

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

**Leandro Genuir de Assis Caetano**

**PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SEXO  
FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE  
RELAÇÕES DE GÊNERO**

**Belo Horizonte**

**2020**

**Leandro Genuir de Assis Caetano**

**PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SEXO  
FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE  
RELAÇÕES DE GÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Saúde da Mulher em Situação Violência e as múltiplas faces da violência e eu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares.

**Belo Horizonte**

**2020**

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Reitora:**

Prof<sup>a</sup>. Sandra Regina Goulart Almeida

**Vice-Reitor:**

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

**Pró-Reitor de Pós-Graduação:**

Prof. Fabio Alves da Silva Júnior

**Pró-Reitor de Pesquisa:**

Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

**Diretor da Faculdade de Medicina:**

Prof. Humberto José Alves

**Vice-Diretora da Faculdade de Medicina:**

Prof<sup>a</sup>. Alamanda Kfoury Pereira

**Coordenador do Centro de Pós-Graduação:**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação:**

Prof<sup>a</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade

**Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

**Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:**

Prof<sup>a</sup>. Palmira de Fátima Bonolo

**Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Prof<sup>a</sup>. Elza Machado de Melo

**Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

**Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:**

Prof<sup>a</sup>. Andrea Maria Silveira (Titular)

Prof<sup>a</sup>. Alzira de Oliveira Jorge (Suplente)

Prof<sup>a</sup>. Cristiane de Freitas Cunha Grillo (Titular)

Prof<sup>a</sup>. Maria Mônica Freitas Ribeiro (Suplente)

Prof<sup>a</sup>. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo (Titular)

Prof. Marcelo Grossi Araújo (Suplente)

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (Titular)

Prof<sup>a</sup>. Myrian Fatima de Siqueira Celani (Suplente)

Prof<sup>a</sup>. Palmira de Fátima Bonolo (Titular)

Prof. Ulysses de Barros Panisset (Suplente)

C128p Caetano, Leandro Genuir de Assis.  
Percepções e conhecimento de profissionais e usuárias do sexo feminino que atuam na Atenção Primária de Saúde sobre relações de gênero [manuscrito]. / Leandro Genuir de Assis Caetano. - - Belo Horizonte: 2021.  
146f.: il.  
Orientador (a): Ricardo Tavares.  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência de Gênero. 2. Violência contra a Mulher. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Pessoal de Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Tavares, Ricardo. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: W 21



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

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

UFMG

## FOLHA DE APROVAÇÃO

**PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E  
USUÁRIAS DO SEXO FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE RELAÇÕES DE GÊNERO.**

**LEANDRO GENUIR DE ASSIS CAETANO**

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 21 de dezembro de 2020, pela banca constituída pelos membros:

*Ricardo Cavares*

Prof(a). Ricardo Tavares - Orientador  
UFOP

*Elza Melo*

Prof(a). Elza Machado de Melo  
UFMG

Prof(a). Geraldo Cunha Cury  
ufmg

Belo Horizonte, 5 de janeiro de 2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

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

UFMG

## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO LEANDRO GENUIR DE ASSIS CAETANO

Realizou-se, no dia 21 de dezembro de 2020, às 09:00 horas, Canal do CETES no YouTube - Defesa em ambiente virtual, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SEXO FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE RELAÇÕES DE GÊNERO.*, apresentada por LEANDRO GENUIR DE ASSIS CAETANO, número de registro 2018711800, graduado no curso de ADMINISTRAÇÃO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ricardo Tavares - Orientador (UFOP), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof(a). Geraldo Cunha Cury (ufmg).

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, 21 de dezembro de 2020.

*Ricardo Cavares*

Prof(a). Ricardo Tavares ( Doutor )

*Elza Melo*

Prof(a). Elza Machado de Melo ( Doutora )

Prof(a). Geraldo Cunha Cury ( Doutor )



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

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

UFMG

## Declaração

Declaramos, para os devidos fins, que as professoras: Ricardo Tavares, Elza Machado de Melo e Geraldo Cunha Cury (membros titulares) participaram da banca de defesa da dissertação de Leandro Genuir de Assis Caetano, número de registro, 2018711800, aluno do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP da Universidade Federal de Minas Gerais, intitulada: *PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SEXO FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE RELAÇÕES DE GÊNERO.*, defendida em 21/12/2020.

Belo Horizonte, 21 dezembro de 2020.

Prof(a). Prof<sup>a</sup> Elza Machado de Melo  
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação

## FOLHA DE APROVAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada \_\_\_\_\_ a dissertação intitulada PERCEPÇÕES E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS DO SEXO FEMININO QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE SOBRE RELAÇÕES DE GÊNERO, apresentada e defendida, por Leandro Genuir de Assis Caetano, para obtenção do grau de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

---

Prof. Dr. Ricardo Tavares (Orientador)

---

Profa. Dra. Elza Machado de Melo

---

Prof. Dr. Geraldo Cunha Cury

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha trajetória para chegar até aqui, não foi fácil, mas venci, jamais desisti dos meus objetivos e sonhos. Sou muito grato e feliz por estar concluindo mais uma etapa de estudos na minha vida, o tão sonhando Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais.

Agradeço aos Professores Ricardo Tavares e Elza Machado de Melo, pela orientação, apoio, confiança e sugestões dadas na elaboração da dissertação.

Aos Professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG pelo ensino e aprendizado.

Aos colegas de turma da Faculdade de Medicina pela convivência, incentivo e apoio durante o curso. Agradeço a Lauriza e Amanda à frente do Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela disponibilidade e ajuda de sempre.

Aos meus queridos pais Sirlande Werneck Caetano e Ivani de Assis Caetano minha eterna gratidão, pela criação, ensinamentos, por toda dedicação e paciência.

Aos meus queridos irmãos Luciana de Assis Caetano e Thiago William de Assis Caetano pela força, carinho e admiração ao longo da vida.

Ao Fernando, a Alyne, aos meus familiares, amigos, a todas e todos do Programa “Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós”, e especialmente a minha filha Helena de Assis Aguiar que tanto amo e admiro pela sua inteligência e seu jeito amoroso.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

***“Violência não é um sinal de  
força, a violência é um sinal de  
desespero e fraqueza”.***  
***(Dalai Lama)***

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência de gênero como um problema de saúde pública no Brasil e no mundo desde 1990. A violência ofende frontalmente os direitos humanos e a dignidade das mulheres. As múltiplas formas de violência, incluindo o feminicídio, última etapa do ciclo de violência contra a mulher, definido como assassinato de mulheres por violência doméstica ou discriminação de gênero, são ditadas por uma sociedade patriarcal, machista, sexista e misógina, em contextos marcados pela desigualdade de gênero, na maioria das vezes em cenário privado, em que o agressor conhece a vítima e a agride tão somente por ela ser uma mulher. Os dados dessas violências divulgados mundialmente são de grande magnitude, principalmente na América Latina e Caribe. O objetivo deste trabalho é avaliar a percepção e o conhecimento de usuárias e profissionais da Atenção Primária de Saúde de Belo Horizonte sobre as interfaces nas relações de gênero em função da vitimização feminina de algum tipo de violência, destacando suas características e fatores de risco. Como metodologia foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem quali-quantitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas com usuários (entrevistador) e profissionais (autoaplicáveis) de 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Atenção Primária de Saúde de Belo Horizonte, selecionadas de forma aleatória, distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte em 2017. Para o presente estudo, foram utilizados apenas os dados referentes às respostas de profissionais e usuários do sexo feminino. A análise estatística foi baseada em tabelas com frequências absolutas e percentuais das distribuições univariadas e bivariadas, além de gráficos de barras do tipo likert e boxplot. Foi construído indicador Índice de Relações de Gênero Positivas (IRGP) para quantificar o nível das relações de gênero quanto às suas características violentas e não violentas, segundo a concepção das usuárias e para as profissionais. Os questionários foram respondidos por um total de 830 mulheres usuárias e 848 mulheres profissionais de saúde. O indicador IRGP foi categorizado em baixo e alto usando como ponto de corte o valor da mediana, que no presente estudo foi maior entre as profissionais - o valor numérico da mediana do IRGP foi de 70,5 no banco de dados das usuárias e de 75,0 no banco de profissionais. Quanto mais alto o IRGP melhor a percepção das mulheres (positiva) em relação aos papéis de gênero. Observa-se na pesquisa que, em termos

medianos, os maiores IRGP ocorreram para as profissionais que sofreram violência, em todas as regionais de Belo Horizonte. Percebe-se que estas profissionais tiveram percepções melhores quanto ao grupo de itens que compõem as relações de gênero, quando comparada com o grupo de usuárias. Ambos os grupos mostraram parcela significativa de vítimas de agressões verbal, psicológica/moral, física e *bullying* (intimidação). Notamos que ambos os grupos analisados tiveram um percentual importante de mulheres para o IRGP baixo, sendo, portanto, necessária mudança de postura das mulheres diante das atitudes machistas e patriarcais vistas ainda na sociedade contemporânea.

**Palavras Chaves:** Violência e relações de gênero. Violência contra a mulher. Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) has recognized gender violence as a public health problem specifically in Brazil, but also worldwide since 1990. Violence blatantly offends human rights and women's dignity. Multiple forms of violence, including femicide--the last stage in the cycle of violence against women, defined as the murder of women as a result of domestic violence or gender discrimination--are dictated by a patriarchal, macho, sexist and misogynistic society; in contexts marked by gender inequality; and predominantly most times in a private setting, in which the aggressor knows the victim and attacks her for the sole reason she is a woman. The data on these violent acts published worldwide are of great magnitude, especially in Latin America and the Caribbean. The objective of this work is to evaluate the perception and knowledge of users and professionals of Primary Health Care in Belo Horizonte about the interfaces in gender relations due to the victimizing of women's experience from of some type of violence, highlighting its characteristics and risk factors. As a methodology, an exploratory and descriptive study with both a quantitative and qualitative approach was carried out through semi-structured interviews with users (interviewer) and professionals (self-applicable) of 45 Basic Health Units (BHU) of Primary Health Care in Belo Horizonte: randomly selected and distributed in the 9 Health Districts of Belo Horizonte in 2017. For the present study, only data referring to responses from female professionals and users were used. The statistical analysis was based on tables with absolute frequencies and percentages of univariate and bivariate distributions, in addition to Likert and boxplot bar graphs. An indicator, (IRGP) the Index of Positive Gender Relations, was constructed to quantify the level of gender relations in terms of their violent and non-violent characteristics, according to the conception of users and professionals. The questionnaires were answered by a total of 830 female users and 848 female health professionals. The IRGP indicator was categorized as low and, high using the median value as a cutoff point, which in the present, study was higher among professionals--the IRGP median numerical value was 70.5 in the user database and 75.0 in the professional database. The higher the IRGP, the better (positive) women's perception of gender roles. The median IRGP was found to be the highest for professionals who suffered violence in all the districts of Belo Horizonte. It is noticeable that these professionals had better perceptions of the group of items that

make up gender relations, when compared to the group of users. Both groups showed a significant portion of victims of verbal, psychological/moral, physical, and bullying (intimidation) violence. We noted that both groups analyzed had an important percentage of women with a low IRGP, thus requiring a change in posture of women in the face of macho and patriarchal attitudes still seen in contemporary society.

**Keywords:** Violence and gender relations. Violence against women. Primary health care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tipologia da violência .....	30
Figura 2	Modelo ecológico para compreender a violência.....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição percentual ordenada dos itens de relações de gênero para usuários .....	70
Gráfico 2	Distribuição percentual ordenada dos itens de relações de gênero para profissionais .....	75
Gráfico 3	Distribuição do IRGP por região administrativa de Belo Horizonte, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais .....	80
Gráfico 4	Distribuição do IRGP por conhecimento de alguém que foi ou não assassinado próximo de alguma UBS, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais .....	81
Gráfico 5	Distribuição do IRGP de ter tido algum familiar/amigo que foi ou não assassinado, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais .....	82
Gráfico 6	Distribuição do IRGP por ter sofrido ou não algum tipo de violência, segundo as usuárias e profissionais .....	83

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas qualitativo segundo as variáveis explicativas, banco de usuários, Pesquisa APS/BH, 2017.....	71
Tabela 2	Distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas segundo as variáveis explicativas, banco de profissionais, Pesquisa APS/BH, 2017 .....	76

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Cronologia das leis de feminicídio na América Latina, 2020 .....	54
Quadro 2	Variáveis que compõem os indicadores de relações de gênero positivas e suas respectivas recodificações .....	66

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS .....	Atenção Primária à Saúde
CDC .....	<i>Centers for Disease Control and Prevention's</i>
CEDAW .....	<i>Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women</i>
CIDH .....	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CLADEM ...	Comitê Latino Americano de Defesa dos Direitos da Mulher
DVDRC .....	<i>Domestic Violence Death Review Committee</i>
ECLAC .....	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
FBI.....	<i>Federal Bureau of Investigation</i>
FRA .....	Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia
FRIDA .....	Formulário Nacional de Risco e Proteção à Vida
IRGP .....	Índice de Relações de Gênero Positivas
LAP .....	<i>Lethality Assessment Program</i>
NASF .....	Núcleo de Apoio à Saúde das Famílias
OEA.....	Organização dos Estados Americanos
OMS .....	Organização Mundial de Saúde
ONU .....	Organização das Nações Unidas
SIM/MS .....	Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde
SINAN .....	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UNODC .....	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
2	OBJETIVOS .....	22
2.1	Objetivo geral .....	22
2.2	Objetivos específicos .....	22
3	MARCO TEÓRICO .....	23
3.1	Tipologia da violência .....	29
3.2	Causas e fatores de risco para a violência .....	31
3.3	Violência e desigualdade nas relações de gênero .....	39
3.4	O ciclo de violência baseado nas relações de gênero e suas formas de agressão .....	43
3.5	Violentômetro: níveis de violência de gênero .....	47
3.6	Aspectos sociojurídicos da violência contra a mulher .....	49
3.7	Prevenção à violência .....	61
4	METODOLOGIA .....	64
4.1	Aspectos éticos .....	68
5	RESULTADOS .....	69
5.1	Resultados usuários APS .....	69
5.2	Resultados profissionais APS .....	74
5.3	Resultados usuários x profissionais APS .....	78
6	DISCUSSÃO .....	84
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	93
	REFERÊNCIAS .....	94
	APÊNDICE A - Ilustração do diagrama em caixas ( <i>box-plot</i> ) .....	108
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	109
	APÊNDICE C - Questionários para Usuários na APS .....	110
	APÊNDICE D - Questionários para Profissionais na APS .....	125
	APÊNDICE E - Dados da taxa de feminicídios Brasil 2017-2018 .....	139
	ANEXO A - Parecer do COEP UFMG .....	140
	ANEXO B - Parecer do CEP SMSA/BH .....	141

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência é um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo (MELO, 2010). A Assembleia Mundial da Saúde declara a violência como um dos principais problemas de saúde pública, solicitando que a OMS criasse uma tipologia de violência que caracterizasse os diferentes tipos de violência, bem como, a associação entre eles (KRUG *et al.*, 2002). A tipologia proposta pela OMS desmembra a violência em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva.

A violência contra as mulheres tem sido reconhecida, tanto em nível nacional como internacional, como um sério e permanente impedimento à igualdade entre homens e mulheres e aos direitos humanos e liberdades fundamentais das mulheres (SILVA; COPETTI; BORGES, 2009). É definida como uma relação de poder e de permanente conflito, principalmente no ambiente familiar, lugar onde normalmente a vítima conhece o agressor. Compreende-se violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, no ambiente público ou privado (BRASIL, 1994; PRADO; SANEMATSU, 2017). Ao longo da vida, as mulheres de todas as partes do mundo experimentam vários tipos de violência, como agressões verbais, físicas, sexuais e homicídios que podem ser cometidos por namorados, maridos e/ou companheiros, outros membros da família ou por desconhecidos (ROSA, 2013).

Estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizado de 2000 a 2003, com mais de 24 mil mulheres de 15 a 49 anos, em áreas urbanas e rurais de dez países, revelou que 15-71% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas. No Brasil, 36,9% e 28,9% das mulheres residentes em áreas rurais e urbanas, respectivamente, reportaram ter sofrido violência física e/ou sexual por parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida (GARCIA; SILVA, 2018). Barbosa *et al.* (2019) citam que todos os anos, 1,3 milhão de pessoas morrem em consequência da violência, representando 2,5% da mortalidade mundial.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2015, revelou que 33,8% dos casos de violência notificada em mulheres, tiveram como

possível autor o parceiro íntimo, e quando consideradas apenas as mulheres adultas, esse percentual atinge 48,2% (BRASIL, 2017). De acordo com o SINAN, no período de 2011 a 2015, o número total das notificações de violências mais do que dobrou, passando de 107.530 para 242.347. As notificações de violência contra a mulher também cresceram, em proporção semelhante no mesmo período, passando de 75.033 para 162.575. Em 2015, 67,1% das notificações de violências foram contra a mulher. Os registros cresceram a partir da publicação da Lei Maria da Penha.

O Ligue 180, ou Central de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, é um serviço criado em 2005 de suma importância na proteção para as mulheres, atualmente oferecido pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, cujo objetivo é receber denúncias de violência contra a mulher, além de fornecer orientação às mulheres sobre seus direitos e sobre a rede de atendimento à mulher, sendo ele de utilidade pública, gratuito e confidencial, que funciona 24 horas em todos os dias do ano. Devido à sua confidencialidade, o serviço tem recebido maiores números de denúncias. O serviço tem um papel importante ao se constituir porta de entrada na rede de atendimento à mulher em situação de violência. Somente em 2018, recebeu 92.663 denúncias de violações contra mulheres, sendo deste total, 2.075 denúncias de tentativa de feminicídio e 63 de feminicídio (MESQUITA *et al.*, 2019).

Apesar dos números tão expressivos, ainda há uma subnotificação dos casos que chegam às unidades de saúde (BARUFALDI *et al.*, 2017). De acordo com Fernandes e Cerqueira (2017), a violência é subnotificada, somente 10% das agressões sofridas por mulheres são levadas ao conhecimento da polícia. A OMS evidencia que somente 2% dos casos são notificados pelos profissionais de saúde (SCHEK *et al.*, 2016).

A subnotificação pode ser explicada pela denominada “invisibilidade da violência” que impede seu reconhecimento, sobretudo a doméstica, que aparece com muita frequência na atenção básica de saúde. Para Kind *et al.* (2013), a subnotificação ocorre por motivos variados: medo dos profissionais de sofrerem retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha de notificação, sobrecarga no cotidiano do serviço, dificuldade em lidar com os casos e a impotência diante da situação de violência. Entre os casos notificados, a maioria das

---

mulheres vítimas de agressões física e feminicídio no Brasil apresenta o mesmo perfil. Os dados constam de levantamento feito pelo Ministério da Saúde, baseado em informações das Fichas de Notificação Individual de Violências Interpessoais e Autoprovocadas cadastradas no SINAN entre 2011 e 2016 (ANDRADE, 2019).

O feminicídio é a forma máxima de violência praticada contra as mulheres, executada pelos homens para ter o domínio e controle sobre elas (RADFORD; RUSSELL, 1992), geralmente é precedido por violência sexual e outros atos que ameaçam a dignidade das mulheres, tanto por agressores conhecidos como desconhecidos (SOUSA, 2016). É o assassinato de mulheres por violência doméstica ou por discriminação de gênero. O termo tem como objetivo diferenciar os crimes por violência de gênero dos homicídios de mulheres em outras circunstâncias, dar visibilidade e ressaltar as particularidades desses eventos (SANZ-BARBERO *et al.*, 2016). Entre 60% e 70% dos homicídios femininos são cometidos por homens próximos e por razões sexuais (MENEGHEL *et al.*, 2019) e mais da metade dos homicídios de mulheres correspondem a feminicídios causados pelas desigualdades de gênero (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Estima-se que, no mundo, cerca de um terço de todos os assassinatos de mulheres são cometidos pelo companheiro, namorado ou marido (STÖCKL *et al.*, 2013). Segundo dados da OMS, 7% dos óbitos de mulheres registrados no mundo, entre 15 e 44 anos estão relacionados à violência.

O feminicídio tem apresentado um crescimento preocupante ao longo dos anos e atualmente, vem sendo assunto de preocupação internacional pelos Estados e pela sociedade. Há quase duas décadas a violência é considerada um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos pela OMS (MEIRA *et al.*, 2019; KRUG *et al.*, 2002; SCHRAIBER *et al.*, 2007). Segundo estimativas da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), as mulheres foram vítimas em 82% dos homicídios cometidos por parceiros íntimos em 2017, o que confirma como as mulheres continuam a suportar o maior fardo de vitimização no contexto da violência de gênero. Em nível global, a maioria das vítimas de homicídio são homens, mas a grande maioria das mulheres é morta por familiares ou parceiros íntimos (UNODC, 2019).

O relatório “*World Statistics 2018*”, publicado pela Organização Mundial de Saúde, mostra que o Brasil subiu duas posições, entre 2015 e 2016, e passou a ter

a sétima maior taxa de homicídio da região do continente americano, com um indicador de 31,3 mortes para cada 100 mil habitantes. O país das Américas com maiores índices de homicídios é Honduras, com uma taxa de 55,5 mortes para cada 100 mil habitantes. Em seguida está a Venezuela (49,2), que passou para a segunda posição antes ocupada por El Salvador (46), atualmente em terceiro lugar. Os demais países das Américas com altos índices de homicídio são Colômbia (quarto lugar), com 43,1 assassinatos para cada 100 mil habitantes; Trinidad e Tobago (quinto lugar), com 42,2 e Jamaica (sexto lugar), com índice de 39,1 (FARIAS, 2019).

De acordo com Meira *et al.* (2019), a América Latina representa a região com as maiores taxas de feminicídios do mundo, sendo inferiores apenas aos números da África Subsaariana. Os coeficientes mais altos são observados no Brasil e na Colômbia, e os menores, no Chile e México. Na última década, foram assassinadas 43,5 mil mulheres, razão pela qual o país ocupa a quinta posição mundial em número de homicídios femininos, com taxa de 4,5 para cada 100 mil mulheres.

Segundo dados do Observatório de Igualdade de Gênero da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (ECLAC), somando os 23 países latino-americanos e a Espanha, pelo menos 3.527 mulheres foram mortas em 2018, em razão do gênero. Desse total, o Brasil lidera o ranking em números absolutos com 1.206 vítimas de feminicídios, o que representa mais de 34% do total. No entanto, se for comparada a taxa para cada 100 mil mulheres, El Salvador é o país que apresenta a maior taxa de feminicídios em 2018 na América Latina, Caribe e Espanha com 6,8 homicídios para cada 100 mil mulheres (CEPAL, 2018).

Apesar de todos os progressos na compreensão e no combate à violência no país, o Brasil ainda tem dados preocupantes. Segundo dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), em 2017 houve 65.602 homicídios, o que equivale a uma taxa de aproximadamente 31,6 mortes para cada 100 mil habitantes. Entre 2007 e 2017 houve aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, que passou de 3,9 para 4,7 mulheres assassinadas por grupo de 100 mil mulheres. Conforme Cerqueira *et al.* (2019), nesse período, houve crescimento da taxa de homicídios femininos em 17 estados brasileiros.

---

Segundo Pereira *et al.* (2019), os casos de feminicídios tiveram um crescimento de 4% nos números absolutos em 2018 na comparação com 2017. Foram 1.206 mulheres mortas em 2018 e 1.151 em 2017. Os feminicídios representam 29,6% dos homicídios dolosos de mulheres em 2018. Desde que a lei entrou em vigor, os casos de feminicídio aumentaram 62,7%. O objetivo do feminicídio é tentar reduzir as taxas de homicídio feminino no país, estabelecendo penas mais rígidas para o assassinato de mulheres em decorrência da violência doméstica e familiar ou em razão do menosprezo ou discriminação da condição da mulher (discriminação por gênero).

Ademais, Cerqueira *et al.* (2019) relatam que em 2017, no Brasil, foram registrados 4.936 assassinatos de mulheres, o maior desde 2007, uma média de 13 homicídios de mulheres por dia, sendo a maioria das vítimas mulheres negras (66%). Os números tomam proporção maior quando se compara os assassinatos de mulheres não negras com o de mulheres negras. Somente em 2017, o número de homicídios de mulheres não negras foi de 3,2 a cada 100 mil mulheres não negras, enquanto entre as mulheres negras a taxa foi de 5,6 para cada 100 mil mulheres negras.

Conforme dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública durante a pandemia da COVID-19, houve um aumento considerado de feminicídios no ambiente familiar. Analisando o período de março de 2020, quando comparado com a mesma época de 2019, as cidades de São Paulo (46,0%), Acre (100,0%), Rio Grande do Norte (300,0%), Mato Grosso (400,0%) e Minas Gerais (11,1%) apresentaram um crescimento no número de feminicídios. Os feminicídios, ou seja, a violência letal contra indivíduos com identidade feminina de gênero tem representado aproximadamente de 6 a 8% das mortes violentas intencionais no país, nos últimos anos (PEREIRA *et al.*, 2019). De acordo com Campbell *et al.* (2007), grande proporção dos feminicídios é cometido contra mulheres envolvidas em relacionamentos violentos. Nele, o agressor é ex ou atual companheiro da vítima. Em 2015, do total de mulheres assassinadas, 87% delas mantinham ou haviam mantido uma relação de intimidade com os homicidas, segundo o Observatório das Mulheres Assassinadas da organização UMAR (FERNANDES; CERQUEIRA, 2017).

Os assassinatos cometidos por parceiros íntimos raramente são isolados ou repentinos, ao contrário, faz parte de um processo contínuo de violências, cujas raízes misóginas caracterizam-se pelo uso de violência extrema (PASINATO *et al.*, 2016). Estes casos continuam a ser subnotificados e até ignorados (UNODC, 2019). Segundo Bueno *et al.* (2019), 52% das mulheres vítimas de violência não fizeram nada em relação à violência sofrida, e a maior parte das vítimas de feminicídio omitiram essa informação à polícia.

No Brasil, em 2019 houve 3.739 homicídios dolosos de mulheres, uma queda de 14,1% em relação a 2018. Apesar disso, houve um aumento de 7,3% nos casos de feminicídios – crimes de ódio motivados pela condição de gênero, ou seja, são 1.314 mulheres mortas pelo simples fato de serem mulheres, uma a cada sete horas, em média (PICCIRILO; SILVESTRE, 2020).

Segundo dados estatísticos do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 19,3% dos feminicídios no Brasil ocorrem com maior frequência no domingo, o que caracteriza o final de semana como os dias significativos mais propícios para a violência (FERNANDES, 2018; SOUSA; NOGUEIRA; GRADIM, 2013). Além das alarmantes taxas de feminicídios nas capitais brasileiras, Pereira *et al.* (2019) chamam a atenção para o alto índice de subnotificação dos referidos dados. Em 2018, três estados (Ceará, Rondônia e Tocantins), ainda não possuíam dados oficiais sobre feminicídios. Ainda de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, é possível identificar a relação do autor do feminicídio em 51% dos casos, sendo que destes, 88,8% são cometidos pelo companheiro ou ex-companheiros da vítima. A relação próxima com o assassino é apontada por diversos estudos de vitimização como característica marcante das violências de gênero (PEREIRA *et al.*, 2019).

A violência é um fenômeno social, complexo e multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades. A OMS alerta que em situações de pandemia, tais como a do COVID-19, aumentam os riscos de violência contra mulheres, especialmente a violência doméstica, devido ao aumento das tensões em casa. O isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 traz à tona, de forma potencializada, alguns indicadores preocupantes acerca da violência doméstica e do feminicídio (BRASIL, 2020).

---

Na China, os registros policiais de violência doméstica triplicaram durante a epidemia. Na Itália, na França e na Espanha também foram observados aumentos na ocorrência de violência doméstica após a implementação da quarentena domiciliar obrigatória. No Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50% (CAMPBELL, 2020).

Todas essas violências contra mulheres encontram-se presentes em todos os níveis da sociedade, atingindo proporções significativas da população feminina em todo o mundo e são decorrentes de uma cultura de dominação e desigualdade nas relações de poder existente entre homens e mulheres, isto é, são vinculadas a relações de gênero desiguais e violentas, que produzem a inferiorização da condição feminina, resultando em vários tipos de ofensas e lesões, incluindo sua forma mais extrema que é o feminicídio (OLIVEIRA; COSTA; SOUSA, 2015). Segundo Rodrigues e Butler (2005), o gênero é o resultado absorvido pelo corpo sexuado dos significados culturais a partir da estrutura binária, que está moldada numa relação de poder, que nem é percebido, na qual se reflete a relação entre o sexo e o conjunto de suas representações sociais, objetivando a adequação do sexo biológico a determinado papel social. De acordo com Minayo (2009), a violência de gênero se manifesta pelas relações de poder desiguais entre homens e mulheres. Segundo Garcia-Moreno *et al.* (2002), a violência de gênero se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos – incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle.

A violência de gênero é um fenômeno de grande dimensão, que alcança grande quantidade de mulheres no mundo, podendo ser observada em todas as classes sociais independentemente de fatores econômicos, religiosos e culturais (KRUG *et al.*, 2002). A partir de 1980, a atuação do movimento feminista, contribuiu para que o tema da violência contra as mulheres entrasse na lista do direito internacional dos direitos humanos. Daí em diante, inaugurou uma agenda para dar visibilidade às diferentes formas de violência de gênero. Em algumas capitais do mundo, os movimentos feministas têm cobrado dos governantes ações mais eficientes no enfrentamento e combate ao feminicídio (PASINATO *et al.*, 2016).

A violência de gênero pode ocorrer de várias formas e com diferentes graus de intensidade, seja no ambiente familiar, doméstico e/ou íntimo (CUNHA; PINTO,

2014), podendo levar a lesões físicas, a problemas permanentes de saúde física e/ou mental e ao feminicídio. Esta violência está se tornando mais comum nas relações entre homens e mulheres (CAMPBELL, 2002; GARCIA-MORENO *et al.*, 2006; KRUG *et al.*, 2002). Segundo Leite *et al.* (2014), estudos recentes nacionais e internacionais mostram a alta prevalência de pelo menos uma forma de violência contra as mulheres.

Segundo Koppa (2018), a violência doméstica é um termo que abrange a violência de gênero. Quando as mulheres são mortas, é mais provável que elas sejam mortas por um parceiro íntimo do que qualquer outra pessoa. Nos Estados Unidos, 32,9% das mulheres são abusadas fisicamente e 25% delas já sofreram violência grave por um parceiro íntimo.

A violência de gênero apresenta várias formas de violência, a mais comum é a submissão e obediência da mulher à figura masculina. A violência contra a mulher em ambiente público ou privado está cada vez mais presente no país, seja física, moral ou psicológica, resultando muitas vezes no feminicídio (MINAYO, 2009).

Estima-se uma prevalência de que uma em cada quatro mulheres tenham chances de sofrer violência grave por parceiro íntimo (KOPPA, 2018; WONG; MELLOR, 2014), em particular mulheres negras (VELOPULOS *et al.*, 2019), principalmente no âmbito privado (GARCIA *et al.*, 2016). Extensa revisão da literatura evidencia que aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo. Em contraste, essa proporção é próxima a 6% entre os homens assassinados (STÖCKL *et al.*, 2013).

A violência de gênero ocorre nas relações homoafetivas com a mesma intensidade em que ocorre nos casais heterossexuais. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA) constatou que, em todo o continente americano, as mulheres LBT correm o risco particular de violência devido à misoginia e à desigualdade de gênero na sociedade (MENCATO, 2020). Neste contexto, é considerado feminicídio as mulheres lésbicas que no contexto de violência doméstica, matam a sua companheira ou ex (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; FRANÇA JÚNIOR, 2008).

