondência estabelecida entre renda e grau de instrução, acredita-se na relação proporcional entre elas e o potencial de enfrentamento da violência.

Outra questão que está ligada à instrução formal e que precisa ser frisada, é que tanto no Brasil quanto no exterior pode se observar que a maioria dos presos condenados pela prática de atos violentos tem baixa escolaridade, em consonância com Rolim (2018): “[...] uma menor escolarização agrega, entre outros problemas, uma dificuldade importante para a inserção no mercado de trabalho e também uma possibilidade bem maior de estigmatização; ambos fatores criminogênicos por excelência” (ROLIM, 2018, p. 56).

Logo, diante da associação do fenômeno da violência com as desigualdades sociais, e da baixa remuneração com a baixa escolaridade, é que o estado legitima como uma das estratégias efetivas de prevenção da violência a potencialização das habilidades para a vida em crianças e adolescentes, o que inclui mantê-los na escola para melhoria do grau de instrução da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Finalmente, no que concerne às características sociofamiliares estudadas, traçamos por último, a discussão relacionada ao acesso, gênero e o enfrentamento da violência.

A predominância de mulheres verificada dentre os indivíduos entrevistados nas UBS também foi observada no estudo de caracterização dos usuários de serviços da Atenção Primária à Saúde no Brasil, publicado em 2017, no qual mais de 75% dos entrevistados foram mulheres (GUIBU *et al.*, 2017).

A questão das diferenças entre os gêneros e a forma como historicamente os serviços de saúde tem-se organizado, é bastante relevante na determinação dessa predominância. De um lado tem-se a mulher com maior consciência do cuidado, relacionado à forma como historicamente os serviços se estruturam no Brasil, desde sempre privilegiando a atenção à reprodução, e, portanto, com foco na criança e na mulher, indivíduos considerados frágeis. Por outro lado, tem-se o homem criado numa cultura patriarcal e machista que reforça os estereótipos de masculinidade (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

A maior utilização dos serviços de saúde pela mulher é uma realidade arraigada, sobretudo, em questões socioculturais, políticas e econômicas que precisam ser trabalhadas de forma ampla.

Mudar o panorama de utilização dos serviços de saúde, e trazer os homens efetivamente para dentro das UBS é uma tarefa que exige muito mais do que a simples

criação de estratégias dicotomizadas, voltadas para um ou outro público, como se vê na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e nas políticas específicas direcionadas à Saúde da Mulher. Trata-se de uma tarefa que perpassa pela necessidade de mudança dos paradigmas que reforçam as desigualdades de gênero, e definição de políticas públicas que contemplem o indivíduo de forma integral.

No caso do Brasil, um país de intensas desigualdades sociais e historicamente machista o que se percebe é a naturalização de algumas formas de violência, o que de acordo com World Health Organization (2005) é um fenômeno que faz com que muitas pessoas considerem o evento aceitável ou que ele seja inevitável nas relações sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em pleno século XXI, ainda é comum mulheres serem cobradas, julgadas e penalizadas quando não assumem comportamentos estereotipados que as definem a partir de padrões oriundos do sistema patriarcal vivenciado.

É preciso salientar que tudo aquilo que de alguma forma “legitima” a violência contribui para aumentar sua “invisibilidade”.

As agressões que ocorrem nos domicílios, de forma geral, estão camufladas na privacidade dos lares e com frequência são fundamentadas por esses já ditos e estabelecidos padrões culturais, como por exemplo, é o caso da violência de pais contra os filhos, contra idosos e entre parceiros íntimos, especialmente do homem contra a mulher. Esse é um cenário que dificulta a compreensão da pessoa enquanto vítima, ou lhe imprime uma alta carga de constrangimento que pode levá-la a não revelar essa condição e não procurar ajuda (MALTA, 2007).

É habitual que vítimas dessas violências, que ocorrem no âmbito privado, se resolvam também no âmbito privado, ou seja, normalmente são os amigos, parentes ou pessoas próximas que lhes oferecem suporte.

Na UBS é mais comum que esses casos apareçam de forma tácita, mas não menos evidentes, de modo que se torna imprescindível que os profissionais de saúde tenham um olhar diferenciado. É preciso atenção especial para aqueles pacientes que apresentam baixa autoestima, medo exacerbado, que hiperutilizam os serviços ou aqueles que de forma geral trazem queixas inespecíficas, sintomas somatizados e que aparecem com “traumas” difíceis de serem explicados ou com frágil nexos causal, já que tais situações podem traduzir a dor gerada por episódios de violência que ainda não foram verbalizados.

No presente estudo, a percepção de enfrentamento da violência relacionada ao gênero foi maior entre as mulheres que sofreram violência, embora, essa percepção também se demonstrou mais heterogênea nesse grupo.

De acordo com Santi, Nakano e Lettiere (2010), os papéis de gênero influenciam na percepção de enfrentamento da violência, e, o desequilíbrio das relações de homens e mulheres, é evidenciado também na forma como cada sexo lida com o problema. Esse desequilíbrio reflete a desigualdade de gênero, e trata-se de um fator que precisa ser trabalhado cotidianamente, pois potencializa os riscos de violência contra a mulher.

Muitas mulheres vítimas de violência procuram previamente apoio em seu núcleo familiar ou em seu próprio meio social antes de levar o caso a outras instâncias, evitando a exposição, os julgamentos e que se tornem vítimas de nova violência. Outra atitude frequente é essa mulher buscar a validação de sua condição de vítima a partir do reconhecimento do outro, o que envolve a subjetividade de cada um e que se relaciona com questões culturais, sendo assim com alguma frequência a tratativa do caso não extrapola o âmbito privado, inclusive pelo temor de represálias (SANTI; NAKANO; LETTIERE, 2010).

No Brasil o principal marco jurídico de enfrentamento da violência contra as mulheres foi a promulgação da Lei Maria da Penha no ano de 2006, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. No campo político, pode-se destacar em 2007 a instituição de um acordo entre todos os níveis de governo (União, Estados e Municípios), denominado Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que exige, em todo território nacional, a implementação de políticas públicas integradas voltadas para o enfrentamento desse tipo de violência (BRASIL, 2018).

A violência contra a mulher, bem como as demais formas de violência estão relacionadas aos determinantes sociais conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (2014):

Todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais, como governança fraca; estado de direito fraco; normas culturais, sociais e de gênero; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014, p. 9).

Além disso, pela interface das questões culturais com a violência, deve-se ter atenção especial à necessidade de mudanças das normas socialmente aceitas que naturalizam os tipos de violência e, conseqüentemente, é importante a implantação e execução de leis que estabeleçam normas de comportamento aceitáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

É preciso ressaltar que, cada grupo de pessoas tem especificidades que coincidem entre si e que os diferem de outros grupos, o que determina necessidades próprias que precisam ser contempladas para que todo cidadão possa estar de fato presente no universo das unidades básicas de saúde, que são espaços de promoção de saúde e prevenção da violência. A garantia de acesso representa a garantia de oportunidades de enfrentamento, e de pleno exercício da cidadania de cada um e por isso, contribui para a cultura da paz.

Segundo a Organização Mundial Da Saúde (2104) existem vários fatores de riscos pressupostos para a ocorrência da violência e dentre elas estão todas as desigualdades, que podem ser reconhecidas a partir da caracterização de uma população, como a realizada nesse trabalho.

Nesse estudo, 26,7% dos entrevistados, que correspondem a 300 indivíduos (homens e mulheres) relataram ter sofrido alguma espécie de violência nos últimos 12 meses. Esse quantitativo parece não refletir o efetivo global, ao contrário, têm-se indícios de ser um dado subestimado.