Mediante tal quadro, considera-se fundamental investigar, analisar, compreender e avaliar as relações de gênero em função da vitimização feminina de

---

algum tipo de violência por meio de um olhar atento diante da complexidade do fenômeno da violência e dos direitos humanos, para que se possa contribuir na construção de novos conhecimentos que favoreçam o aprimoramento das ações de promoção da saúde e prevenção da violência. O objetivo deste trabalho, portanto, é avaliar as interfaces nas relações de gênero em função da vitimização feminina de algum tipo de violência, destacando suas características e fatores de risco.

O trabalho é constituído de sete capítulos. No primeiro capítulo busca-se contextualizar a abordagem referente às relações de gênero da violência contra a mulher no Brasil e no mundo, trazendo conceitos importantes associados à violência de gênero, mostrando algumas políticas públicas de sucesso na prevenção, no combate e enfrentamento da violência de gênero. Neste capítulo, também, é apresentado os dados oficiais de homicídios femininos da atualidade, analisando o perfil e as formas da violência mais frequente nas relações de gênero.

No segundo capítulo são descritos os objetivos geral e específicos.

O terceiro capítulo apresenta fundamentações teóricas sobre a forma mais extrema de violência de gênero, os tipos de violência letal, os números da violência de gênero mundialmente, os aspectos sócio-jurídicos dos países que punem o assassinato de mulheres e os fatores de risco e prevenção em relação à violência letal contra as mulheres, através de uma revisão bibliográfica da literatura sobre o assunto.

O quarto capítulo apresenta a metodologia de trabalho utilizada, os materiais e métodos empregados na pesquisa, buscando relacionar os resultados obtidos com o que propõe a literatura da área, sob um enfoque de pesquisa quali-quantitativa de dados feito, por método de entrevistas, com profissionais e usuários de 45 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte.

No quinto capítulo são apresentados os resultados das entrevistas realizadas com os usuários e profissionais das APS e a discussão destes resultados é apresentada no capítulo seis.

Por fim, como conclusão, apresentam-se reflexões sobre o tema feminicídio e violência doméstica e familiar contra a mulher.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a percepção e o conhecimento de profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde (APS), do sexo feminino, sobre relações de gênero.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a. Analisar as distribuições das variáveis referentes às relações de gênero das vítimas de violência.
- b. Propor um índice de relações de gênero para representar empoderamentos de usuárias e profissionais.
- c. Avaliar o perfil das usuárias e das profissionais conforme as relações de gênero.

### 3 MARCO TEÓRICO

As mulheres estão frequentemente em grande perigo, onde deveriam estar mais seguras. A violência contra as mulheres é a violação mais difundida e menos reconhecida dos direitos humanos no mundo. É um problema de saúde profundo e o feminicídio é frequentemente o ponto extremo da violência (ZAGHLOUL; MEGAHED, 2019).

A Organização Mundial da Saúde define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (KRUG *et al.*, 2002). Segundo o que prevê a Lei Maria da Penha, considera-se violência contra mulher qualquer forma de agressão física, sexual, psicológica, patrimonial ou moral, praticadas em ambiente doméstico, familiar, ou em qualquer outro lugar, desde que baseada no gênero:

- a. a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal. Essa violência ocorre das mais variadas formas: tapas; socos; chutes; apertar o pescoço; agressões com armas ou outros objetos; queimaduras; amarras; tortura e feminicídio;
- b. a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- c. a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaças, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem,

- suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Esta violência se manifesta através do sexo forçado ou ainda sexo forçado com outras pessoas; sexo em troca de dinheiro ou bens; obrigar a ver pornografia; impedir o uso de método contraceptivo (camisinha, pílula, etc.); forçar uma gravidez; forçar um aborto;
- d. a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos. Esta violência compreende em quebrar celulares e objetos pessoais; rasgar fotos; quebrar móveis; rasgar roupas; estragar objetos de trabalho;
- e. a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria como, por exemplo: chamar a mulher de louca; vadia; prostituta; acusar de traição.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas sobre drogas e crime, em âmbito mundial, são estimados 87.000 assassinatos de mulheres a cada ano. Em 2017, El Salvador foi o país com pior situação do mundo em termos de assassinatos de mulheres, com 13,9 mortes em cada 100 mil, seguida da Jamaica, com 11 mulheres mortas em cada 100 mil (UNODC, 2019).

A Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) publicou, em 2014, o relatório “Violência contra as mulheres: um inquérito à escala da União Europeia”, onde cerca de 8% das mulheres em toda a União Europeia foram vítimas de violência física e/ou sexual, e uma em cada três sofreu alguma forma de agressão física e/ou sexual desde a idade de 15 anos (FERNANDES; CERQUEIRA, 2017).

No Canadá algumas formas de violência contra as mulheres diminuíram nos últimos anos. Os dados do arquivo de tendências de relatórios uniformes de crimes com base em incidentes mostram uma diminuição nas tentativas de assassinatos e agressões físicas relatadas pela polícia contra mulheres entre 2009 e 2011. No geral, os homens foram responsáveis por 83% da violência cometida contra mulheres, segundo relatório da polícia. Geralmente, o acusado era o parceiro íntimo da mulher (inclui cônjuge e namorado) (45%), seguido por conhecidos ou amigos

(27%), estranhos (16%) e familiares não cônjuges (12%) (SINHA, 2013a). Ainda argumenta que no país em 2011, havia aproximadamente 97.500 vítimas de violência de gênero, representando uma taxa de 341 vítimas por 100.000 habitantes. No geral, a violência contra parceiros no namoro foi mais prevalente que na violência conjugal, com uma taxa de pelo menos 1,6 vezes maior que a violência conjugal. O risco de homicídio conjugal, embora relativamente baixo, foi elevado após a separação de um casamento e entre aqueles em união estável (SINHA, 2013b).

De acordo com Lindner *et al.* (2015), a violência praticada por parceiro íntimo, no Canadá e nos Estados Unidos, mostrou que as mulheres têm maior probabilidade do que os homens de serem machucadas e sofrerem formas mais graves de violência durante as agressões.

Conforme Koppa (2018), aproximadamente uma em cada três mulheres nos EUA sofre violência física por um parceiro íntimo em sua vida de acordo com o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos em 2010, resultando em mais de 1.000 mortes a cada ano. Em um esforço para reduzir essas fatalidades, agências individuais de aplicação da lei em 34 estados implementaram o *Lethality Assessment Program (LAP)*, um protocolo usado para rastrear as vítimas de violência doméstica e identificar aqueles que correm maior risco de serem gravemente feridos ou mortos por seus familiares íntimos parceiros. As vítimas de alto risco são conectadas a um conselheiro de violência doméstica, com um plano de segurança e são ativamente incentivadas a procurar ajuda. Os resultados mostram que o programa reduziu a vitimização de homicídios femininos por homens em 35 a 45 por cento.

A violência de gênero é fator determinante da morbimortalidade das mulheres em ambientes urbanos, mas continuam entre os crimes mais subnotificados nos EUA (DECKER *et al.*, 2019). O feminicídio, homicídio de mulheres, é a principal causa de morte nos Estados Unidos entre jovens afro-americanas de 15 a 45 anos e a sétima causa de morte prematura entre as mulheres em geral. As mulheres americanas são mortas por parceiros íntimos (maridos, amantes, ex-maridos ou ex-amantes) com mais frequência do que por qualquer outro tipo de agressor (CAMPBELL *et al.*, 2003).

Uma pesquisa nos Estados Unidos sobre homicídio de mulheres nos últimos 30 anos demonstrou que a maioria dos homicídios 65-70% é precedida de violência

realizada pelo marido, ex-marido, namorado, tornando a violência por parceiro íntimo o fator de risco mais importante para o feminicídio. Segundo dados do *Bureau of Justice Statistics* as mulheres são assassinadas por parceiros íntimos aproximadamente nove vezes mais frequentemente do que por um estranho (CAMPBELL *et al.*, 2007). Além disso, o *Federal Bureau of Investigation* (FBI) relata que a taxa de homicídios de mulheres que foram mortas por parceiro íntimo aumentou de 32,9% em 2007 para 37,5% em 2010 (SHEEHAN *et al.*, 2015).

As taxas atuais de homicídio por parceiro íntimo de mulheres são aproximadamente quatro a cinco vezes a taxa de vítimas do sexo masculino, embora as taxas de ambos tenham diminuído nos últimos 25 anos (CAMPBELL *et al.*, 2007). Em média, 38,6% do número total de casos de feminicídio foram cometidos pelo parceiro íntimo. Os homicídios cometidos por um parceiro íntimo (não incluindo outros familiares) representam 12% de todos os homicídios, indicando uma taxa elevada de feminicídios no mundo inteiro (UNODC, 2019). De acordo com Petrosky *et al.* (2017), nos Estados Unidos da América mais da metade dos homicídios femininos cujas circunstâncias eram conhecidas estavam relacionados à violência por parceiro íntimo.

Os maiores valores de feminicídio íntimo foram registrados no Sudeste Asiático (58,8%), nas Américas (40,5%) e na África (40,1%) (MCKENZIE *et al.*, 2016).

A morte de mulheres pelos seus companheiros foi identificada como um dos problemas mais sérios da sociedade espanhola, sendo um dos países que mais registra este tipo de criminalidade dentro da União Europeia, com 100 mortes por ano. No Reino Unido, estima-se que morrem 120 mulheres por ano. Na França, a cada três dias, uma mulher é morta pelo seu parceiro íntimo. Na Itália entre, 2006 e 2009, ocorreram 439 mortes de mulheres em contexto de violência nas relações íntimas, sendo que entre 1992 e 1994, este crime representava cerca de 15,3% do homicídio geral e entre 2007 e 2008 aumentou para 23,8%. Em Portugal, em 1996, o homicídio conjugal representava 15,0% do homicídio geral, em 2006, essa porcentagem sobe para 16,4% e em 2009 representa cerca de 13,0% do total de homicídios, o que quer dizer que em cada seis homicídios um ocorrem no contexto das relações íntimas (ALMEIDA, 2013).

Segundo Margarites, Meneghel e Seccon (2017), mais da metade dos homicídios de mulheres corresponde a feminicídios, fenômeno que apresenta grande variação nas diferentes regiões do mundo. Há 25 países cujas taxas são muito altas; metade deles localizam-se no Caribe, na América Central e na América do Sul, regiões consideradas, por esse motivo, muito perigosas para as mulheres.

Existem inúmeras categorias de feminicídio: feminicídio íntimo; feminicídio não íntimo; assassinatos de honra; crimes de ódio por orientação sexual; assassinato de mulheres e meninas aborígenes; feminicídio relacionado ao dote; feminicídio do crime organizado; e assassinatos direcionados de mulheres em conflitos armados, entre outros. Em todo o mundo, como na América Latina, a taxa de feminicídio é alta. As mortes por dote são responsáveis pelos assassinatos de milhares de mulheres a cada ano, especialmente no sul da Ásia. Entre 2012 e 2015, estima-se que houve 24.771 mortes por dote na Índia. Na Jordânia, há de 15 a 20 assassinatos de honra todos os anos. No México, 2.318 mulheres foram assassinadas durante nove anos (GLOBAL AMERICANS, s.d.).

Estudo realizado em 10 países europeus evidenciou que os assassinatos entre parceiros correspondem a 14% de todos os homicídios, sendo 39% dos homicídios femininos e 6% dos homicídios masculinos (CORRADI; STÖCKL, 2014 *apud* RIOS; MAGALHÃES; TELLES, 2019).

Segundo Belfrage e Rying (2004), na Suécia, 20.000 casos de agressão contra mulheres são relatados à polícia todos os anos. No Egito, o homicídio era a maneira mais comum de morte feminina, usando instrumentos afiados após discussões domésticas, principalmente por um cônjuge ou parente (ZAGHLOUL; MEGAHED, 2019).

Em 2011 a Finlândia apresentou uma taxa de 0,7% homicídios para cada grupo de 100 mil mulheres, num grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, ocupando a 46<sup>a</sup> posição (WAISELFISZ, 2015). Em 2015 o país nórdico foi considerado o terceiro país mais avançado em termos de igualdade entre homens e mulheres, conforme relatório anual do Fórum Econômico Mundial. Segundo dados do *Statistics Finland*, houve 8.800 vítimas de crimes de violência doméstica relatados às autoridades em 2015, o que é 6,7% a mais do que no ano anterior. Das vítimas de violência doméstica e violência por parceiro íntimo, 67,9% eram mulheres (FINLAND, 2016).

Grande parte das vítimas de homicídio doméstico são mulheres, enquanto que a maioria dos autores são homens. Segundo Koppa e Messing (2019), durante quatro anos (2010-2014), 197 mulheres e 776 homens foram mortos. A proporção de mulheres mortas por um parceiro íntimo ou ex-íntimo foi de 39,6%, e a proporção de homens mortos por um parceiro íntimo ou ex-íntimo foi de 3,9%. A polícia entrou em contato com a vítima de feminicídio por parceiro íntimo por uma queixa de violência doméstica em 91% dos casos nos três anos anteriores ao feminicídio (44,9% resultaram em prisão), com uma média de 6,2 visitas por vítima contatada.

A violência de gênero continua a ser uma grande preocupação para a sociedade. Segundo Koppa (2018), o homicídio é a segunda principal causa de morte para mulheres afro-americanas entre 15 e 34 anos de idade e a quarta principal causa de morte para todas as mulheres entre essas idades nos EUA conforme o Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos em 2013.

Um estudo de base populacional com 586 vítimas de feminicídio da Carolina do Norte, com 15 anos ou mais, entre 1991 e 1993 mostrou que as taxas de vitimização foram mais altas para mulheres afro-americanas e jovens. Dado desta pesquisa revela que 54% dos feminicídios foram cometidos com armas de fogo e 67% ocorreram em uma residência e pelo menos 67% desses casos foram precedidos de violência doméstica (MORACCO; RUNYAN; BUTTS, 1998).

Os dados provenientes de uma grande variedade de países indicam que a violência de gênero é responsável por um significativo número de mortes por assassinato entre as mulheres. Estudos realizados na África do Sul, na Austrália, no Canadá, nos Estados Unidos e em Israel mostram que, das mulheres vítimas de assassinato, de 40 a 70% foram mortas por seus maridos ou namorados, normalmente no contexto de um relacionamento abusivo. Isso contrasta fortemente com a situação das vítimas masculinas. Nos Estados Unidos, por exemplo, apenas 4% dos homens assassinados entre 1976 e 1996 foram mortos por suas esposas, ex-esposas ou namoradas. Na Austrália, entre 1989 e 1996, esse número foi de 8,6% (KRUG *et al.*, 2002).

Apesar de maior conscientização social, desenvolvimento de novas políticas e mudanças na lei, o número de mulheres vítimas de feminicídio permanece relativamente constante na Espanha, com uma média de 65 mulheres mortas por

---

seu atual ou ex-parceiro todos os anos na última década (intervalo 52-73) (LOINAZ; MARZABAL; ANDRÉS-PUEYO, 2018).

Conforme UNODC (2019), a parcela de mulheres mortas por parceiros íntimos foi de 34% de todas as mulheres vítimas de homicídio em 2017 e o número total de pessoas que perderam a vida por esse tipo de homicídio foi de aproximadamente 30.000 mil mulheres em 2017. A casa continua sendo o local mais perigoso para as mulheres, que continuam a carregar o fardo mais pesado da vitimização letal como resultado da desigualdade e estereótipo de gênero. De 1990 a 2000, cerca de 45% de todas as mulheres mortas na Inglaterra, País de Gales e Escócia o foram por um parceiro ou ex-parceiro (DOBASH *et al.*, 2004).

### 3.1 Tipologia da violência

A violência, sob diferentes formas, existe em todas as sociedades em todos os lugares do mundo; seja em casa, no trabalho, na rua, nos transportes públicos, na escola, etc. A violência nas últimas duas décadas se tornou assunto de preocupação na área da saúde em função do seu potencial de ameaça à vida. Segundo Agudelo (1990), a violência representa um grande risco para a realização do processo vital humano, pois ela ameaça a vida, altera a saúde, produz doenças e provoca a morte, como realidade ou como possibilidade.

A complexidade da violência aparece na polissemia do seu conceito. Este vocábulo de origem latina vem da palavra "*vis*", que significa força. Segundo Minayo (2009), as características da violência são oriundas dos conflitos de autoridade, das lutas pelo poder, da vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

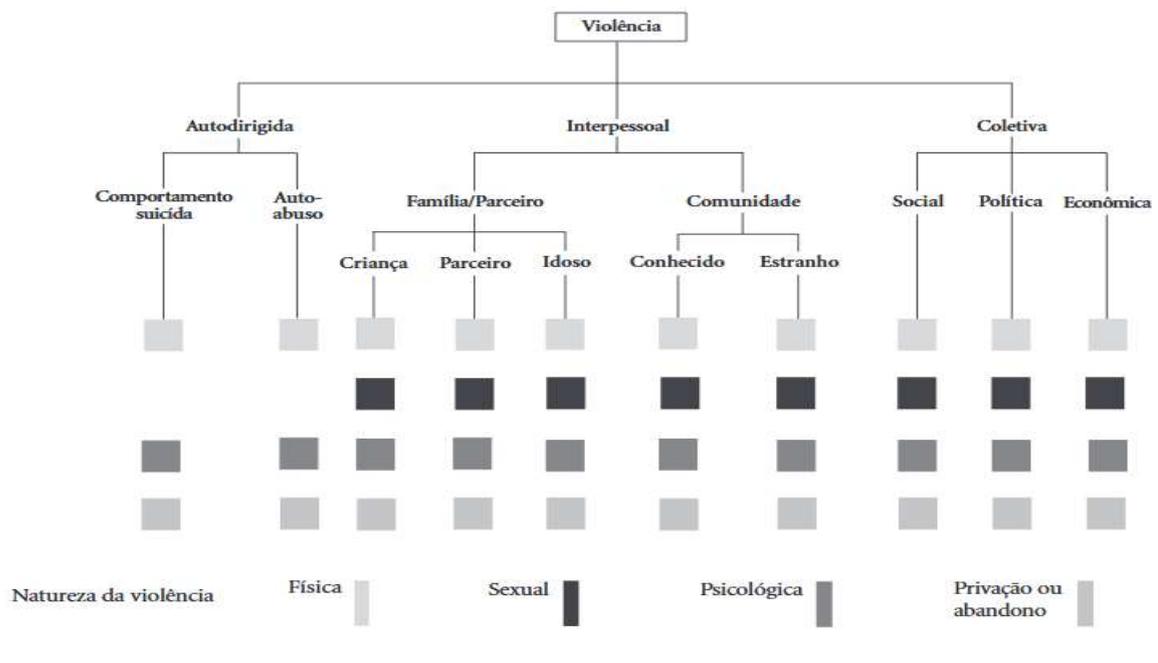
A violência não é um problema específico da área da saúde e sim um problema de todas as áreas da sociedade. Nesse sentido um dos objetivos da agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável é de eliminar todas as formas de violência contra mulheres nas esferas públicas e privadas (FONTES; FRIEDE, 2018).

As formas de violência contra as mulheres, em sua maioria, não são incidentes únicos, mas estão em andamento, configurando uma trajetória que se

inicia com ameaças e lesões corporais recorrentes, podendo dar indícios de um futuro feminicídio (PAZ, 2016).

A definição de violência, proposta pela OMS, segundo Krug *et al.* (2002), fornece uma estrutura útil para a compreensão da complexa tipologia da violência em todo o mundo, na vida cotidiana dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Segundo a tipologia da violência proposta pela OMS, o eixo horizontal mostra quem é afetado e o eixo vertical descreve como são afetados. Frequentemente, os diversos tipos se conectam entre si (Figura 1).

Figura 1- Tipologia da violência



Fonte: Dahlberg e Krug, 2006, p.1167.

A violência autodirigida inclui o comportamento suicida (pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídio) e a autoagressão (automutilação).

A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias:

- violência familiar e de parceiros íntimos: ocorre principalmente entre parceiros íntimos e entre membros da família, usualmente dentro de casa, incluindo os maus-tratos a menores, a violência entre parceiros íntimos e os maus-tratos a idosos. Nesta categoria estão incluídas a violência doméstica contra os

homens, bem como a violência entre casais homossexuais, a violência no namoro e a violência sobre idosos;

- b. violência comunitária: ocorre entre pessoas que não têm parentesco, podendo conhecer-se ou não, acontece normalmente fora de casa. Inclui a violência entre os jovens, o estupro ou a agressão sexual, por desconhecidos, e a violência em estabelecimentos como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos.

Relativamente à violência coletiva, as subcategorias associadas (social, política e econômica) sugerem as possíveis motivações para a violência cometida por grandes grupos de indivíduos ou por países.

A classificação da violência procura captar o cenário subjacente à ação, a relação entre agressor e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência. De acordo com a OMS os quatro tipos de atos violentos (física, sexual, psicológica e privação ou abandono), ocorrem em cada uma das categorias e suas subcategorias, com exceção da violência autoinfligida (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência contra a mulher foi definida como qualquer ato de violência de gênero cometida pelo parceiro íntimo que resulta, ou possa resultar, em dano físico, sexual, psicológico ou patrimonial, fato social de elevada frequência, ocorre em um *continuum* que tem como consequência mais grave a morte da mulher, acontecimentos que têm sido chamados de femicídio ou feminicídio (KRUG *et al.*, 2002; MENEGHEL *et al.*, 2017). Para Gomes e Batista (2015), nem todo femicídio (morte de uma mulher) é um feminicídio (morte de uma mulher por razões de gênero).

### **3.2 Causas e fatores de risco para a violência**

As raízes da violência contra as mulheres estão na desigualdade histórica das relações de poder entre homens e mulheres e na discriminação generalizada contra as mulheres nos setores público e privado. As disparidades do poder patriarcal, as normas culturais discriminatórias e as desigualdades econômicas têm sido usadas para negar os direitos humanos das mulheres e perpetuar a violência. A

violência de gênero é um dos principais meios pelos quais os homens mantêm o seu controle sobre a capacidade de agir e a sexualidade das mulheres (ONU, 2006).

Nenhuma mulher ou menina está completamente livre do risco ou alcance desta pandemia mundial, que deixa marcas terríveis em todos os continentes, países e culturas (ONU MUJERES, 2011).

O feminicídio estabelece relações entre o nível micro (relações pessoais) e o nível macro (gênero e outros determinantes sociais). Quanto mais autoritária é uma sociedade, mais perigosa é para as mulheres; quanto maior a desigualdade, o risco de femicídio e outras violências aumenta. Da mesma forma, o risco não é o mesmo para todos, existem grupos que são desproporcionalmente expostos à violência, porque estão em situações íntimas ou em relações sociais mais perigosas, ou em ambos (MENEGHEL *et al.*, 2019).

Segundo Garcia e Silva (2018), é importante compreender os fatores de risco e de proteção associados à violência por parceiro íntimo para que possa subsidiar intervenções que possam prevenir semelhantes eventos. Nesse sentido, diversos modelos teóricos foram propostos. A OMS elegeu o modelo ecológico, que categoriza os fatores de risco em quatro níveis: individual, relacional, comunitário e social.

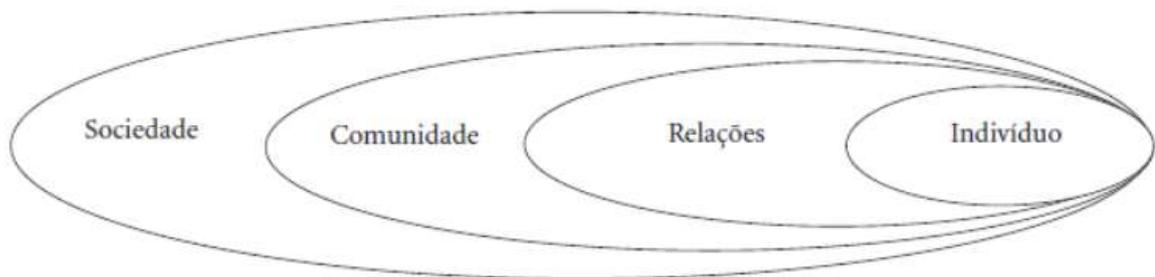
O modelo ecológico ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência. Introduzido inicialmente no fim da década de 1970, este modelo foi inicialmente aplicado aos casos de abuso infantil e subsequentemente à violência juvenil. Mais recentemente, os pesquisadores o têm usado para compreender a violência do parceiro íntimo e abuso de idosos. O modelo explora a relação entre os fatores individuais e contextuais e considera a violência como produto dos múltiplos níveis de influência sobre o comportamento (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A violência de gênero pode manifestar-se através de violência física, violência psicológica, violência sexual, violência econômica e violência no trabalho (NOBREGA *et al.*, 2016). A violência sofrida pela mulher por parte de seu companheiro íntimo pode ser analisada através do modelo ecológico, que explica a estreita relação entre o indivíduo e seu entorno (CASIQUE; FUREGATO, 2006).

O modelo ecológico tem sido uma base teórica, para se compreender a violência contra a mulher. Este modelo, classificado em quatro níveis distintos:

individual, familiar, comunitário e sociocultural, permite analisar os fatores que influem no comportamento das pessoas e os fatores que aumentam as probabilidades das pessoas converterem-se em vítimas ou perpetradores de atos violentos (CASIQUE; FUREGATO, 2006) (Figura 2).

Figura 2 - Modelo ecológico para compreender a violência



Fonte: Dahlbert e Krug, 2006, p.1172

O primeiro nível do modelo ecológico procura identificar tanto os fatores biológicos como os da história pessoal que um indivíduo traz para o seu comportamento. Além dos fatores biológicos e demográficos, são levados em consideração fatores como a impulsividade, o baixo nível educacional, abuso de substância química e história passada de agressão e abuso. Portanto, este nível do modelo ecológico focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade de ele ser vítima ou agressor (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O segundo nível do modelo ecológico explora como as relações sociais próximas – por exemplo, relações com companheiros, parceiros íntimos e membros da família – aumentam o risco de vitimização ou agressão violenta. Em casos de agressão de parceiros, por exemplo, a interação quase cotidiana em domicílio comum com um agressor pode aumentar a oportunidade de ataques violentos. Como os indivíduos estão ligados numa relação contínua, é provável, nestes casos, que a vítima seja atacada repetidamente pelo agressor. Os companheiros, os parceiros íntimos e os membros da família têm o potencial de moldar o comportamento do indivíduo e o âmbito de sua experiência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O terceiro nível do modelo ecológico examina os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais, tais como escolas, locais de trabalho e bairros, e procura identificar as características dos cenários associados ao fato de serem vítimas ou agressores. Um alto nível de mobilidade residencial (em que as pessoas não permanecem por muito tempo numa mesma residência, mas se mudam com frequência), heterogeneidade (população altamente diversificada, com pouco do adesivo social que mantém as comunidades unidas) e alta densidade populacional são exemplos daquelas características, e cada uma delas tem sido associada à violência. Do mesmo modo, comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado (locais onde as pessoas não conhecem seus vizinhos ou não se envolvem com a comunidade) têm mais probabilidade de viver experiências violentas. A pesquisa da violência demonstra que as oportunidades para que ela ocorra são maiores em alguns contextos do que em outros – por exemplo, em áreas de pobreza ou deterioração física, ou onde há escasso apoio institucional (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O quarto e último nível do modelo ecológico examina os fatores mais significativos da sociedade que influenciam as taxas de violência. Aqui, estão aqueles fatores que criam um clima aceitável para a violência, aqueles que diminuem as inibições contra ela e aqueles que criam e sustentam divisões entre diferentes segmentos da sociedade ou tensões entre grupos ou países diferentes. Estão entre os fatores significativos da sociedade: 1) normas culturais que sustentam a violência como forma aceitável para resolver conflitos; 2) atitudes que consideram o suicídio como uma questão de escolha individual em vez de um ato de violência evitável; 3) normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar da criança; 4) normas que fixam o domínio masculino sobre as mulheres e crianças; 5) normas que apoiam o uso excessivo da força pela polícia contra os cidadãos; 6) normas que apoiam o conflito político. Estão também incluídos entre os fatores relevantes da sociedade as políticas de saúde, educacionais, econômicas e sociais que mantêm altos níveis de desigualdade econômica ou social entre grupos (DAHLBERG; KRUG, 2006).

A proposta ecológica enfatiza as múltiplas causas da violência e a interação dos fatores de risco que operam no interior da família e dos contextos mais amplos da comunidade, como o contexto social, cultural e econômico. Colocado em um

---

contexto de desenvolvimento, o modelo ecológico mostra como a violência pode ser causada por diferentes fatores biológicos ou individuais em diversas etapas da vida (DAHLBERG; KRUG, 2006).

De acordo com a OMS entre os fatores associados ao aumento do risco de perpetração da violência estão a baixa escolaridade, o maltrato infantil ou exposição à violência na família, o uso nocivo do álcool, as atitudes violentas e desigualdade de gênero. Entre os fatores associados ao aumento do risco de ser vítima de parceiros e de violência sexual estão a baixa escolaridade, a exposição à violência entre os pais, o abuso durante a infância, atitudes que permitem a violência e desigualdade de gênero (WHO, 2014).

Com base em extensa pesquisa, o *Domestic Violence Death Review Committee* (DVDR) criou uma lista de 39 fatores de risco que indicam o potencial de letalidade dentro do relacionamento. O reconhecimento de múltiplos fatores de riscos dentro de um relacionamento permite potencialmente melhorar a avaliação de riscos, planejamento de segurança e possível prevenção de mortes futuras relacionadas à violência doméstica por meio de intervenções do sistema de justiça criminal e parceiros de saúde, incluindo a identificação e gerenciamento de casos de alto risco. Os fatores mais comuns são: história de violência doméstica; separação real ou pendente; comportamento obsessivo; agressor deprimido; ameaças ou tentativas anteriores de cometer suicídio; escalada de violência; ameaças anteriores para matar a vítima; tentativas anteriores de isolar a vítima; vítimas que tinham um senso intuitivo de medo e um agressor que estava desempregado (LUCAS, 2015).

Segundo a Rede Australiana de Revisão da Morte por Violência Doméstica e Familiar, as mulheres estão em maior perigo no momento da separação, 47,7% dos homens que mataram a ex-parceira, matou dentro de três meses após o término do relacionamento e 48,8% de todos os homens que mataram a companheira estavam usando álcool no momento do homicídio (APO, 2018).

O uso de álcool por parceiros é um fator de risco prevalente e está associado a chances aumentadas de todas as formas de violência de gênero (física, psicológica e sexual) para mulheres em idade reprodutiva (GREENE; KANE; TOL, 2017; GÓMEZ-DANTÉS; VÁZQUES-MARTÍNEZ; FERNÁNDEZ-CANTÓN, 2006; LIRA *et al.*, 2019).

Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o uso de álcool pelo agressor foi associado a um aumento de oito vezes na ocorrência de abuso à mulher e um aumento de duas vezes no risco de feminicídio ou tentativa de feminicídio, após ajuste para variáveis demográficas (GARCIA *et al.*, 2015). Segundo Vieira, Perdona e Santos (2011), a chance de sofrer violência foi maior para mulheres com parceiro usuário de álcool com grande frequência e que usava ou já havia usado drogas. O risco de violência de gênero aumentou em 59% com o uso frequente de álcool e em quase seis vezes com o uso de drogas pelo parceiro.