A prevalência da violência contra a mulher, normalmente perpetrada por parceiro íntimo é de 35% segundo estudos da OMS, assim, aplicando esta porcentagem apenas na amostra de mulheres desse estudo deveríamos encontrar cerca de 290 entrevistadas acometidas pelo agravo, somando as vítimas do sexo masculino o resultado certamente deveria ser maior que 300 indivíduos vítimas de violência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Outro fator que dificulta a retratação da violência em todos os territórios são as limitações que geram subnotificações dos eventos violentos como: questões de cunho cultural, desconhecimento da vítima, aceitação da violência, dificuldade de acesso, fragmentação dos serviços de suporte oferecidos às vítimas, desconhecimento e falta de preparo dos profissionais para lidar com o problema, como já exposto.

Um dado mais fidedigno e comumente utilizado para avaliação da violência no país são os que constam no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) uma vez que no Brasil, o registro de mortalidade está associado à emissão de um documento obrigatório que é a declaração de óbito.

De acordo com dados registrados no SIM/MS, os níveis de letalidade intencional no Brasil vêm aumentando, em 2017 atingiu os maiores níveis histórico até então e se mostrou bastante prevalente entre a população jovem, especialmente masculina, mas com aumento expressivo em grupos específicos em que se encaixam as mulheres (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Em acordo com os preceitos da OMS que trazem a violência como algo que pode ser evitado, 86,4% dos entrevistados desse estudo também acreditam que a violência é um fenômeno evitável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A partir desse contexto foram tecidas algumas relações que podem explicar os dados apurados: a estigmatização do tema, a dificuldade de conceituação da violência, a dificuldade de se compreender e se assumir vítimas da violência, e, talvez o fato do questionamento sobre a experiência da violência, dessa pesquisa estabelecer uma limitação temporal com os últimos 12 meses anterior a sua aplicação, nesse caso, ao se considerar apenas a experiência da violência sofrida no último ano corre-se o risco de desconsiderar pessoas que foram vítimas em outros momentos.

Quanto à violência e suas formas, já foi apresentada a complexidade da definição, mas vale ressaltar que o conceito está inserido num tempo e espaço que considera inclusive as questões socioculturais de cada sociedade, e a partir daí pode-se observar as diferenças estabelecidas, e propor formas de intervenção direcionadas para o problema (PAVIANI, 2016).

Com relação aos resultados encontrados nesse trabalho a partir do Indicador de Percepção de Enfrentamento da Violência, é preciso destacar que embora “o perfil sociodemográfico tem sido estudado como um dos fatores associados à violência”, Santi, Nakano e Lettiere (2010, p. 419), esse trabalho examina a percepção de enfrentamento da violência dos usuários entrevistados num dado momento e lugar, logo, trata-se neste caso de objeto distinto de análise.

De acordo com a OMS as estratégias mais eficazes para prevenir a violência de uma forma geral são: desenvolver relacionamentos seguros, potencializar habilidades para a vida em crianças e adolescentes, minimizar o uso nocivo do álcool, reduzir o acesso a armas de fogo e facas, promover igualdade de gênero, mudar normas socioculturais que contribuam com a violência, e criar programas de atendimentos às vítimas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

A gestão em saúde do município de Belo Horizonte alinhada com as diretrizes da OMS e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência implantou no município uma série de ações, já descritas anteriormente, que visam à prevenção e enfrentamento da violência, dentre as quais destacam-se: a criação de guias, protocolos, fluxos e afins para cada situação específica, a instituição de políticas internas que privilegiam a educação permanente e o trabalho intersetorial.

Apesar de tudo isso, o que se percebe nessa pesquisa é que a população entrevistada embora reconheça o papel essencial da UBS e do município na prevenção e enfrentamento da violência, ela não reconhece quais são as práticas do poder público que estão voltadas para o enfrentamento da violência.

Por parte do usuário, o desconhecimento da perspectiva de enfrentamento da violência tendo a UBS como aliada, podem ter várias explicações, tais como a baixa vinculação entre o usuário e o serviço, o que dificulta a comunicação entre os sujeitos envolvidos nesse processo e a ineficácia das políticas relacionadas, que muitas vezes atuam de forma bastante fragmentada.

A maioria dos entrevistados (55,3%) acreditam que uma das funções da unidade de saúde é desenvolver ações de prevenção da violência, mas apenas 6,8% acreditam que as UBS de fato desenvolvem essas ações. De um lado tem-se a UBS como um local de encontros com forte potencial para contribuir no enfrentamento da violência, e com várias ferramentas possíveis de intervenção nesses casos, e de outro lado tem-se uma população que desconhece essas oportunidades.

Para Rodrigues *et al.* (2018, p. 56) o setor de saúde “é um espaço com grande potencial para abordagem da violência” e a APS em especial se apresenta como uma alternativa poderosa para o enfrentamento, na medida em que tem a capacidade de “promover a aproximação com os usuários, estreitar o vínculo, estabelecer relações de confiança e favorecer a criação de espaços de diálogo e participação”.

Em detrimento dos muitos recursos disponíveis na rede intersetorial estabelecida em Belo Horizonte para enfrentamento da violência e que envolvem setores diversos da iniciativa pública e privada, somente 10% dos entrevistados conhecem alguma ação voltada para a abordagem e prevenção da violência atuando na região e um percentual menor ainda (6%), acreditam que esses movimentos atingem seus objetivos.

O que se percebe de forma geral é principalmente um desconhecimento por parte dos usuários de saúde das ofertas disponíveis na própria rede municipal de Belo Horizonte como um todo e não apenas do setor da saúde. Nesse sentido, é preciso fortalecer as redes e a atuação intersetorial, conforme os ensinamentos de Malta (2007) que destaca a importância de lidar com a violência nessa perspectiva.

As diretrizes que privilegiam a intersetorialidade estão contempladas nas políticas de Belo Horizonte, contudo, o desconhecimento dos entrevistados a respeito dos serviços oferecidos e a potência que representam para o enfrentamento da violência, bem como a



importância da articulação desses serviços em rede, sugere que ainda é necessária uma maior integração entre os setores e a melhoria da comunicação.

A intersectorialidade e o trabalho em rede vão além das ações isoladas de um setor social, ao contrário, devem englobar várias perspectivas de abordagem para suportar a complexidade do problema e se estabelecer através de ações integradas que visem minimizar as desigualdades sociais e atingir os objetivos definidos de forma coletiva a partir de colaboração mútua (MALTA, 2007).

A necessidade de desenvolvimento da integração dos setores e da comunicação fica ainda mais evidente quando se observa que meramente 35,6% dos entrevistados acreditam que há no município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência.

Diante disso, outra questão que vem à tona para discussão é se as perguntas que foram feitas para essa amostra foram válidas, ou seja, é importante saber em que consiste o entendimento dos entrevistados sobre o enfrentamento da violência. O trabalho não elucida esse ponto, na verdade ele instiga o desenvolvimento de hipóteses com capacidade para tentar explicar porque a maioria dos entrevistados embora acreditem na possibilidade da prevenção da violência, não reconhecem as diversas ações disponibilizadas com esse intento.

Quando os entrevistados foram indagados sobre a melhor forma de prevenção da violência, a maior parte considerou importante o desenvolvimento de ações associadas à educação formal, ao diálogo, à participação popular, à comunicação, enfim, essas e outras respostas que foram, por sua afinidade, agrupadas no quesito educação.

Segundo World Health Organization (2005) a visão geral era de que os casos de violência poderiam ser tratados adequadamente através dos sistemas de assistência social e justiça.

A informação desse estudo é valiosa, pois evidencia uma mudança de perfil dos entrevistados dessa pesquisa, que identificam a educação como forma principal de prevenção da violência e também como um setor capaz para contribuir e estabelecer um canal legítimo de comunicação e conhecimento através das campanhas informativas e educativas.