Estudos revelam que quando a violência de gênero ocorre, a grande maioria dos agressores estão sob o efeito do álcool. Os homens que bebem álcool são três vezes mais propensos a serem violentos com suas parceiras do que aqueles que não bebem álcool (SHEEHAN *et al.*, 2015). Segundo Devries *et al.* (2014), há uma clara associação positiva entre uso de álcool e vitimização por violência física ou sexual por parceiro íntimo entre mulheres. Embora o uso de álcool não seja reconhecido como um preditor tão forte quanto outros fatores, observa-se que 48% dos homens relataram que haviam consumido álcool no momento do homicídio (ALDRIDGE; BROWNE, 2003 *apud* SHEEHAN *et al.*, 2015).

O isolamento social em razão da pandemia do COVID-19 tem intensificado o ciclo da violência. A permanência em tempo integral ao lado do agressor reduz as possibilidades da mulher realizar uma denúncia e aumenta os riscos de feminicídio (FÓRUM..., 2020). Neste período da pandemia, os agressores podem se utilizar das restrições recomendadas para controle da pandemia como meio para exercer poder e controle sobre as parceiras, reduzindo ainda mais seu acesso aos serviços e ao apoio psicossocial. Dessa forma, as mulheres podem enfrentar obstáculos ainda maiores para se defenderem ou acionarem medidas de proteção. Durante o isolamento social é possível que haja aumento no consumo de álcool e outras drogas no ambiente familiar, podendo elevar à probabilidade de ocorrer a violência (BRASIL, 2020).

Embora alguns fatores de risco talvez sejam específicos de certos tipos de violência, os vários tipos de violência, em geral, têm fatores de risco comuns. Normas culturais predominantes; pobreza, isolamento social e fatores como abuso de álcool, de drogas e acesso a armas de fogo são fatores de risco de mais de um tipo de violência. Como resultado, não é raro que alguns indivíduos incluídos em

---

situação de risco experimentem mais de um tipo de violência. Mulheres em risco de violência física da parte de parceiros íntimos, por exemplo, também se encontram em risco de violência sexual (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O acesso legal a armas de fogo na comunidade por meio de revendedores licenciados está significadamente associado a homicídios cometidos por parceiros íntimos. Um estudo realizado por Stansfield e Semenza (2019) em dezesseis Estados norte-americanos, revelou que as lojas de armas de fogo licenciadas pelo governo federal representam fator de risco significativo para a violência de gênero e que as políticas para reduzir as opções legais de compra de armas de fogo, principalmente para aqueles com histórico de violência doméstica, podem ajudar a reduzir o homicídio de parceiros íntimos. Segundo Campbell *et al.* (2003), o acesso do agressor a uma arma de fogo aumentou em 5,38% o risco de acontecer um feminicídio. O risco de as vítimas serem mortas por seu parceiro íntimo era menor quando viviam separadas do agressor e tinham acesso exclusivo a uma arma de fogo. O acesso e a disponibilidade de armas de fogo nos Estados Unidos aumentam bastante o risco de homicídio em geral e o risco de feminicídio (CAMPBELL *et al.*, 2007). Um estudo de todos os homicídios ocorridos em casas de vítimas femininas ocorridos em três municípios metropolitanos: Shelby County, Tennessee; Condado de King, Washington; e Condado de Cuyahoga, Ohio revelou que a arma de fogo estava envolvida em 46% dos homicídios e que ter uma arma em casa aumenta o risco de homicídio de mulheres, ao invés de protegê-la (BAILEY *et al.*, 1997).

O maior fator de risco para homicídio por parceiro íntimo, independentemente de uma mulher ou homem ser morto, é a violência por parceiro íntimo, precedendo 65-80% dos casos (MESSING; CAMPBELL, 2016).

Segundo Sheehan *et al.* (2015), a separação, ou mesmo a ameaça de separação, é outro fator de risco para o feminicídio, ou seja, qualquer ameaça de deixar o agressor é perigosa porque o agressor perde um senso de controle sobre a vítima. De fato, um estudo mostrou que as mulheres que foram separadas após viverem com o agressor tinham três vezes chances mais de serem vítimas de homicídio do que aquelas que não haviam sido separadas. Descobriram também que a probabilidade de feminicídio aumentava ainda mais se a vítima relacionasse com outra pessoa. As mulheres que separaram de seu parceiro íntimo foram mortas

---

dentro de um ano após a separação, indicando que a separação é um fator de risco previsto para os próximos doze meses.

Com base na literatura sobre o tema, a violência física por parte do agressor antecede o assassinato da mulher, portanto as agressões físicas representam fator de risco para as mulheres (CAMPBELL *et al.*, 2003; MORACCO; RUNYAN; BUTTS, 1998).

Conforme Sheehan *et al.* (2015), o *stalking* é outro fator de risco amplamente conhecido do feminicídio, sendo que 23,0% das vítimas de feminicídio sofreram perseguição antes de serem mortas.

O fator de risco sociodemográfico mais forte para o feminicídio por parceiro íntimo é a falta de emprego do agressor. As instâncias em que o agressor possuía ensino superior (versus ensino médio) eram protetoras contra o feminicídio, assim como os casos em que o agressor possuía diploma universitário e estava desempregado, mas procurando por trabalho. Embora o acesso do agressor a uma arma de fogo tenha aumentado o risco de feminicídio, o risco de as vítimas serem mortas por seu parceiro íntimo era menor quando viviam separadas do agressor (CAMPBELL *et al.*, 2003).

Segundo Campbell *et al.* (2003), durante um relacionamento o fato de nunca ter morado com o parceiro abusivo reduz significativamente o risco de feminicídio das mulheres, enquanto a separação de um parceiro abusivo após a convivência está associada a um maior risco de feminicídio, como também sair do relacionamento ou solicitar que o parceiro saia. Ter um filho em casa que não seja o filho biológico do parceiro abusivo mais que dobrou o risco de feminicídio. O risco de feminicídio por parceiro íntimo aumentou nove vezes com a combinação de um agressor ser altamente controlador e a separação do casal depois de viverem juntos. O risco de feminicídio aumentou em menor grau quando o agressor era altamente controlador, mas o casal não se separou.

Segundo Campbell *et al.* (2007), a imigração de mulheres pode aumentar o risco de feminicídio. Uma pesquisa na cidade de Nova York revelou que mulheres que viviam em uma residência particular, com filhos menores de 18 anos, e eram estrangeiras tinham fatores de risco mais fortes para serem vítimas do feminicídio.

De acordo com casos analisados pelo Comitê de Revisão da Morte por Violência Doméstica entre 2003 e 2016, o segundo maior fator de risco de letalidade no relacionamento é o comportamento obsessivo do autor (47,0%) (LUCAS, 2015). O objetivo do agressor é manter o poder ou controle sobre a vítima feminina.

### **3.3 Violência e desigualdade nas relações de gênero**

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) o gênero refere-se aos atributos e oportunidades sociais associados ao homem e à mulher e às relações entre mulheres e homens e meninas e meninos, bem como às relações entre mulheres e entre homens. Esses atributos, oportunidades e relacionamentos são socialmente construídos e são aprendidos através de processos de socialização. Eles são específicos do contexto/tempo e podem ser alterados. O gênero determina o que é esperado, permitido e valorizado em uma mulher ou homem em um determinado contexto. Na maioria das sociedades, existem diferenças e desigualdades entre mulheres e homens nas responsabilidades atribuídas, atividades realizadas, acesso e controle sobre recursos, bem como oportunidades de tomada de decisão (ONU WOMEN, 2016).

A palavra gênero a partir de 1970 foi adquirindo um novo sentido para distinguir o caráter social das diferenças estabelecidas sobre o sexo (BUTLER, 2008 *apud* BITTENCOURTH; SILVA; ABREU, 2018). A construção dos gêneros se dá através da dinâmica das relações sociais. Os seres humanos só se constroem como tal em relação com os outros, portanto a construção de gêneros é tanto produto quanto o processo de sua representação (CARLOTO, 2001). Neste pensamento, ser masculino e/ou ser feminino não é uma condição meramente natural, tão pouco aleatório, mas uma construção sociocultural (BEAUVOIR, 2009 *apud* OLIVEIRA; COSTA; SOUZA, 2015; BOURDIEU, 2010; BUTLER, 2008) que impõe a superioridade de um (masculino) sobre o outro (feminino). A noção de sexo mostra-se assim muito complexa, escondendo atrás de si a noção de gênero.

Bento (2006) afirma que, logo na infância, o gênero começa a ser interiorizado com imposições dos conjuntos gestuais e papéis sociais, como o falar, andar, comer, vestir, e, as brincadeiras proibidas ou permitidas às meninas e aos meninos. Nesse sentido, segundo Beauvoir (2009), “ninguém nasce mulher; torna-se

mulher”, na qual evidencia a distinção explícita entre sexo e gênero. Nessa conjuntura, o sexo é algo determinado biologicamente, diz respeito a um atributo anatômico, enquanto o gênero refere-se ao masculino e feminino como construção social.

A desigualdade de gênero é um acontecimento social que influencia as relações afetivas e intersociais por meio da imposição de poder e submissão caracterizada desde sua gênese, pelo desenvolvimento de traços da violência física e psicológica decorrente dessa sujeição (BITTENCOURTH; SILVA; ABREU, 2018).

Segundo Saffioti (2009) *apud* Bittencourth, Silva e Abreu (2018), da mesma forma como não há ricos sem pobres, não há superioridade sem inferioridade. Logo, a construção social da supremacia masculina exige a construção social da subordinação feminina. Mulher dócil é a contrapartida de homem macho. Mulher frágil é a contraparte de macho forte. Mulher emotiva é a outra metade de homem racional. Mulher inferior é a outra face da moeda do macho superior.

A violência contra a mulher é um fenômeno histórico, complexo e de difícil conceituação que permeia as relações desiguais entre homens e mulheres, atinge todas as idades e classes sociais, no universo inteiro, sem distinção de países ricos e pobres, em guerra, ou em paz (BARUFALDI *et al.*, 2017). A prevalência de violência de gênero é geralmente mais alta nos países de baixa e média renda, em relação aos países de alta renda, com algumas das estimativas de prevalência mais altas identificadas na África Subsaariana (GREENE; KANE; TOL, 2017). A abordagem da violência contra a mulher tem sua origem no início dos anos 80, através do movimento social feminista. Segundo Schraiber e D’Oliveira (1999), a violência de gênero diz respeito a sofrimentos e agressões que são impostos às mulheres pelo fato de serem mulheres.

De acordo com Biswas *et al.* (2017), Bangladesh é uma sociedade conservadora com liberdade limitada para as mulheres, na qual as mulheres em famílias ricas e com alto nível de educação tem 40% e 50% menos probabilidade de aceitar violência física doméstica em comparação com as mulheres mais pobres e analfabetas.

Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, em cada quatro mulheres brasileiras com mais de 16 anos, uma sofreu agressões em 2018. Entre as mulheres que foram vítimas, 52% não denunciaram os casos (PEREIRA, 2019).

Dados ainda revelam que, no Brasil, a cada 17 minutos uma mulher é agredida fisicamente; a cada 30 minutos alguém sofre violência psicológica ou moral; de três horas em três horas, uma vítima relata um caso de cárcere privado; no mesmo dia, oito casos de violência sexual são descobertos no país; e toda semana 33 mulheres são assassinadas por parceiros antigos ou atuais (MORAIS, 2018).

Relatório produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde, em colaboração com os Centros para Controle de Doenças dos EUA (CDC), destaca que a violência sexual contra as mulheres por parceiro íntimo é generalizada em toda a América Latina e nos países do Caribe. Entre 17% e 53% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física ou sexual por um parceiro íntimo. Em sete dos países, mais de uma em cada quatro mulheres relataram violência (El Salvador - 26.3%, Guatemala - 27.3%, Nicarágua - 29.3%, Equador - 32.4%, Peru - 39.5%, Colômbia - 39.7%, Bolívia - 53.3%) (MELLO, 2018).

No entanto, o Brasil ocupa o sétimo lugar no *ranking* dos países com mais crimes praticados contra as mulheres. Segundo Barros e Silva (2019), o Brasil tinha uma taxa de quatro mulheres mortas para cada grupo de 100 mil mulheres, ou seja, 74% superior à média mundial, de 2,3 mortes para cada 100 mil mulheres, evidenciando que os índices de feminicídio no Brasil estão acima da maior parte dos países do mundo.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2019, o Estado de Minas Gerais apresenta em números absolutos a maior quantidade de feminicídios do Brasil em 2017 e 2018. De janeiro a maio de 2020, foram registrados 88 casos de feminicídios tentados e 47 consumados, período que pode ser comparado ao início da epidemia do coronavírus, ou seja, a cada três dias, uma mulher é morta pelo fato de ser mulher em Minas Gerais. Entretanto, quando comparamos a taxa de feminicídios em grupo de 100 mil habitantes, o Estado do Acre apresenta o maior número de feminicídios (BUENO *et al.*, 2019).

A região Sudeste destina o maior número absoluto de feminicídios em 2018, com 394, seguida da região Nordeste com 346. Minas Gerais apresenta o maior número de casos de feminicídios no Brasil (157), e se analisarmos por grupo de 100 mil mulheres, a taxa de feminicídio em Minas Gerais (1,3) é maior que a média nacional (1,2).

Os assassinatos de mulheres estão presentes nas diferentes capitais brasileiras, contudo percebe-se que as diferenças regionais são fatores decisivos na representação dos números de mortes femininas, muitas vezes relacionados com a aceitação cultural local da violência contra a mulher e sua ocorrência (GARCIA *et al.*, 2013).

Apesar de ocorrerem em determinadas circunstâncias, por serem categorizadas como feminicídios, todas as mortes são explicadas pelo fato de as vítimas serem mulheres, todos os tipos de feminicídio obedecem a um conjunto específico de motivações (PASINATO, 2011).

O Estado de Roraima apresentou taxa de 10 homicídios femininos para cada grupo de 100 mil mulheres o mais alto do país, seguido do Estado do Ceará, com taxa de 9,6, e do Estado do Acre, com 8,1 mortes para cada grupo de 100 mil mulheres. Em relação ao feminicídio, o Estado do Acre apresentou a maior taxa de feminicídio do país em 2018, com 3,2 assassinatos para cada 100 mil mulheres. Em todos os casos de homicídios dolosos de mulheres, a taxa representou mais que o dobro da média nacional e mais que o triplo da média mundial.

A morte de lésbicas decorrentes da lesbofobia é um fenômeno tão antigo quanto o próprio patriarcado, a divisão da sociedade em gêneros, a opressão contra as mulheres, contra as dissidentes, etc. O lesbocídio caracteriza um ato final do longo processo de opressões que recaem sobre as lésbicas na sociedade contemporânea (PERES; SOARES; DIAS, 2018).

Conforme Lammerhirt (2018) *apud* Mencato (2020), a lesbofobia se diferencia do feminicídio, praticado majoritariamente no ambiente familiar, e para Carvalhaes e Paez (2014), Costa (2020) e Pereira *et al.* (2013), ao ser praticado fora da esfera familiar em 83% dos casos é realizado por homens com algum tipo de aversão às lésbicas. Todo o lesbocídio é um feminicídio, mas nem todo o feminicídio é um lesbocídio.

As mortes das lésbicas não são em vão, estas manifestações de ódio não são explosões isoladas. Ao contrário, significam exemplos materiais para outras mulheres do que não fazer, perfeitos instrumentos do patriarcado para ensinar, pela coerção e pelo medo. Entre 2014 e 2017, o número de registros de assassinatos de mulheres lésbicas aumentou em 150%. Apenas nos primeiros dois meses de 2018,

foram registrados 26 casos de assassinatos de mulheres lésbicas, no ano de 2017, foram registradas 54 mortes de lésbicas no Brasil, o que revela um aumento de mais de 237% sobre o total de casos de 2014 23 mortes, além de 80% em relação ao mesmo período de 2016, 68 mortes (PERES; SOARES; DIAS, 2018).

Os assassinatos de mulheres e meninas por gênero, medidos pela taxa de mulheres vítimas de homicídio por parceiros íntimos ou outros membros da família, permaneceram estáveis nos últimos cinco anos, o que sugere que as mulheres continuam a suportar o fardo mais pesado de vitimização como resultado de estereótipos de gênero e desigualdade (UNODC, 2019).