Não obstante, o apontamento dos entrevistados para a necessidade de campanhas de conscientização para prevenção da violência, World Health Organization (2005, p. 93) afirma que, na linha da intersectorialidade, a educação reforça a resposta da saúde, mas essas campanhas “devem ser acompanhadas de alcance focal e mudança estrutural”, o que significa a necessidade de direcionamento de esforços, que incluam além da comunicação em massa, abordagens comunitárias e atividades para atingir fatores de risco específicos para a violência, como por exemplo, o uso de bebida alcoólica.

O escasso conhecimento dos entrevistados acerca dos programas de prevenção da violência disponíveis na região, sejam eles ofertados por iniciativas públicas ou privados, indica que a informação não tem a abrangência esperada, portanto, é preciso investir em estratégias mais eficazes e apropriadas para a transformação desse cenário, a fim de otimizar a utilização dos recursos de prevenção da violência que estão disponíveis.

Trata-se de um grande desafio, que deve percorrer diversos saberes e que por analogia, segundo discurso de Habermas (1987), significa estabelecer o diálogo interdisciplinar a partir de perspectivas diferentes voltadas para uma mesma finalidade.

Faz necessário que os sujeitos de fato se encontrem para que essa construção seja efetiva, que os usuários também tenham voz, e que seus conhecimentos e necessidades sejam considerados. Além disso, é preciso que os diversos setores da sociedade dialoguem e se complementem na atenção às necessidades do cidadão.

Mais uma vez essa pesquisa colabora para apontar a relevância que existe, para o enfrentamento da violência, de se conhecer uma determinada população e convergir esforços direcionados para cada realidade no intuito de garantia da justiça social.

É sob esse mesmo ponto de vista que Minayo e Souza (1997) preconizam: “O contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo”.

Novamente emerge pressupostos importantes para enfrentamento da violência: a caracterização de uma população, a legitimação de cada lugar de fala e a diminuição das desigualdades.

Trata-se de um desafio que impõe a necessidade de atuação em rede e que pressupõe a implicação de todos os sujeitos guiados por alguns valores fundamentais, dentre os quais a corresponsabilização, liberdade, respeito mútuo, democracia e transparência, premissas que “reforçam a construção de uma agenda de compromissos entre atores do Estado e da sociedade civil” (MALTA, 2007, p. 48).

Ratifica-se nessa perspectiva, que para o alcance da efetividade no enfrentamento da violência é preciso avançar em questões de macro, meso e micropolíticas, ou seja, faz-se necessário o envolvimento de todos os sujeitos.

Especificamente com relação ao papel do Estado no enfrentamento da violência, espera-se que ele seja capaz de consolidar uma rede intersetorial robusta em que de fato todos os setores se relacionem de forma menos fragmentada.

Do setor da saúde espera-se uma atuação mais ampla e autonomia para intervenção direcionada para sua realidade. Do setor responsável pelas leis espera-se a garantia de que

sejam promulgados instrumentos legais voltados para a prevenção de todos os tipos de violência e que sejam aplicados com rigor. E finalmente, do setor de desenvolvimento espera-se a promoção de uma estreita integração de governança e estado de direito com os programas de prevenção da violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Resumidamente o Estado deve garantir o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para um contexto sócio cultural específico, que seja para a gestão local de implementação factível e essa, por sua vez, deve ser capaz de disponibilizar para a população estratégias de enfrentamento numa linguagem e modelo acessível.

E finalmente, por parte do cidadão espera-se que contribua para o desenvolvimento das ações, ajudando na formulação das estratégias, apontando gargalos e nós críticos, disseminando a informação e utilizando de forma adequada todas as potencialidades de prevenção e enfrentamento da violência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante muito tempo a violência foi assunto debatido exclusivamente pelos setores de segurança pública, o que de alguma forma contribuiu para ratificação do binômio violência/segurança, porém, essa não é mais uma realidade absoluta, e autores renomados tem publicado estudos demonstrando que as propostas de atuação conjunta são sempre mais eficazes.

Violência e saúde são matérias que por sua complexidade precisam ser tratados sob uma ótica multidimensional, que considere a pluralidade dos sujeitos e suas necessidades.

Essas são temáticas que não podem ser dissociadas, pois a garantia constitucional da saúde, que é o completo bem-estar biopsicossocial do indivíduo, já se configura como fator de proteção e diminuição dos riscos para a violência, uma vez que ela está diretamente ligada às desigualdades sociais.

Nesse contexto, a prevenção da violência perpassa pela necessidade de investimentos em políticas públicas que contemplem a redução das desigualdades de forma geral e garanta a cidadania e para isso é preciso estabelecer uma articulação intersetorial e a construção de redes.

É assim que a relação entre violência e saúde se estabelece e por isso não há possibilidade de pensar enfrentamento da violência sem considerar promoção de saúde e, sobretudo, o local onde esses encontros de fato acontecem e que são as Unidades Básicas de Saúde.

A partir da perspectiva do usuário das UBS de Belo Horizonte, percebe-se que eles identificam o potencial que tem esses espaços para lidar com os casos de violência, bem como com ações de prevenção, mas, fica evidente também, que apesar das políticas bem estruturadas nesse seguimento, elas não têm a eficácia pretendida.

O reconhecimento das políticas e ferramentas disponíveis por parte da população é um grande desafio, que nos obriga a continuar pensando em novas formas de fazer, que implicam em conhecer cada população, validar seus saberes e desejos para a construção de estratégias de enfrentamento da violência.

Esse trabalho possibilitou a caracterização da amostra de usuários de saúde de BH que responderam à pesquisa e que guarda similaridade com a população total que acessa esses serviços de saúde.

Com relação ao gênero, foram as mulheres que mais acessaram os serviços da atenção básica. A faixa etária predominante dos indivíduos foi de 35 a 44 anos. Quase metade dos

entrevistados se autodeclararam pardos. A situação conjugal da maioria foi de pessoas casadas ou que possuíam um parceiro íntimo. Um maior número de famílias vivia em casas com três ou quatro pessoas e ainda, foi constatado mais casas chefiadas por homens do que por mulheres. O nível de escolaridade de maior prevalência foi o ensino médio completo.

Essa caracterização é importante por muitos fatores, um deles é a necessidade da atenção com a forma como a comunicação se estabelece, pois a linguagem proposta deve ser específica para cada grupo, uma vez que está diretamente associada à vinculação e adesão do indivíduo a qualquer projeto, outro fator a ser considerado é que a partir dessa caracterização há possibilidade de prover atenção de forma integral a partir da disponibilização de acesso a grupos distintos garantindo equidade nas relações.

Nesse sentido, esse trabalho demonstrou que, de modo geral, as diversas estratégias disponibilizadas pela PBH e implementadas nas Unidades Básicas de Saúde para enfrentamento da violência precisam ser reconsideradas, sobretudo, do ponto de vista da comunicação, pois a maioria da população não tem ciência de que elas sequer existam. Assim, é preciso refletir sobre os investimentos que tem sido feito e a efetividade dos recursos empregados, pois uma hipótese plausível é que em caso de ineficiência eles possam produzir gastos e desgastes que são, a partir dessa avaliação, desnecessários.

As percepções de enfrentamento da violência da população desse estudo não sofreram influência quando foram associadas apenas às características sociofamiliares, mas apresentaram algumas diferenciações a partir do momento em que na observação foi inserida também a experiência da violência, o que nos permite inferir que vivenciar a violência muda a forma como o indivíduo lida com ela.

“Os seres humanos são influenciados por suas circunstâncias imediatas e suportam as experiências de uma vida inteira, as quais deixam marcas em seu corpo, mente e espírito” (ALBUQUERQUE NETTO *et al.*, 2014, p. 461).

Isso posto, independentemente das limitações das associações entre os determinantes sociais e o enfrentamento da violência que foram encontradas nesse trabalho, trata-se de uma matéria que merece novos estudos, pois é campo fértil para possibilitar a compreensão do evento, e conseqüentemente subsidiar intervenções que contribuam para que seja efetivada uma cultura de paz.

Algumas limitações foram identificadas nesse estudo, e dentre elas, pode-se ressaltar a escassez de referencial teórico que trate exclusivamente do enfrentamento da violência, em específico nas UBS, e também a ausência de questionamentos na pesquisa, que permita de

fato, compreender o que os usuários entendem como enfrentamento da violência e estratégias que reconheçam como potencial para enfrentamento do fenômeno.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE NETTO, L. A. *et al.* Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 458-464, out. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 ago. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Vida: saúde integral**. 3. ed. Belo Horizonte, 2003. 158 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento: criança e adolescente vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2013. 24 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento à Pessoa Idosa Vítima de Violência**. Belo Horizonte, 2015a. 36 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência**. Belo Horizonte, 2015b. 24 p.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria Conjunta SMSA/SMARH Nº 0001/2016**. Dispõe sobre as diretrizes da Política Municipal de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial do Município. 28 jan. 2016. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1157172>. Acesso em: 06 jun. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Fluxo atual de abordagem dos episódios de violência nos serviços da SMSA DE BH**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/fluxo\\_atual\\_abordagem\\_episodios\\_violencia.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/fluxo_atual_abordagem_episodios_violencia.pdf). Acesso em: 06 jun. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Carteira orientadora de serviços do SUS-BH: Relação de serviços prestados na atenção primária à saúde**, 2018a. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/carteira-orientadora-servi%C3%A7os-sus-03-2019.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Episódios de Violência no trabalho**. Belo Horizonte, 2018b. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/episodios-de-violencia-no-trabalho-smsa>. Acesso em: 06 jun. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Plano plurianual de ação governamental PPAG 2018-2021: revisão 2019-2021**. Belo Horizonte, 2019. 538 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/SUPLOR/Diretoria%20Central%20de%20Planejamento/PPAG%202018-2021/Revis%C3%A3o%202019-2021/Livro%20Completo.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2020.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0019/2020**. Torna público o Protocolo 002/2019 da Mesa de Negociação do Sistema Único de Saúde – MESUS-BH, que altera o Protocolo 006/2019, que institui o Fluxo de abordagem e

registro dos episódios de violência no trabalho e arrombamentos nas unidades de saúde da SMSA. Diário Oficial do Município, fev. 2020. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1224916>. Acesso em: 06 jun. 2020.

BERETTA, R. C. de S.; PEREIRA Júnior, L. A. A Estratégia de Saúde da Família e o Enfrentamento à Violência e Fatores de Risco. **Rev. Psicol. Saúde e Debate**, Patos de Minas, v. 5, n. 2, p. 82-95, dez. 2019. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V5N2A6>. Acesso em: 03 fev. 2020.

BOTTON, A. CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Rev. Mudanças - Psicol. Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2017.

BRASIL. **Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, jul. 1990a. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf). Acesso em: 03 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para organização dos serviços de saúde. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM n.737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 seção 1e de 18/05/01. Brasília, v. 34, p. 427-430, 2003a. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-7211>. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, seção 1, p. 11-12, 2003b. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2195.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, 2004. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente**: competências e habilidades. Brasília, 2008. 754 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010a. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde, Demográficas e Socioeconômicas**: banco de dados Tabnet referentes ao IBGE, 2010b. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=7277000&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/esca>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.



BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. [(Constituição 1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, 2016. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de violência interpessoais e autoprovocadas**. Brasília, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_violencias\\_interpessoais\\_autoprovocadas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf). Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Brasília: DATASUS, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinannet/cnv/violebr.def>. Acesso em: 06 jun. 2020.

BRASIL. Senado Federal. **Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres**. Pesquisa OMV/DataSenado. Brasília: Observatório da Mulher Contra a Violência, 2018. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/datasenado/arquivos/conhecer-direitos-e-ter-rede-de-apoio-sao-pontos-de-partida-para-denunciar-agressao-e-interromper-ciclo-de-violencia>. Acesso em: 14 jun. 2020.

BREHMER, L. C. de F.; RAMOS, F. R. S. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Florianópolis, v. 20, n. 56, p. 135-45, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150218.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2020.

BRUNDTLAND, Gro Harlem. Preâmbulo. *In*: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CARVALHO, T. M. L. **Violência na atenção primária à saúde de Belo Horizonte**: o que pensam e fazem os profissionais de saúde. 2015. 74f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Faculdade de Medicina Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, Belo Horizonte, 2015.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2016**. Brasília, DF: IPEA, 2016, 55 p. Disponível em: [http://www.forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP\\_Atlas\\_violencia\\_2016.pdf](http://www.forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP_Atlas_violencia_2016.pdf). Acesso em: 21 abr. 2020.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2019**. Brasília, DF: IPEA, 2019, 116 p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/6537-atlas2019.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2020.

COSTA, L. *et al.* Estratégias de enfrentamento adotadas por mulheres vítimas de violência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, p. e19334, set. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/19334>. Acesso em: 02 ago. 2020.

ELSI Brasil. **Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros**. Disponível em: <http://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. 2015. Acesso em: 10 jun. 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. 127 p. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.

FONTENELLE, L. F. **Nível socioeconômico, cobertura por plano de saúde, e autoexclusão do Sistema Único de Saúde**. 2017. 158p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017. Disponível em: <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/Tese%202017-10-23.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

GUEDES, R. N. *et al.* Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 304–311, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342013000200005>. Acesso em: 07 jun. 2020.

GUIBU, I. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, Supl. 2, n. 17, p. 1-13, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>. Acesso em: 07 jun. 2020.

HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa, I: Racionalidad de la acción y racionalización social**. Madri, 1987. 521 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades: Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 08 mar. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 45–55, jan./mar. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v16n1/v16n1a05.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

MELO, V. H. de; MELO, E. M. de. (org.). **Para Elas: por elas, por eles, por nós**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte, 2016. 165 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo-Para-Elas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2020.

MELO, E. M. de. **Podemos Prevenir a Violência: teorias e práticas**. Brasília: OPAS/OMS, 2010. 278 p.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov.

1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 ago. 2020.

MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Rev. bras. edu. méd.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 55-63, jan./abr. 2005a. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1699/789e11dde581926692e2cef8c65e682ac288.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2020.

OLIVEIRA, B. Boxplot: Você sabe como interpretar? **Data Science, Produção científica**, 2019. Disponível em: <https://operdata.com.br/blog/como-interpretar-um-boxplot/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório de status global sobre prevenção da violência 2014**. Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>. Acesso em: 13 jul. 2020.

PAVIANI, J. Conceito e formas de violência. In: MODENA, M. R. Conceitos e formas de violência. Caxias do Sul, RS: Educus, p. 8-20, 2016.

PEREIRA JÚNIOR, A. L.; BERETA, R. C. S. A estratégia de Saúde da Família e o enfrentamento à violência e fatores de risco. **Rev. Psicol. Saúde e Debate**, Patos de Minas, v. 5, n 2, p. 82-95, dez. 2019.

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Construção de saberes no enfrentamento da violência: uma experiência do SUS BH. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 14., 2017. Curitiba. **Anais eletrônicos** [...]. Curitiba: Unimed, 2017. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc/trabalhos/construcao-de-saberes-no-enfrentamento-da-violencia-uma-experiencia-do-sus-bh>. Acesso em: 01 jun. 2020.

RODRIGUES, E. A. S. *et al.* Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 4, p. 55-66, dez. 2018.