### **3.4 O ciclo de violência baseado nas relações de gênero e suas formas de agressão**

O ciclo da violência descrito por Walker (2016) ajuda a entender como a violência de gênero ocorre nos relacionamentos de intimidade. A psicóloga Leonore Walker explica que as mulheres não são agredidas o tempo todo nem da mesma maneira, entretanto há fases de violência que têm uma duração variada e manifestações diferentes.

A violência de gênero se desenvolve em diferentes espaços: lar, seio familiar e relação íntima afetiva. Atualmente, ainda prevalece uma triste realidade de violências, discriminações e menosprezo à figura da mulher.

Segundo Walker (2016), a violência apresenta um padrão cíclico denominado de ciclo da violência que se divide em três fases distintas:

- a. fase da tensão;
- b. fase da explosão;
- c. fase da lua de mel.

De acordo com Rios *et al.* (2019), normalmente, antecedendo o feminicídio, costumam ocorrer várias ameaças, chantagens, agressões e denúncias policiais.

O ciclo da violência inicia-se na fase da tensão de forma lenta e silenciosa, que progride em intensidade e consequências. O autor da violência, em suas primeiras manifestações, não lança mão de agressões físicas, mas parte para o

cerceamento da liberdade individual da vítima, avançando para humilhações, ameaças, discussões, intimidações, constrangimento e até destruição de objetos. Dessa maneira, antes de ferir fisicamente sua companheira, a importuna com o intuito de diminuir a autoestima de tal forma que ela tolere as agressões (LUCENA *et al.*, 2016; MILLER, 2002 *apud* SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Segundo Machado e Dezanonoski (2014), a violência psicológica ocorre sempre *a priori* e em sua maioria é praticada, cotidianamente, por parceiros e ex-parceiros das vítimas.

No tocante à fase da tensão, Monteiro e Souza (2007) comentam que no primeiro momento o agressor fica tenso e irritado por coisas insignificantes, chegando a ter acessos de raiva, enquanto a mulher, ao tentar acalmá-lo, passa por sentimentos de tristeza, angústia, ansiedade, medo e desilusão. A vítima tende a negar que isso está acontecendo, esconde das outras pessoas e, muitas vezes, acha que fez algo de errado para justificar as atitudes do agressor.

No entanto, quando começam os desentendimentos e os conflitos no convívio do casal, a violência tende a descrever uma escalada, começando com agressões verbais, passando para as físicas e/ou sexuais, podendo atingir a ameaça de morte e até mesmo o homicídio. Qualquer motivo é suficiente para gerar uma discussão: o trabalho, as crianças, as tarefas domésticas, a forma de vestir, etc. (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

Muitas mulheres têm dificuldade de reconhecer sua situação de submissão e nem todas conseguem romper com o ciclo da violência, pois são ameaçadas, cotidianamente, pelo parceiro, e correm o risco de serem vitimadas, sob ameaça de morte ou agressão física (ACOSTA *et al.*, 2015).

As narrativas sustentadas nas falas de mulheres evidenciam que o rompimento com o ciclo de violência não ocorre de imediato.

Eu sofro constantemente. O meu marido me agride com palavrões. Ele humilha. Ele xinga. Dizia que eu era feia, obesa, idiota, imprestável. Me chamava de merda. Ele diz que eu só sirvo pra limpar chão. Que eu sou feia, horrorosa. Que arranja mulher mais bonita do que eu. Eu me sinto um nada, um lixo, com baixa autoestima (FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012, p.310).

---

De acordo com Moraes e Rodrigues (2016), a mulher é vítima constante de diferentes formas de violência, principalmente as que dizem respeito a seus maridos e companheiros. As agressões têm muitas vezes como consequência o feminicídio

Os sentimentos ligados à representação da violência são negativos e depreciativos. Com a harmonia destruída, o casal passa a não ter mais qualidade na relação, que começa a ser desgastante e perigosa. Uma vez iniciada, tornam-se constante as brigas e discussões.

Conforme Silva, Coelho e Caponi (2007), a mulher vítima da agressão tende a aceitar, justificar as atitudes do agressor e protelar a exposição de suas angústias até a situação se tornar insustentável.

De acordo com Pereira, Camargo e Aoyama (2018), mais da metade das mulheres que já sofreram algum tipo de violência não denunciaram seus agressores, algumas inclusive permanecem no relacionamento abusivo.

Na segunda fase, da explosão ou da violência aguda, as agressões se intensificam e se tornam mais frequentes e mais violentas sob qualquer tipo de violência, seja ela de natureza verbal, física, psicológica, moral ou patrimonial, mantendo-se o agressor numa permanente postura de hostilidade e domínio sobre a pessoa da vítima (PEINADO *et al.*, 2010).

É na fase de explosão que algumas mulheres tomam decisões de chamar a polícia, realizar a denúncia, sair de casa e/ou pedir a separação. De modo geral, nesta fase o agressor é quem exerce totalmente o poder na relação, sendo a única pessoa que pode colocar um ponto final na situação de violência (MADUREIRA *et al.*, 2014).

Na visão de Walker (2016); Moura, Netto e Souza (2012), as vítimas não denunciam abertamente o seu agressor por medo de represálias ou de piorar a situação que estão vivendo, especialmente no caso de serem financeiramente dependentes dos mesmos.

Mesmo consciente do poder destrutivo do agressor, o sentimento da mulher é de paralisia e impossibilidade de reação. De acordo com Soares (2004), muitas mulheres que sofrem violência dentro de casa ficam amedrontadas e envergonhadas por não conseguirem serem ouvidas e respeitadas pelo agressor e,

---

ao mesmo tempo, elas se sentem responsáveis pelo *status* da manutenção da família, dificultando o processo de ruptura com a violência.

Segundo Barroso Filho (2008), a violência inicial desorienta a mulher e ela tende a apresentar sintomas de depressão e ansiedade. Isolada neste processo, a mulher culpa-se pela situação, entra em um processo de resistência passiva e se habitua a conviver com aquele tipo de situação. Este processo de identificação com o agressor gera na mulher sensações de impotência, medo, ódio, solidão, vergonha, confusão, decepção, sofrimento e dor. É a chamada “Síndrome da Mulher Espancada”, “*battering syndrome*”, na qual a violência é acompanhada do aumento de sintomas clínicos em geral e problemas emocionais com sofrimento duradouro.

Muitas mulheres simbolizam a imagem do casamento perfeito e feliz em seus sonhos, com a esperança constantemente renovada de que o agressor vai mudar e que as coisas vão melhorar e que tudo um dia vai passar como num passe de mágica. A maioria dos crimes ocorre quando a mulher quer deixar o relacionamento e o homem não aceita a sua não subserviência. Neste contexto, segundo Pinto, Moraes e Monteiro (2015), o feminicídio íntimo é um contínuo de violência. Antes de ser morta, a mulher na maior parte das vezes, já passou por todas as etapas do ciclo de violência.

A fase da lua de mel é onde ocorre a reconciliação: o homem que agride a mulher, se arrepende, pede desculpa, jura que nunca mais vai cometer ato semelhante; ela acredita, e na maioria das vezes, opta por dar mais uma chance. É comum a mulher se sentir confusa e pressionada a não romper o relacionamento, principalmente quando tem filhos. Há um período relativamente calmo, em que a mulher se sente feliz por constatar os esforços e as mudanças de atitude, lembrando também os momentos bons que tiveram juntos. Como há a demonstração de remorso, ela se sente responsável por ele, o que estreita a relação de dependência entre vítima e agressor (GUIMARÃES, 2009).

Embora denominada de lua de mel esta fase não denota o fim da violência como normalmente supõe ou deseja a vítima, mais intensifica o ciclo que comumente se torna rotineiro, com intervalo entre as fases ficando mais curtas e a violência mais intensa. Instala-se assim o chamado ciclo espiral ascendente de violência (MOZELLA, 2018).

Na visão de Walker (2016), com o tempo os intervalos entre uma fase e outra ficam menores, e as agressões passam a acontecer sem obedecer à ordem das fases. Em alguns casos, o ciclo da violência termina com o feminicídio, que é o assassinato da vítima. Outros desfechos trágicos são possíveis, como a mulher em situação de violência cometer suicídio, ou mesmo assassinar seu agressor.

Quando a vítima silencia diante da violência, o agressor não se sente responsabilizado pelos seus atos, isso sem contar o fato de que a sociedade, em suas diversas práticas, reforça a cultura patriarcal e machista, o que dificulta a percepção da mulher de que está vivenciando o ciclo da violência (PENHA, 2010).

### **3.5 Violentômetro: níveis de violência de gênero**

A violência de gênero é a violência misógina contra as mulheres pelo fato de serem mulheres, situadas em relações de desigualdade de gênero: opressão, exclusão, subordinação, discriminação, exploração e marginalização. As mulheres são vítimas de ameaças, agressões, maus-tratos, lesões e danos misóginos. As modalidades de violência de gênero são: familiar, na comunidade, institucional e feminicida (LAGARDE, 2006).

Quando o feminicídio origina-se da violência de gênero, em regra, outros tipos de violências já ocorriam contra a mulher, todavia quase sempre não denunciadas, devido a cultura patriarcal e à desigualdade de gênero que ainda estruturam as relações domésticas, familiares e a própria sociedade brasileira (LEE, 2015; PEREIRA *et al.*, 2019).

A violência de gênero comumente é praticada no próprio lar da vítima, local onde ocorre boa parte dos feminicídios. Neste contexto é importante as mulheres ficarem alertas sobre os níveis de agressão e violência por parte do companheiro, marido e namorado.

Diante do elevado número de feminicídio, uma ferramenta nomeada violentômetro ajuda os profissionais e as vítimas a medir, identificar e prevenir comportamentos abusivos ou potencialmente violentos no namoro e no casamento que podem impedir o grau mais grave da escalada da violência de gênero.

O violentômetro começa no nível amarelo, seguido do nível laranja e vermelho, simbolizando um modelo de marcador de graus de violência que são classificados em nível leve, moderado e grave. O termômetro que mede a violência foi idealizado no México em 2009 pela Unidade de Gestão Politécnica com Perspectiva de Gênero como forma de combater todos os tipos de violência de gênero. Alguns países da América Latina, Espanha e outros países da Europa já utilizam este modelo na prevenção do feminicídio.

Segundo Chagas (2019), os tipos de agressões são vistos e classificados em três níveis de violência:

- a. o primeiro nível de violência normalmente é ignorado pela maior parte da população. A violência moral e/ou psicológica neste nível é caracterizada por piadas, mentiras, chantagem, ciúme, desqualificação e desvalorização da parceira, humilhação em público, ofensas verbais e outras violências consideradas de grau leve;
- b. o segundo nível da violência é retratado com episódios de controle, xingamentos, destruição de objetos pessoais e o início da violência física leve. Esse tipo de violência já não deveria ser aceito mais pelas mulheres nas relações afetivas. Muitas ainda consideram este tipo de violência como normal e suportável;
- c. no terceiro e último estágio que há episódios de lesão corporal grave e mutilação, ameaça de morte, cárcere privado, feminicídios entre outros. Neste nível a mulher, já não vendo mais saída para a sua situação, recorre ao pedido de ajuda de profissionais. Contudo a maioria das mulheres, vivendo nessas condições, ainda escolhe manter-se longe dos serviços da rede enfrentamento e atendimento, negando os episódios de violência vividos.

Segundo Frazão *et al.* (2019), as mulheres vítimas de agressões quando procuram os serviços de saúde, não denunciam a violência sofrida, acabam apresentando uma versão diferente do fato. Em outros casos, não procuram o serviço de saúde, preferindo realizar o tratamento na própria residência.

De acordo com Chagas (2019), o feminicídio é o último e mais grave tipo de violência que uma mulher pode sofrer e a violência em última instância que um homem pode cometer contra uma mulher. O que se tem percebido atualmente são

mulheres que chegam ao feminicídio, sem nunca ter procurado ajuda, ou que chegam para buscar auxílio tarde demais.

Um estudo realizado pelo Núcleo de Gênero do Ministério Público analisou que de todas as vítimas de feminicídio no Estado de São Paulo, apenas 4,0% delas haviam registrado o boletim de ocorrência contra o agressor, e somente 3,0% das vítimas dispunham de medidas protetivas (FERNANDES, 2018).

De acordo com Frazão *et al.* (2019), muitas mulheres relataram ter sofrido violência de gênero durante vários anos pelos maridos, companheiros e namorados, e que estes episódios geraram consequências que interferem significativamente no seu cotidiano e em sua saúde.

Pode-se observar nas expressões da violência das mulheres os três níveis de agressões citados por Chagas (2019) que podem resultar no feminicídio.

Meu ex-marido costumava dizer que eu nunca ia conseguir fazer nada, que eu não era capaz. Eu não tirei habilitação, nunca dirigi por conta dele, ele proibia, porque dizia que eu não tinha capacidade, que eu era burra para tal coisa. Eu fui muito machucada, violência física nunca aconteceu, mas a agressividade dele, a ignorância era muito pior (FRAZÃO *et al.*, 2019, p.3).

Fui maltratada durante 10 anos, meu marido me ameaçava, me batia, me empurrava, me chutava, uma vez quebrou o meu braço. Ainda tenho a seqüela por causa disso, eu não consigo secar uma toalha ou esfregar uma roupa que sinto dor no meu punho (FRAZÃO *et al.*, 2019, p.4).

Sofri violência de todos os tipos que você possa imaginar Ele chegava nervoso! Quebra tudo em casa. [...] quando eu comecei a trabalhar, ele dizia que eu o traía. [...] dizia, para todos os vizinhos ouvirem, que eu não prestava. Por qualquer coisa, se estressa, fala alto, grita, xinga. Ele até disse que ia levar meu filho e me deixou no desespero. [...] ele chegou bêbado, eu já estava dormindo, mas acordei e fingi que estava dormindo. Ainda assim, ele quis (ter relação sexual). Mesmo sem minha vontade e eu resistindo, sempre acabava acontecendo. O que mais faz a gente brigar é o fato de ele ser agressivo e me bater no rosto. [...] bate em mim e na criança também. Quando ele chegava em casa, era sempre porrada! (PAIXÃO *et al.*, 2018, p.2370).

### **3.6 Aspectos sócio-jurídicos da violência contra a mulher**

A violência de gênero contra a mulher, em pleno século XXI, de maneira especial a que ocorre no contexto doméstico, familiar e intrafamiliar, é ainda um fenômeno preocupante na maioria dos países. Apesar de fazer parte do cotidiano de milhares de mulheres no mundo todo, a violência contra a mulher é ainda tratada

---

com naturalidade, como se fosse fato comum, corriqueiro, invisível, e sem maior importância (BARRETO, 2007).

Nos últimos 40 anos, a violência de gênero evoluiu de um problema social emergente para um crime socialmente inaceitável (MESSING *et al.*, 2015). Segundo Barreto (2007), a violência de gênero contra a mulher atinge, em média, 33% das mulheres em todo o mundo. No Brasil, apesar de se viver em um Estado Democrático de Direito, com afirmação constitucional do princípio da igualdade entre homens e mulheres, o cenário não é diferente. Em 2019 no Brasil 110 mulheres foram assassinadas todos os meses decorrentes da violência de gênero (PICCIRILO; SILVESTRE, 2020).

A Lei nº. 10.778 de 2003 estabelece, em âmbito nacional, a notificação compulsória nos atendimentos realizados em serviços de saúde, públicos ou privados, nos casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher (BRASIL, 2003). Segundo Santinon, Gualda e Silva (2010), não é necessário conhecer o agressor, mas é obrigatório o preenchimento deste documento por parte do profissional de saúde. Somente em 2010 o Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, aderiu ao Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, firmando-se a meta de “implementar a Notificação Compulsória da Violência nas 147 UBS, nas oito Unidades de Pronto Atendimento do município e na rede conveniada (KIND *et al.*, 2013).

A Lei Maria da Penha é considerada uma das principais ferramentas legislativas de atuação ao combate, à assistência, à prevenção, à punição e à erradicação da violência doméstica e familiar. A lei trouxe mudanças no Código Penal, Código Processual Penal e na Lei de Execução Penal dentre outras modificações de extrema urgência a fim de evitar que tais atos de violência acarretem em feminicídio (BOMFIM *et al.*, 2020).

Conforme Miranda e Silva (2019), a violência de gênero é uma forma específica de violência, pois sua vinculação engloba a visão do poder masculino sobre o feminino por motivos imprevisíveis. A Lei nº. 11.340 de 2006 recebe o nome de Lei Maria da Penha, em homenagem a uma mulher chamada Maria da Penha Maia Fernandes, que por muitos anos foi torturada dentro do ambiente doméstico por seu marido e apenas 19 anos depois de tanto sofrer, foi lutar por seus direitos (BRASIL, 2006).

Em 1998, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) recebeu uma denúncia feita pela Senhora Maria da Penha Maia Fernandes, por intermédio de seus peticionários - Centro pela Justiça e pelo Direito Internacional e Comitê Latino Americano de Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), devido ao Estado Brasileiro, passados mais de quinze anos, ainda não ter processado e punido o seu agressor. É importante salientar que pela primeira vez o país contava com uma legislação específica que versava sobre a punição de agressores de mulheres no âmbito doméstico e familiar, sem que os casos fossem mais uma vez enquadrados como ameaça ou lesão corporal (POLASTRINE, 2019).

A lei do feminicídio no Brasil foi criada a partir de uma recomendação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) para investigar a situação da violência contra a mulher no país e apurar denúncias de omissão por parte do poder público na aplicação dos instrumentos legais de prevenção e combate. O relatório final da CPMI, publicado em julho de 2013, aponta a existência de uma curva ascendente de feminicídios no país, denunciando este fenômeno enquanto forma extrema de violência de gênero contra as mulheres, praticada, principalmente, por parceiros íntimos. Como estratégia para responder a este problema, a CPMI propôs uma série de recomendações destinadas a diferentes órgãos do executivo e do judiciário, além de apresentar treze projetos de lei, de naturezas diversas, relacionados à violência contra a mulher. Um deles foi o Projeto de Lei do Senado nº. 292/2013, que insere a categoria feminicídio no Código Penal (OLIVEIRA, 2017).

Em março de 2015, foi sancionada no Brasil a Lei nº. 13.104, que criou uma nova categoria jurídica: o feminicídio, que se trata do homicídio praticado contra a mulher por razões da condição do sexo feminino. O feminicídio foi inserido no Código Penal como uma das modalidades de homicídio qualificado e incorporado no rol dos crimes hediondos (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Brito Filho (2017), a pena prevista para os tipos de homicídios qualificados, como o feminicídio, é de 12 a 30 anos de reclusão, enquanto que para os homicídios simples, a pena é de reclusão de seis a 20 anos. A pena para o feminicídio poderá ser aumentada de 1/3 até a metade se o crime for praticado contra mulher durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência, na presença de descendente ou de ascendente da vítima. Os crimes hediondos, por sua vez, são

aqueles crimes considerados de extrema gravidade e que, por isso, recebem um tratamento diferenciado e mais rigoroso do que as demais infrações penais, eles são inafiançáveis e não podem ter a pena reduzida, por exemplo, o feminicídio.

Conforme Barreto (2018), a legislação é responsável por regular as relações, as instituições e os processos sociais. Por meio dela são assegurados direitos individuais e coletivos perante o Estado, aos demais indivíduos e instituições. Embora, sozinha, a legislação não seja capaz de mudar e superar o cenário de desigualdade de gênero e discriminação, ela constitui, sem dúvida, o caminho para ajudar no enfrentamento da violência.

A conquista das políticas para o enfrentamento da violência contra a mulher é permeada por movimentos sociais que, de forma organizada, realizaram conferências com temas voltados para as questões femininas, convenções que culminaram, posteriormente, em acordos internacionais e políticas públicas de governo (MELO; MELO, 2016).

O dever dos Estados de promulgar e fazer cumprir leis que proíbem a violência contra mulheres e meninas está estabelecido em várias convenções, declarações e tratados internacionais e regionais. Nos últimos anos, os governos têm feito progressos consideravelmente no combate e enfrentamento da violência contra as mulheres. Em abril de 2011, 125 países aprovaram leis para conter a violência de gênero, incluindo quase todos os países da América Latina e do Caribe (ONU MUJERES, 2011).

Para Alexandre (2012) *apud* Puton (2015), as convenções internacionais são acordos bilaterais ou multilaterais de vontades, na forma escrita, celebrado entre estados soberanos ou organismos internacionais, regularmente representados por órgãos competentes, destinados a produzir efeitos jurídicos de Direito Internacional. A convenção é um termo genérico, que pode receber outras denominações: tratado, protocolo ou acordo, com o compromisso de caráter internacional assumido pelo Estado. Segundo Piovesan (2017), as Convenções internacionais, enquanto acordos internacionais juridicamente obrigatórios e vinculantes constituem a principal fonte de obrigação do Direito Internacional.

Segundo Puton (2015), a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu artigo 49, inciso I, a competência para o Congresso Nacional resolver

definitivamente sobre tratados, acordos ou atos internacionais, que eventualmente o Brasil faça parte. Para Silva (2019), as inovações introduzidas pela Carta Magna de 1988 foram fundamentais para que o Brasil ratificasse instrumentos jurídicos internacionais de caráter universal de proteção dos direitos humanos das mulheres.

No marco jurídico internacional, a violência de gênero contra as mulheres vem sendo reconhecida como violação de direitos humanos por vários documentos, instrumentos normativos, tratados, convenções e recomendações.

Diversos países, principalmente na América Latina, criminalizaram o feminicídio, como formas de coibir e punir esse crime. O primeiro país latino-americano a criminalizar o feminicídio foi a Costa Rica, em 2007. No Brasil houve uma modificação mais recente com a criação da Lei nº. 13.104/15 que altera o Código Penal para incluir mais uma modalidade de homicídio qualificado, o chamado feminicídio. Estão também no rol de países que criminalizaram o feminicídio a Argentina, Bolívia, Colômbia, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, República Dominicana e Venezuela. A pena do feminicídio é aumentada de 1/3 até a metade se o crime for praticado contra mulher durante a gestação ou nos três meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; na presença de descendente ou de ascendente da vítima (SOARES, 2016).

Atualmente, 17 países na América Latina e Caribe, região que detém as maiores taxas de feminicídios do mundo, possuem legislação que reconhecem o feminicídio como crime, entretanto a definição legal de cada lei nacional varia bastante, apesar de todas se fundamentarem nas diretrizes do direito internacional dos direitos humanos, especialmente na convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e na convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher (PIRES, 2018).

O Brasil foi o 16º país latino-americano a criar legislação que pune o feminicídio (Quadro 1). A discussão sobre os feminicídios já ganhou visibilidade no âmbito jurídico e político em diversos países da América Latina e Caribe. Em alguns países, como no México, o Estado conta além da lei com mecanismos de monitoramento e diagnósticos aos feminicídios (ROMIO, 2019).

## Quadro 1 - Cronologia das leis de feminicídio na América Latina

### América Latina: legislação sobre femicídio / feminicídio

País	Ano	Tipo de reforma	Tipo penal	Artigo	Sanção
Costa Rica	2007	Lei de Penalização da Violência Contra as Mulheres (nº. 8.589)	Femicídio íntimo		20 a 35 anos de prisão
Colômbia	2008	Lei 1257 que reforma do Código Procedimental Penal	Agravante para o homicídio	Art. 104	33 a 50 anos de prisão
Guatemala	2008	Lei contra o feminicídio e outras formas de violência contra a mulher. Decreto nº. 22	Femicídio		25 a 50 anos de prisão, sem possibilidade de redução de sentenças ou medidas substitutivas.
Chile	2010	Reforma do Código Penal	Femicídio íntimo	Art. 390	20 a 35 anos de prisão
El Salvador	2010	Lei abrangente especial para uma vida livre de violência para mulheres nº. 520	Femicídio		20 a 35 anos de prisão para o feminicídio simples e de 30 a 50 anos para o feminicídio agravado
Peru	2011	Modificação da Lei de Femicídio de 2011 e reforma do Código Penal	Femicídio	Art. 108	15 a 25 anos de prisão
Argentina	2012	Reforma do Código Penal	Agravante do homicídio	Art. 80	Reclusão ou prisão perpétua
México	2012	Reforma do Código Penal e da Lei Geral sobre o Acesso das Mulheres a uma Vida Livre de Violência	Femicídio	Art. 325	Prisão de 40 a 60 anos e 500 a 1.000 dias de multa
Nicarágua	2012	Lei nº. 779 - Lei Integral de Violência contra a Mulher e reformas na Lei nº. 641 do Código Penal	Femicídio		15 a 20 anos de prisão (público) 20 a 25 anos de prisão (privado)
Bolívia	2013	Lei Integral para Garantir às Mulheres uma vida livre de violência. Incorpora no Código Penal o delito do feminicídio. Reforma do Código Penal.	Femicídio	Art. 83	30 anos de prisão, sem direito a recorrer.
Honduras	2013	Reforma do Código Penal	Femicídio		30 a 40 anos de prisão
Panamá	2013	Lei nº. 82 e reforma do Código Penal	Femicídio		25 a 30 anos de prisão
Equador	2014	Reforma do Código Orgânico Integral Penal	Femicídio	Art. 141	22 a 26 anos de prisão
Venezuela	2014	Lei Orgânica do Direito da Mulher a uma Vida Livre de Violência	Agravante do homicídio	Art. 57	15 a 30 anos de prisão
Brasil	2015	Reforma do Código Penal (Lei 13.104/15)	Agravante do homicídio	Art. 121	12 a 30 anos de prisão
Uruguai	2017	Reforma do Código Penal	Agravante do homicídio	Art. 311 e 312	15 a 30 anos de prisão

Fonte: Elaborado pelo próprio autor, 2020.

Segundo Souza (2018), alguns países da América Latina, a partir de 2007, passaram a tipificar o crime de femicídio/feminicídio em suas legislações. No Brasil

só aconteceu em 2015 com a promulgação da Lei nº. 13.104 que altera o art. 121 do Decreto-Lei nº. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº. 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

Ressalte-se, ainda, que o feminicídio não é a única forma de violência praticada contra a mulher. Na experiência brasileira, há que se observar que os avanços obtidos no plano internacional foram e têm sido capazes de impulsionar transformações internas. Neste sentido, cabe destaque ao impacto e à influência de documentos como a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher de 1979, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena de 1993, o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 e a Declaração e a Plataforma de Ação da Conferência Mundial sobre a Mulher de Pequim de 1995 (PIOVESAN, 2017).

A necessidade de disciplinar e regular o processo de formação dos acordos internacionais no cenário mundial resultou na elaboração da Convenção de Viena de 1969, também conhecida como a Lei dos Tratados. O Brasil assinou a Convenção de Viena em 23 de maio de 1969, ratificando-a apenas em 25 de setembro de 2009. Entretanto, a Convenção de Viena limitou-se aos tratados celebrados entre os Estados, afastando os outros tratados dos quais participam organizações internacionais (PAGNAN; BUHRING, 2015).

Segundo Accioly, Silva e Casella (2012), a Convenção de Viena, está internacionalmente em vigor desde 1980, esta é uma das normas mais importantes do Direito Internacional, pois dispõe sobre as regras gerais a serem adotadas pelos Estados e Organizações Internacionais na elaboração dos acordos internacionais. A Convenção de 1969 foi complementada pela Convenção de 1986 sobre o Direito dos Tratados entre Estados e Organizações Internacionais ou entre Organizações Internacionais, cujo objetivo foi precisamente o de reconhecer o direito das organizações internacionais de firmar tratados e convenções.

A Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 18 de

dezembro de 1979, e entrou em vigor como tratado internacional em 3 de setembro de 1981, após sua ratificação por 20 países (BARRETO, 2018). Segundo o Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos até 2020, 189 países já haviam ratificado a CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), ou seja, mais de 95% dos Estados membros das Nações Unidas. Apenas EUA, Irã, Somália e Sudão ainda não a ratificaram<sup>1</sup>. Por sua vez, Piovesan (2017) diz que esta convenção foi impulsionada pela proclamação de 1975 como Ano Internacional da Mulher e pela realização da primeira Conferência Mundial sobre a Mulher, no México, também em 1975. Para a autora a Convenção se fundamenta na dupla obrigação de acabar com a discriminação sofrida pelas mulheres e de assegurar a igualdade de direitos entre os gêneros.

De fato, apesar da *CEDAW* ser um importante instrumento para assegurar e promover os direitos das mulheres e de ser um dos tratados de direitos humanos mais ratificados do mundo, esse foi também um dos tratados que mais recebeu reservas e mesmo os países que não fizeram reservas têm dificuldade em efetivar o que está previsto na convenção (DAIRIAM, 2015 *apud* VICENTE, 2016).

Neste mesmo viés o Estado brasileiro, teceu reservas ao artigo 15, parágrafo único, artigo 16, §1º, alíneas (a), (c), (g) e (h), e artigo 29 da Declaração no ano de 1984, no entanto, no ano de 1994, retirou as reservas aos artigos 15 e 16, pois estas se encontravam em contradição com a legislação brasileira. Não obstante, a reserva quanto ao artigo 29 permaneceu, visto que este artigo apenas preconiza sobre as disputas entre os Estados e a interpretação da Convenção (BARRETO, 2018).

Na visão de Santos (2010), o princípio da igualdade é a base da Convenção *CEDAW*. Nele encontram-se todas as prerrogativas para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher.

Para Fon (2014), o ordenamento jurídico e as gestões de implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulher não se mostram

---

<sup>1</sup> Para mais informações sobre os países que assinaram e ratificaram a CEDAW (assim como outros tratados de Direitos Humanos), acessar: OHCHR, Status Of Ratification Interactive Dashboard. Disponível em: <<http://indicators.ohchr.org/>>.

eficazes, suficientemente, na garantia de igualdade de direitos, principalmente no contexto racial.

A Constituição Federal de 1988 dispõe em seu art. 5º, caput, sobre o princípio constitucional da igualdade, perante a lei, nos seguintes termos:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à **vida**, à liberdade, à **igualdade**, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988, *on-line*).

O intuito da Convenção é eliminar qualquer discriminação contra a mulher, sendo esta, conforme dispõe seu artigo 1º, toda forma de distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo, exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. Portanto, a discriminação significa sempre desigualdade (PIOVESAN, 2017).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, ou Convenção de Belém do Pará é o primeiro tratado internacional de proteção dos direitos humanos a reconhecer, de forma enfática, a violência contra a mulher como um fenômeno generalizado, que alcança, sem distinção de raça, classe, religião, idade ou qualquer outra condição, um elevado número de mulheres. Esta Convenção afirma que a violência contra a mulher constitui grave violação aos direitos humanos e ofensa à dignidade humana, sendo manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens (PIOVESAN, 2017).

Nesse sentido, a Convenção de Belém do Pará adotou um novo paradigma na luta internacional da concepção e de direitos humanos, considerando que o privado é público e, por consequência, cabe aos Estados assumirem a responsabilidade e o dever indelegável de erradicar e sancionar as situações de violência contra as mulheres (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Segundo Pitanguy e Barsted (2011), as Conferências do Cairo (1994), Pequim (1995), a *CEDAW* e a Convenção de Belém do Pará foram fundamentais para a institucionalização da cidadania e dos direitos humanos das mulheres no

Brasil, principalmente nas questões relativas à violência de gênero. Nesse sentido, Piovesan (2017) argumenta que houve um grande avanço na proteção internacional dos direitos das mulheres com a aprovação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. Essa Convenção foi editada, no âmbito da (OEA), em 1994, e ratificada pelo Brasil em 1995.