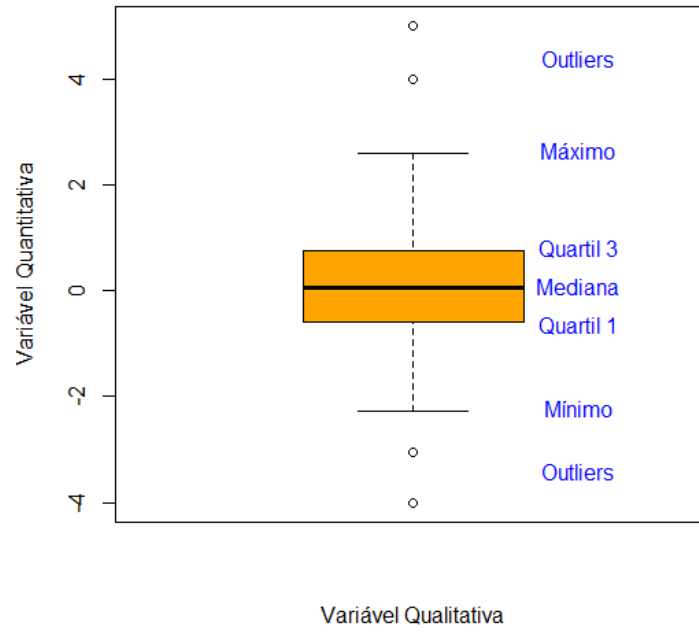
ROLIM, M. Escolaridade e Violência. **DFato: Rev. da Associação do Min. Púb. de Pernambuco/AMPPE**, Recife, n. 12, p. 56-57, ago. 2018. Disponível em: <https://issuu.com/amppepernambuco/docs/dfato12final>. Acesso em: 02 ago. 2020.

SANTI, Liliane Nascimento de; NAKANO, Ana Márcia Spanó; LETTIERE, Angelina. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 417-24, jul./set. 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072010000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072010000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 14 jul. 2020.

SANTOS, B. S. A construção multicultural da igualdade e da diferença. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 7., 1995. **Palestra proferida**. [...]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1995.

- SANTOS, J. *et al.* Conhecimento de Enfermeiras em Unidades de Saúde Sobre a Assistência à Mulher Vítima da Violência. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 260-270, set./dez. 2014.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, mar. 2007.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência e saúde: Estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 112-120, 2006. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000400016&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 02 abr. 2020.
- SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 1-15, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2020.
- STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 1-11, 2017.
- THEODORO, M. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília, IPEA, 2008. 176 p.
- WITTKOWSKI, K. M. *et al.* Combining several ordinal measures in clinical studies. **Statistics in medicine**, Chichester, v. 23, p. 1579-1592, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva, 2013.

## APÊNDICE A - Ilustração do diagrama em caixas (BOXPLOT)



## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elza Machado de Melo**  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFMG

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG

## ANEXO B – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE



Universidade Federal de Minas Gerais  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Núcleo de Saúde e Paz

Questionário nº:
------------------

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor (a) esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: (____) _____ 2. Celular: (____) _____ ( ) 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE****Coordenadora da pesquisa:**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.  
Tel.: (31) 3409-9945/ (31) 99184-3408.


**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.  
Telefax: (31) 3409-4592.



## ANEXO C – Questionário para usuários da Atenção Básica de Saúde

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

 <b>Universidade Federal de Minas Gerais</b> <b>Faculdade de Medicina</b> <b>Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência</b>	Questionário nº:
	Regional:
	UBS:
	Data:
Nome do entrevistador:	

*Critério de inclusão: residir na área de abrangência do centro de saúde há mais de 06 meses; maior de 16 anos de idade; e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual está sendo entrevistado.*

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES	
1. Sexo: ( ) 1. Feminino ( ) 2. Masculino	
2. Data de nascimento: ____/____/____	
3. Endereço (somente Rua/Av e Bairro): Bairro: _____ Rua/Av: _____	
4. Telefone fixo: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
5. Telefone celular: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
6. Qual o seu estado civil? ( ) 1. Casado(a) ( ) 4. Solteiro(a) ( ) 2. União estável/"amasiado" ( ) 5. Divorciado(a) ou separado(a) ( ) 3. Viúvo(a)	
7. Cor / Raça: ( ) 1. Branca ( ) 4. Preta ( ) 2. Amarela ( ) 5. Parda ( ) 3. Indígena	
8. Qual é a sua escolaridade? ( ) 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) ( ) 2. Fundamental completo (até 8º série ou 9 anos de escola) ( ) 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) ( ) 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) ( ) 5. Curso técnico: _____ ( ) 6. Superior incompleto ( ) 7. Superior completo: _____ ( ) 8. Pós-graduação ( ) 9. Analfabeto	
9. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
10. Quem é o chefe da família? _____	
11. Sua casa tem: ( ) 1. Fossa ( ) 2. Fossa séptica ( ) 3. Rede de esgoto ( ) 4. Sumidouro (córrego/riacho) ( ) 5. Esgoto a céu aberto	
12. O lixo do seu domicílio é: ( ) 1. Coletado diretamente por serviço de limpeza ( ) 2. É queimado ou enterrado na propriedade ( ) 3. Jogado em terreno baldio ou logradouro ( ) 4. Jogado em rio, lago, córrego. ( ) 5. Outro. Especifique: _____	
13. Você conhece algum córrego em sua região? ( ) 1. Sim. Qual? _____ ( ) 2. Não.	
14. Você e sua família tem acesso à Internet? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quais pessoas na sua casa têm trabalho remunerado? <b>[OBS: Não considerar o(a) entrevistado(a)]</b> <input type="checkbox"/> 15. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> 16. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> 17. Grau de parentesco: _____ Idade: _____ <input type="checkbox"/> 18. Não se aplica	
19. Tem alguém desempregado na sua família? <b>[OBS.: Não considerar o(a) entrevistado(a)]</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
20. Na sua casa, há pessoas menores de 14 anos que trabalham (remunerado ou não)? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
21. Tem pessoas com 60 anos ou mais na sua casa? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
22. Na sua casa, existem pessoas que necessitam de cuidador? (Considere idosos, deficientes, doentes. <b>Não inclui crianças normais.</b> ) <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quantas? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.	
23. Qual é a renda familiar? ( <b>Obs.:</b> considere todas as rendas, inclusive benefícios, aposentadorias, etc.) <input type="checkbox"/> 1. Menor que 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3. De 4 a 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 4. Acima de 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> 5. Não sabe	
<b>TRABALHO</b>	
24. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos	
25. Qual é sua ocupação? _____	
26. Atualmente, você trabalha em atividade remunerada? <b>(Se sim, pule para a questão 29)</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não	
27. Por que você não trabalha fora/para fora? <input type="checkbox"/> 1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos. <input type="checkbox"/> 2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho. <input type="checkbox"/> 3. Estudos / treinamento. <input type="checkbox"/> 4. Aposentado por tempo de trabalho/idade. <input type="checkbox"/> 5. Aposentado por doença/invalidez. <input type="checkbox"/> 6. Afastado por problema de saúde. <input type="checkbox"/> 7. Afastado temporariamente (gestação, licença, etc.). <input type="checkbox"/> 8. Outra. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
28. Há quanto tempo você não trabalha ou não está em atividade? <input type="checkbox"/> 1. Menos de um ano. <input type="checkbox"/> 3. Dois a três anos. <input type="checkbox"/> 2. Um a dois anos. <input type="checkbox"/> 4. Mais de três anos. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.  <b>Após responder esta questão, pular para a questão 56.</b>	
29. Você tem carteira assinada ou vínculo formal no trabalho? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições: 30. Limpeza Deficiente <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 31. Umidade excessiva <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 32. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 33. Ausência de vista para o exterior <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 34. Luz artificial permanente <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 35. Ruído excessivo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 36. Vibrações <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica 37. Calor ou Frio excessivo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

38. Os profissionais de saúde já perguntaram como é a sua atividade de trabalho? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige: 39. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 40. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 41. Levantar ou deslocar objetos pesados. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 42. Tarefas monótonas ou repetitivas. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 43. Posição com risco de queda ou esmagamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 44. Posições com risco de afogamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 45. Posições com risco de ser atingido por materiais. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 46. Contato com lixo/esgoto/sangue/material contaminado. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 47. Contato intenso com fumaça, cheiros fortes, muita poeira. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 48. Outro. Qual? _____ ( ) 888. Não se aplica	
49. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 3. Não sei. ( ) 888. Não se aplica.	
50. Você tem outra atividade pela qual é remunerado? ( ) 1. Sim. Qual? _____ ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
51. Em geral, quantas horas você trabalha por semana? _____ horas por semana ( ) 888. Não se aplica.	
52. Quanto tempo você gasta na ida para o seu trabalho? _____ horas por dia ( ) 888. Não se aplica.	
53. Quanto tempo você gasta na volta para o seu trabalho? _____ horas por dia ( ) 888. Não se aplica.	
54. Você trabalha quantos dias na semana? _____ dias na semana ( ) 888. Não se aplica.	
55. Em algum dos seus trabalhos, você trabalha em horário noturno? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
56. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) teve algum acidente de trabalho? ( ) 1. Sim. E fez CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? ( ) 1.1 Sim ( ) 1.2 Não ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
57. Esse acidente deixou algum dano, seqüela ou deficiência? ( ) 1. Sim. Qual? _____ ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
58. Você já teve alguma doença relacionada ao trabalho? ( ) 1. Sim. Qual? _____ ( ) 2. Não. ( ) 3. Não sei. ( ) 888. Não se aplica.	
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho? 59. Foi humilhado, insultado ou discriminado. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 60. Exerceu função diferente daquela do contrato. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 61. Demissão sem justa causa. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica 62. Salário inferior ao dos colegas da mesma função. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica	

**QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

63. Você compra produtos ou paga por serviços de crianças ou adolescentes que lhe oferecem (balas, doces, flores, amendoim, pano de prato ou qualquer outro produto; engraxar sapatos, malabarismos, vigiar carros, limpeza de para-brisas, etc.)? ( ) 1. Sim. Por quê? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
64. Você dá esmolas, seja em dinheiro ou pagando refeições e guloseimas para crianças nas ruas? ( ) 1. Sim. Por quê? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
65. Sobre o trabalho infantil, você: ( ) 1. Concorda. Por quê? _____ ( ) 2. Discorda. Por quê? _____ ( ) 3. Não sei.	
<b>RELAÇÕES PESSOAIS E COMUNITÁRIAS</b>	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais:	
66. Com familiares: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
67. Com amigos: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
68. Com profissionais da escola: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
69. Com profissionais de saúde: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
70. Com profissionais da assistência social no CRAS: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
71. Com religiosos: ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
72. Outros. Quais? _____ ( ) 888. Não se aplica.	
73. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de atividades esportivas, artísticas ou religiosas, em grupo? ( ) 1. Mais de uma vez por semana. ( ) 4. Algumas vezes no ano. ( ) 2. Uma vez por semana. ( ) 5. Uma vez no ano. ( ) 3. De 2 a 3 vezes por mês. ( ) 6. Nenhuma vez.	
74. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares? ( ) 1. Mais de uma vez por semana. ( ) 4. Algumas vezes no ano. ( ) 2. Uma vez por semana. ( ) 5. Uma vez no ano. ( ) 3. De 2 a 3 vezes por mês. ( ) 6. Nenhuma vez.	
<b>RELAÇÃO DO USUÁRIO COM A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE</b>	
75. Suas dúvidas e demandas são acolhidas pela equipe de saúde? ( ) 1. Sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 4. Nunca.	
76. Quando não está satisfeito com o serviço de saúde prestado em alguma unidade de saúde o que você faz? ( ) 1. Sempre estou satisfeito. ( ) 2. Questiono os profissionais de saúde. ( ) 3. Reclamo ao gerente. ( ) 4. Reclamo na ouvidoria do SUS. ( ) 5. Levo a Comissão Local de Saúde. ( ) 6. Outro. Qual? _____	
77. Você participa da Comissão Local de Saúde de seu bairro? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. Por quê? _____	
<b>Atenção: Caso a resposta seja afirmativa, responda as questões 78 a 87. Se não, pule para 88.</b>	
78. Qual é a frequência da sua participação na Comissão Local de Saúde (CLS)? ( ) 1. Uma vez por mês. ( ) 2. De 2 a 3 vezes por semestre. ( ) 3. Algumas vezes no ano. ( ) 4. Uma vez no ano. ( ) 888. Não se aplica.	
79. Na Comissão Local de Saúde os usuários têm oportunidade de falar, expor suas ideias, dar sugestões ou fazer críticas? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. Por quê? _____ ( ) 888. Não se aplica.	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quais dos motivos abaixo justificam a sua participação na CLS? <b>(Marcar quantas opções desejar.)</b>
80. Fazer amizades. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
81. Conhecer profissionais. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
82. Ser conhecido por pessoas e usuários. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
83. Conquistar cargo político. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
84. Fazer críticas ao serviço. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
85. Fazer sugestões ao serviço. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
86. Outro motivo: _____ <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
87. Qual sua sugestão para que mais pessoas participem da Comissão Local de Saúde de seu centro de saúde? _____
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>
88. O Sr.(a) faz uso da farmácia desta Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <b>(Observação: Se marcou Não, pular este bloco)</b>
89. O Sr.(a) acha que a farmácia desta unidade básica de saúde/posto de saúde atende as suas necessidades de medicamentos? <input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
90. O Sr.(a) está satisfeito(a) com a assistência farmacêutica aqui no posto de saúde/UBS? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
91. Quando o(a) Sr.(a) não conseguiu o medicamento aqui no posto de saúde/UBS, qual foi a orientação que o Sr.(a) recebeu? <input type="checkbox"/> 1. Disseram que não tinha o medicamento e que avisariam quando chegasse <input type="checkbox"/> 2. Encaminharam o(a) Sr.(a) para outra UBS onde poderia conseguir o medicamento <input type="checkbox"/> 3. Orientaram o(a) Sr.(a) a adquirir o medicamento na Farmácia Popular do Brasil <input type="checkbox"/> 4. Orientaram o(a) Sr.(a) a comprar o medicamento em farmácia do comércio <input type="checkbox"/> 5. Outra orientação <input type="checkbox"/> 6. Não deram qualquer orientação <input type="checkbox"/> 7. Sempre consegui o medicamento <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
92. Quando o(a) Sr.(a) não consegue os medicamentos aqui no posto de saúde/UBS, onde/como o Sr.(a) os adquire? <input type="checkbox"/> 1. Em outro posto de saúde/UBS <input type="checkbox"/> 2. Em outro setor do SUS (unidade hospitalar) <input type="checkbox"/> 3. Na Farmácia Popular <input type="checkbox"/> 5. Pelo plano de saúde <input type="checkbox"/> 6. Por convênio empresa <input type="checkbox"/> 7. Em uma instituição de caridade/igreja <input type="checkbox"/> 8. Na Secretaria Municipal de Saúde <input type="checkbox"/> 9. Com amigos, parentes e vizinhos <input type="checkbox"/> 10. Consigo amostra grátis <input type="checkbox"/> 11. Compro na drogaria/farmácia <input type="checkbox"/> 12. Fico sem o medicamento <input type="checkbox"/> 13. Outros. Como? _____ <input type="checkbox"/> 14. Sempre consigo os medicamentos na UBS <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
<b>ASSISTÊNCIA SOCIAL</b>
93. Você ou alguém da sua família é ou já foi atendido por algum serviço da Assistência Social? (considerar somente serviços da Assistência Social externos ao Posto de Saúde, como o CRAS) <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem foi atendido? _____ Em qual serviço? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.



## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

106. Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado(a), quase todos os dias? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
107. Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
108. Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
109. Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
110. Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
<b>CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS</b>	
111. Com que frequência você consome bebida alcoólica? ( ) 1. Todos os dias. ( ) 2. Alguns dias na semana. ( ) 3. Só nos finais de semana. ( ) 4. Raramente. ( ) 5. Nunca. <b>Atenção: Se a resposta for NUNCA, pule para a questão 144.</b>	
Que tipo de bebida o(a) Sr.(a) bebe?	
112. Fermentada (cerveja, vinho). ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica	
113. Destilada (uísque, cachaça, vodca). ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica	
114. Composta (licores, Martini). ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica	
115. Outra(s): _____ ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica	
116. Alguma vez o Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
117. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
118. O Sr.(a) costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
119. O Sr.(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
120. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? _____ doses por dia ( ) 888. Não se aplica. <b>Por favor, para quantificar as doses, use o padrão de equivalência abaixo:</b> Um drinque/dose equivale a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um copo de pinga, vodca ou uísque (37 mL) ou;</li> <li>• Uma taça pequena de vinho (140 mL) ou;</li> <li>• Uma latinha de cerveja (350 mL) ou;</li> <li>• Um cálice de Martini ou vermute (50 mL).</li> </ul>	
121. <b>HOMENS:</b> Com que frequência que você consome <b>8 (oito) ou mais doses</b> de bebida alcóolica em uma mesma ocasião?  <b>MULHERES:</b> Com que frequência que você consome <b>6 (seis) ou mais doses</b> de bebida alcóolica em uma mesma ocasião? <b>Por favor, para quantificar as doses, use o padrão de equivalência da questão anterior.</b> ( ) 1. Nunca. ( ) 2. Menos que mensalmente. ( ) 3. Mensalmente. ( ) 4. Semanalmente. ( ) 5. Diariamente ou quase diariamente. ( ) 888. Não se aplica.	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

122. Com que frequência durante o último ano você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido? ( ) 1. Nunca. ( ) 2. Menos que mensalmente. ( ) 3. Mensalmente. ( ) 4. Semanalmente. ( ) 5. Diariamente ou quase diariamente. ( ) 888. Não se aplica.	
123. Com que frequência durante o último ano você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas? ( ) 1. Nunca. ( ) 2. Menos que mensalmente. ( ) 3. Mensalmente. ( ) 4. Semanalmente. ( ) 5. Diariamente ou quase diariamente. ( ) 888. Não se aplica.	
124. Durante o último ano algum parente, amigo, médico ou outro profissional da área de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você parasse de beber? ( ) 1. Não. ( ) 2. Sim, em uma ocasião. ( ) 3. Sim, em mais do que uma ocasião. ( ) 888. Não se aplica.	
125. Nos últimos doze meses você já dirigiu logo após beber? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
126. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas (mesmo que tenha sido em pequenas doses)? _____ anos. ( ) 888. Não se aplica. <b>(Marcar essa opção para pessoa que não consome bebida alcoólica)</b>	
127. Você já fez uso de outras drogas alguma vez na vida? <b>(Inclui cigarro comum e outras drogas)</b> ( ) 1. Sim. Qual(is)? _____ ( ) 2. Não	
128. Você faz uso atual de outras drogas? <b>(Inclui cigarro comum e outras drogas)</b> ( ) 1. Sim. Qual(is)? _____ ( ) 2. Não.	
129. Você tem algum familiar que faz uso de drogas? ( ) 1. Sim. Qual tipo? _____ Quem? _____ ( ) 2. Não	
<b>MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL</b>	
130. Você ou alguém de sua família que mora na área de abrangência do centro de saúde tem problemas emocionais ou psiquiátricos? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não. <b>Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 176/pule o bloco.</b> <b>Se sim, quais?</b> ( ) 131. Depressão. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 132. Ansiedade ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica. ( ) 133. Transtorno de pânico. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 134. Insônia. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 135. Perda de memória. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 136. Atraso ou retardo mental. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica. ( ) 137. Esquizofrenia. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica. ( ) 138. Transtorno bipolar. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 139. Problemas com álcool. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica. ( ) 140. Problemas com outras drogas ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 141. Tentativas de suicídio ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica ( ) 142. Outro(s). Qual(is)? _____ ( ) 888. Não se aplica.	



**QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

<p>Onde você ou seu familiar procuram ajuda para o problema?</p> <p>( ) 143. Em casa, com a família. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.  ( ) 144. Na casa dos vizinhos. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 145. Na casa dos amigos. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 146. Na escola ou faculdade. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.  ( ) 147. No trabalho. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 148. No bar. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 149. No posto de saúde/UBS ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 150. No CERSAM/CAPS. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 151. Na igreja. ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  ( ) 152. Outro. Onde? _____ ( ) 888. Não se aplica.</p>	
<p>Quando você ou seu familiar foram atendidos no Posto de Saúde por esse motivo, com quem falaram sobre o problema? <b>(Observação: NSA = Não se aplica)</b></p> <p>( ) 153. <b>Médico clínico.</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.  154. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 155. <b>Enfermeiro da equipe (enfermeiro chefe)</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.  156. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 157. <b>Técnico ou auxiliar de enfermagem (profissional que fica na sala/posto de enfermagem e aplica medicamentos)</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.  158. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 159. <b>Agente comunitário de saúde (ACS)</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  160. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 161. <b>Profissional que trabalha na farmácia.</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  162. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 163. <b>Assistente social.</b> ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica  164. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p> <p>( ) 165. <b>Outro profissional. Qual?</b> _____ ( ) 8. Não se aplica.  166. Se sim, como foi recebido: ( ) 1. Muito bem ( ) 2. Bem ( ) 3. Ruim ( ) 4. Péssimo ( ) 888. NSA</p>	
<p>O que foi feito após conversarem sobre o problema ?</p> <p>( ) 167. Começaram um novo tratamento medicamentoso ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 168. Modificaram a medicação anterior ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 169. Renovaram a receita ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 170. Encaminharam ao psicólogo do Centro de Saúde ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 171. Encaminharam ao psiquiatra do Centro de Saúde ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 172. Encaminharam para outro serviço de Saúde Mental (CERSAM/CAPS, hospital, etc.) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  ( ) 173. Outro: _____ ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA.  Se sim, o que fizeram? _____</p>	
<p>Se foi encaminhado ao psicólogo, ao psiquiatra, ao CERSAM ou a outro serviço de Saúde Mental:</p> <p>174 Conseguiu marcar a consulta?  ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. Por quê? _____ ( ) 888.NSA</p> <p>175. Já conseguiu ser atendido?  ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. Por quê? _____ ( ) 888.NSA</p>	
<b>ATIVIDADES FÍSICAS</b>	
<p>A Academia da Cidade (Saúde) é um Programa da Prefeitura de Belo Horizonte, vinculado à Secretaria de Saúde, e que conta com um espaço, geralmente dentro ou próximo aos Centros de Saúde, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ou Centros de Apoio Comunitário (CACs), e sempre dirigidas por Profissionais Técnicos Superiores de Saúde/Educadores Físicos.</p> <p><b>Academia da praça (aparelhos colocados ao ar livre), Liang Gong, Programa Vida Ativa e Saúde na Escola e outras atividades desportivas não possuem vínculos com a Academia da Cidade.</b></p> <p>176. Você frequenta a Academia da Cidade? <b>(Não considere outras atividades diferentes.)</b>  ( ) 1. Sim. Há quanto tempo? _____  ( ) 2. Não.</p> <p><b>Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 195.</b></p>	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

177. Como você chegou à Academia da Cidade? <input type="checkbox"/> 1. Por conta própria. <input type="checkbox"/> 2. Encaminhado pelo médico da UBS. <input type="checkbox"/> 3. Encaminhado por outro profissional. Qual profissional? <input type="checkbox"/> 4. Por amigos, vizinhos ou conhecidos.	<b>(Observação: NSA = Não se aplica)</b> <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. NSA <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. NSA <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. NSA <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. NSA	
<b>RELAÇÕES AOS PAPEIS DE GÊNERO</b>		
<b>Em todos os lugares as pessoas têm ideias diferentes sobre as famílias e sobre o que constitui um comportamento aceitável para homens e mulheres em casa. Abaixo esta uma lista de afirmações e gostaria que você respondesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.</b>		
178. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
179. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
180. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
181. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
182. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
183. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
184. O homem é mais violento do que a mulher <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
<b>Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: (Questões 185 a 190)</b>		
185. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
186. Ela o desobedece. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		
187. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele. <input type="checkbox"/> 1. Concorda <input type="checkbox"/> 3. Discorda <input type="checkbox"/> 2. Concorda parcialmente <input type="checkbox"/> 4. Discorda parcialmente <input type="checkbox"/> 5. Não sabe		

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

188. Ela pergunta se ele tem outras namoradas. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente	
189. Ele suspeita que ela é infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente	
190. Ele descobre que ela tem sido infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente	
<b>Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: (Questões 191 a 194)</b>		
191. Ela não quer. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe		
192. Ele está bêbado. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe		
193. Ela está doente. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe		
194. Ele a maltrata. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe		
<b>SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE</b>		
195. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca		
196. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não.		
197. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não.		
Qual tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?		
198. Física	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
199. Verbal	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
200. Moral ou Psicológica	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
201. Sexual	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
202. Abandono ou negligência	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
203. <i>Bullying</i> (intimidação)	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
204. Trabalho Infantil	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
205. Discriminação por racismo.	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
206. Falta de acesso a direitos sociais.	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
207. Falta de cuidados necessários.	( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quais os tipos de <b>trabalho infantil</b> que você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?		
208. Prestação de serviços/comércio	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
209. Doméstico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
210. Nas ruas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
211. Exploração Sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
212. Tráfico de Drogas	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
213. Artístico	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
214. Desportivo	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
215. Religioso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
216. Mendicância	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
217. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
218. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma <b>violência física (ou agressão)</b> na vizinhança e/ou território da Unidade? _____ _____		
Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de violência?		
219. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
220. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
221. Agressão moral ou psicológica.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
222. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
223. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
<b>Atenção: Se respondeu TODAS as questões NÃO, pule para a questão 290</b>		
<b>(Observação: NSA = NÃO SE APLICA)</b>		
A <b>violência física (ou agressão)</b> mais grave que você sofreu nos últimos doze meses foi cometida por:		
224. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
225. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
226. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
227. Com algum tipo de objeto/substância de ferro, pedra, outros, etc.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
228. Envenenamento.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
229. Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> 888. NSA	
Quem lhe <b>agrediu fisicamente</b> ?		
230. Familiar. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
231. Chefe ou colega de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
232. Bandido, ladrão ou assaltante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
233. Polícia.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
234. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
235. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
236. Profissional da educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
237. Profissional da educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
238. Profissional do serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
239. Vizinho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
240. Desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. NSA
241. Outro. Especifique: _____	<input type="checkbox"/> 888. NSA	

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<b>Quem lhe agrediu verbalmente?</b>			
242. Familiar. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
243. Chefe ou colega de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
244. Bandido, ladrão ou assaltante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
245. Polícia.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
246. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
247. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
248. Profissional da educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
249. Profissional da educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
250. Profissional do serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
251. Vizinho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
252. Desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
253. Outro. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA
<b>Quem lhe agrediu moral ou psicologicamente?</b>			
254. Familiar. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
255. Chefe ou colega de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
256. Bandido, ladrão ou assaltante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
257. Polícia.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
258. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
259. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
260. Profissional da educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
261. Profissional da educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
262. Profissional do serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
263. Vizinho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
264. Desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
265. Outro. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA
<b>Quem lhe agrediu sexualmente?</b>			
266. Familiar. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
267. Chefe ou colega de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
268. Bandido, ladrão ou assaltante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
269. Polícia.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
270. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
271. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
272. Profissional educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
273. Profissional educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
274. Profissional serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
275. Vizinho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
276. Desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
277. Outro. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA
<b>Quem lhe submeteu <i>bullying</i> ou intimidação?</b>			
278. Familiar. Quem? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
279. Chefe ou colega de trabalho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
280. Bandido, ladrão ou assaltante.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
281. Polícia.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
282. Profissional de saúde (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
283. Profissional de saúde (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
284. Profissional da educação (serviço público)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
285. Profissional da educação (serviço privado)	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
286. Profissional do serviço judiciário	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
287. Vizinho.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
288. Desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
289. Outro. Especifique: _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA

## QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

290. Você se acha violento? ( ) 1. Sim, sempre. ( ) 2. Sim, quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
291. Você já fez alguma tentativa de suicídio? ( ) 1. Sim. Como? _____ ( ) 2. Não	
<b>Atenção: Se a resposta for NÃO, pule para a questão 293.</b>	
292. Antes de tentar suicídio você conversou sobre o assunto com alguém? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
293. Alguém da sua família já se suicidou? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não	
<b>ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA</b>	
294. Você acha que é possível prevenir a violência? ( ) 1. Sim. Por quê? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
295. Você acha que é uma das funções da Unidade de Saúde desenvolver algum tipo de ação de prevenção da violência? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
296. Este posto de saúde/UBS e desenvolve ações de prevenção da violência? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não. ( ) 3. Não sei.	
297. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não. (Se NÃO, pule para a questão 299)	
298. Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingido o objetivo? ( ) 1. Sim. ( ) 3. Não sei. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica.	
299. Você conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores atuando aqui? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não.	
300. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
301. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência? _____ _____ _____	
<b>DOENÇAS ESTIGMATIZANTES</b>	
302. Você já ouviu falar sobre a doença <b>hanseníase</b> ? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
303. Você conhece alguém que tem ou teve <b>hanseníase</b> ? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não.	
304. Sabendo que uma pessoa tem ou teve <b>hanseníase</b> , você continua convivendo com ela? ( ) 1. Sim. Por quê? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	

**QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

<p>305. Você já ouviu falar sobre a doença <b>tuberculose</b>?  <input type="checkbox"/> 1. Sim.  <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>306. Você conhece alguém que tem ou teve <b>tuberculose</b>?  <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem? _____  <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>307. Sabendo que uma pessoa tem ou teve <b>tuberculose</b>, você continua convivendo com ela?  <input type="checkbox"/> 1. Sim. Por quê? _____  <input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>308. Você já ouviu falar sobre a doença <b>Aids</b>?  <input type="checkbox"/> 1. Sim.  <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>309. Você conhece alguém que tem ou teve <b>Aids/HIV</b>?  <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quem? _____  <input type="checkbox"/> 2. Não.</p>	
<p>310. Sabendo que uma pessoa tem ou teve <b>Aids/HIV</b>, você continua convivendo com ela?  <input type="checkbox"/> 1. Sim. Por quê? _____  <input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____</p>	

*Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!*