No âmbito regional, a Convenção de Belém do Pará, de 1994, representa avanço significativo como instrumento de direitos humanos que, ao ser ratificado pelos países membros da OEA, passa a ter força de lei.

A Convenção de Belém do Pará, de 1994, forneceu parâmetros e princípios norteadores para a Lei Maria da Penha. A Lei Maria da Penha sinaliza um marco no cumprimento de garantias internacionais e constitucionais sobre o direito das mulheres a uma vida livre de violência (PITANGUY; BARSTED, 2011).

Além do exposto na Constituição Federal de 1988, Leis ordinárias infraconstitucionais foram elaboradas pelo Legislativo, com o objetivo de colocar em prática os compromissos assumidos em Tratados e Convenções Internacionais, alterando o Código Penal, o que significou um avanço na luta pela erradicação da violência contra a mulher (SOUZA, 2009 *apud* PIRES *et al.*, 2018). Destacam-se algumas leis que demonstram este avanço, como a Lei nº. 10.778/2003, Lei nº. 11.340/2006 e a Lei nº.13.104/2015.

Ressalte-se que, em 7 de agosto de 2006, foi adotada a Lei nº. 11.340, conhecida popularmente de Lei Maria da Penha, que de forma inédita cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelecendo medidas para a prevenção, assistência e proteção às mulheres em situação de violência.

A partir da Convenção de Belém do Pará surgem valiosas estratégias para a proteção internacional dos direitos humanos das mulheres, merecendo destaque o mecanismo das petições à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (PIOVESAN, 2017).

A violência contra a mulher era, até o advento da Lei Maria da Penha, tratada como uma infração penal de menor potencial ofensivo, nos termos da Lei nº. 9.099/95. Com a nova lei passa a ser concebida como uma violação a direitos humanos, na medida em que a lei reconhece que a violência doméstica e familiar

---

contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos (art. 6º), sendo expressamente vedada a aplicação da Lei nº. 9.099/95 (PIOVESAN, 2017).

Conforme Gedrat, Silveira e Almeida Neto (2020), a Lei Maria da Penha altera o Código Penal Brasileiro e possibilita que agressores de mulheres no âmbito doméstico ou familiar sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. Tais agressores também não poderão mais ser punidos com penas alternativas. A legislação também aumenta o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos. A nova lei ainda prevê medidas que envolvem a saída do agressor do domicílio e a proibição para que este se aproxime da mulher agredida e dos filhos. Dentre as implicações jurídicas destaca-se criação de juizados especiais para tratar a violência doméstica e familiar, pois, anteriormente, os órgãos encarregados dessas ações eram os Juizados Especiais Criminais, que contavam com uma abordagem institucional totalmente diferente, voltando-se para uma perspectiva de conciliação da vítima com o agressor, em nome da preservação da instituição familiar.

A Lei Maria da Penha já possibilita ao juiz, por meio das medidas protetivas de urgência, suspender ou restringir a posse de arma de fogo do responsável pela agressão, no prazo de 48 horas do requerimento da própria mulher ofendida, na Delegacia ou pelo Ministério Público. A Lei nº. 13.880, de 08 de outubro de 2019, altera a Lei nº. 11.340/06 (Lei Maria da Penha) para prever a apreensão de arma de fogo sob posse de agressor em casos de violência doméstica. O delegado de polícia deve verificar se o agressor possui registro de porte ou posse de arma de fogo e, na hipótese de existência, juntar aos autos essa informação, bem como notificar a ocorrência à instituição responsável pela concessão do registro ou da emissão do porte, nos termos da Lei nº. 10.826, de 22 de dezembro de 2003 (Estatuto do Desarmamento) e caberá ao juiz determinar a apreensão imediata de arma de fogo sob a posse do agressor. A Lei Maria da Penha sofreu mudanças significativas tornando-se mais severa e rígida. Saiu da conjuntura de crime de menor potencial ofensivo que permitia a aplicação de institutos despenalizadores, bem como a sanção penal com o pagamento de cestas básicas e multa, apresentando-se um novo cenário com a aplicação de penas privativas de liberdade. Apesar dessas mudanças ainda assim, o aumento constante de casos de violência doméstica e familiar vem destruindo a vida de muitas mulheres e suas famílias (BONFIM, 2020).

Nota-se que, ao contrário de dezessete países da América Latina, o Brasil até 2006 não dispunha de legislação específica a respeito da violência contra a mulher (PIOVESAN, 2017).

De acordo com Garcia e Silva (2018), a Lei Maria da Penha constitui uma importante conquista e um recurso fundamental para o enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher. Contudo, estudo que comparou as taxas anuais de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, nos períodos de cinco anos antes e depois da vigência da Lei Maria da Penha indica que não houve redução significativa. As taxas de mortalidade foram, respectivamente, 5,28 (2001-2006) e 5,22 (2007-2011) por 100 mil mulheres.

Nos últimos anos, observam-se avanços na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar, sendo o feminicídio regido pela recente Lei nº. 13.104, de 9 de março de 2015. A mudança na legislação é um avanço positivo e, juntamente com medidas protetivas nas áreas de saúde e segurança pública, poderá proporcionar às futuras gerações uma sociedade em que as diferenças de gêneros sejam respeitadas (RIOS *et al.*, 2019).

Segundo Bittencourth, Silva e Abreu (2018), o feminicídio não era previsto na Lei nº. 11.340/2006, apesar da Sra. Maria da Penha Maia Fernandes, ter sido vítima de feminicídio (tentado) duas vezes. A referida Lei não traz um rol de crimes em seu texto, esse não era seu objetivo. A Lei trouxe regras processuais instituídas para proteger a mulher vítima de violência doméstica, mas sem tipificar novas condutas.

Importante salientar que nem todo assassinato de mulher se caracteriza como sendo feminicídio (CONCEIÇÃO, 2015). Todavia, Greco (2017) explica que se deve observar que não é pelo fato de uma mulher figurar como sujeito passivo do delito tipificado no art. 121 do Código Penal que já estará caracterizado o homicídio qualificado, ou seja, o feminicídio. Para que seja configurada a qualificadora, nos termos do § 2-A, do art. 121 do diploma repressivo, o crime deverá ser praticado por razões de condição de sexo feminino, que efetivamente ocorrerá quando envolver:

- a. violência doméstica e familiar;
- b. menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

Assim, o diploma legal alterou o art. 121, § 2º do Código Penal (Homicídio), incluindo o feminicídio entre suas qualificadoras.

**Art. 121. Matar alguém**

[...]

**Homicídio qualificado**

§ 2º [...]

**Feminicídio**

VI –contra a mulher por razões da condição de sexo feminino:

§ 2º-A Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve:

I –violência doméstica e familiar;

II –menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

**Aumento de pena**

§ 7º A pena do feminicídio é aumentada de 1/3 (um terço) até a metade se o crime for praticado:

I –durante a gestação ou nos 3 (três) meses posteriores ao parto;

II –contra pessoa menor de 14 (catorze) anos, maior de 60 (sessenta) anos ou com deficiência;

III –na presença de descendente ou de ascendente da vítima (BRASIL, 2015, *on-line*).

### 3.7 Prevenção à violência

A violência é o resultado da complexa interação dos fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. Compreender como esses fatores estão relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública para a prevenção da violência (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Ao avaliar as medidas tomadas pelos países para prevenir a violência de gênero, a ONU constatou em seu relatório mundial de saúde que está em andamento um número considerável de atividades de prevenção da violência em todo o mundo (OMS, 2014). Segundo Carvalhaes e Paes (2014), esforços têm sido empreendidos por diversos atores sociais na prevenção e combate à violência contra a mulher, seja na instância da assistência à saúde ou da assistência social.

Segundo Garcia e Silva (2018), o profissional da área da saúde, geralmente é o primeiro a ter contato com a vítima de violência por parceiro íntimo ou agressão sexual. A OMS aponta a necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde para identificar especialmente às mulheres vítimas de violência doméstica e, assim, tentar prevenir risco de morte por essa causa, por isso a importância dos profissionais de saúde estar bem preparados para avaliar e gerenciar os sinais de risco de feminicídio.

Nos Estados Unidos os policiais de linha de frente, ou seja, operacionais, têm a oportunidade de administrar a avaliação de risco de mulheres que sofreram algum tipo de violência pelo parceiro íntimo no local do incidente, utilizando para isto a tecnologia para integrar a avaliação de risco da violência dentro de uma estrutura de prática baseada em evidências que pode informar intervenções colaborativas direcionadas na prevenção de futuros feminicídios. Consoante Messing e Campbell (2016) ressalta-se que as intervenções colaborativas levaram a um aumento de prisões e condenações de infratores que cometeram violência contra o parceiro íntimo. As intervenções policiais-sociais colaborativas informadas sobre o risco são uma estratégia emergente destinada a aumentar a responsabilização do agressor e a segurança das vítimas-sobreviventes em casos de violência por parceiro íntimo, segundo Ward-Lasher, Messing e Hart (2017).

Para Meneghel *et al.* (2019), a família, vizinhos e pessoas próximas são essenciais para prevenir o feminicídio. É necessário, portanto, trabalhar com as famílias, com redes e instituições locais para que possam detectar os sinais de perigo, como por exemplo: uma mulher sendo maltratada e agredida por seu parceiro.

Destarte, no contexto da violência contra a mulher, com o objetivo de combater e preveni-la, foi criado o Formulário Nacional de Risco e Proteção à Vida (FRIDA), feito por cientistas, pesquisadores, sociólogos, com o objetivo de criar uma ferramenta de uso nacional que possa ser utilizada pelas mulheres vítimas de violência doméstica, quando se dirigirem às delegacias de polícia, às promotorias de Justiça e mesmo ao Judiciário, reconhecendo o nível de periculosidade da situação de violência a que a mulher está submetida, se risco extremo, moderado ou baixo. Este modelo de formulário de risco (*Risk Assessment*) já é usado em países como Portugal e alguns estados brasileiros. O formulário de Avaliação de Risco (FRIDA) foi desenvolvido por peritos brasileiros e europeus, em parceria com a União Europeia, a partir do programa Diálogos Setoriais União Europeia-Brasil. Este formulário contém 19 perguntas acerca da violência que a mulher sofre, e a partir disso será possível identificar o grau de risco em que ela se encontra, além de perguntas destinadas a avaliar as condições físicas e emocionais da mulher e as condições objetivas, para prevenção do agravamento da violência em curto prazo (MESQUITA *et al.*, 2019).

A ONU destaca que para evitar o feminicídio, deve haver uma gama mais abrangente de serviços coordenados prestado pela polícia, sistemas de justiça criminal, serviços sociais e de saúde, a fim de prevenir e combater a morte de mulheres relacionadas ao gênero. Os homens precisam se envolver nos esforços para combater a violência praticada pelos parceiros íntimo/homicídio familiar e na mudança de normas culturais que se afastam da masculinidade violenta e dos estereótipos de gênero (UNODC, 2019).

A maioria (67-80%) dos homicídios por parceiro íntimo envolve agressões físicas antes do assassinato, não importa qual parceiro seja morto. Portanto, uma das principais maneiras de diminuir o número de feminicídio é identificar e ajudar as mulheres vítimas de agressões físicas em relacionamentos abusivos (CAMPBELL *et al.*, 2003). De acordo com Gómez-Dantés, Vázquez-Martínez e Fernández-Cantón (2006), no caso específico das mulheres, a maioria das mortes por homicídio ocorre no domicílio e o parceiro é a pessoa mais envolvida nesse desfecho violento.

## 4 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório e descritivo com abordagem quali-quantitativa, composta pela associação de múltiplos procedimentos: entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais de saúde da Atenção Primária de Saúde de Belo Horizonte de 45 Unidades Básicas de Saúde (UBS), selecionadas de forma aleatória, distribuídas nos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte em 2017, conforme a descrição feita a seguir referente ao levantamento por amostragem probabilística.

A amostra da pesquisa foi selecionada a partir de um plano amostral complexo, em que cada um dos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte foi considerado estrato, e dentro de cada estrato aplicou-se amostragem por conglomerados em dois estágios, a saber, primeiro estágio, sorteio das UBS dentro de cada regional e, segundo estágio, sorteio de usuários dentro de cada UBS. Foram selecionadas 45 UBS, sendo cinco por regional. Foram entrevistados 1.125 usuários e 1.042 profissionais, segundo amostra calculada com grau de confiança de 95% e margem de erro de 1,63% para mais ou para menos, recrutados nas Unidades selecionadas, sendo 25 em cada uma delas. As entrevistas ocorreram dentro das UBS e os usuários foram selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano; ter idade maior de 16 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual está sendo entrevistado. Os profissionais presentes nas UBS selecionadas foram entrevistados no momento de realização da pesquisa. Essas entrevistas também ocorreram dentro das UBS e foram entrevistados os profissionais da UBS: gerentes; profissionais de nível superior, inclusive as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde das Famílias (NASF), onde elas existiam; agentes comunitários de saúde; auxiliares de enfermagem; pessoal administrativo que preencheram os critérios de inclusão: atuação há pelo menos um ano naquela UBS. A aplicação dos questionários dos usuários foi realizada por graduados treinados anteriormente pelos pesquisadores entre 1º de março e 22 de maio de 2017. Os aplicadores anotavam diretamente as respostas através de entrevista individual (não foi autoaplicável como para os profissionais da APS). Logo, os analfabetos puderam participar.

Para todos os procedimentos, foram utilizados questionários e roteiros de entrevistas elaborados pela equipe, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema. O questionário foi construído a partir da versão dos questionários da pesquisa na APS realizada no município de Ribeirão das Neves pelo Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da UFMG.

Os dados dos usuários foram coletados através de questionário semi-estruturado, envolvendo os blocos relacionados:

- a. Bloco 1: Características pessoais e sociofamiliares;
- b. Bloco 2: Trabalho;
- c. Bloco 3: Relações pessoais e comunitárias;
- d. Bloco 4: Relação do usuário com a Unidade Básica de Saúde;
- e. Bloco 5: Assistência farmacêutica;
- f. Bloco 6: Assistência Social;
- g. Bloco 7: Percepção de saúde;
- h. Bloco 8: Consumo de bebidas alcoólicas;
- i. Bloco 9: Matriciamento em saúde mental;
- j. Bloco 10: Atividades físicas;
- k. Bloco 11: Relações aos papéis de gênero;
- l. Bloco 12: Situações de violência na área de abrangência da unidade;
- m. Bloco 13: Enfrentamento da violência;
- n. Bloco 14: Doenças estigmatizantes.

A durabilidade da aplicação de questionários tanto de usuários como profissionais foi de 70 dias, com o término em 12 de maio de 2017. A média de aplicação do questionário para usuários foi de aproximadamente 50 minutos e para profissionais foi de cerca de 45 minutos, com uma variação não controlada para cada questionário respondido.

Este trabalho ficou restrito ao recorte de pesquisa referente ao público feminino sobre às relações aos papéis de gênero (Bloco 11), cujas variáveis serão destacadas no Quadro 2.

Os dados da pesquisa foram tabulados no software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 20.0, enquanto que as análises estatísticas foram realizadas no software R (R Core Team, 2020) versão 4.01.

As variáveis explicativas utilizadas neste trabalho foram: faixa etária, escolaridade, estado civil, cor/raça, atividade remunerada, sofreu algum tipo de violência, tem alguém desempregado na família, renda familiar, número de moradores na casa, algum familiar ou parente que foi assassinado, agressão física, agressão verbal, agressão moral ou psicológica, agressão sexual, *bullying* (intimidação).

A análise estatística foi baseada em tabelas com frequências absolutas e percentuais das distribuições univariadas e bivariadas, além de gráficos de barras do tipo *likert* e *boxplot*. Um indicador foi construído para quantificar o nível das relações de gênero positivas para as usuárias e também para as profissionais conforme metodologia a seguir.

A partir das variáveis referentes ao módulo sobre relações e papéis de gênero, a saber, Q178 a Q194 (banco de usuárias) e Q308 a Q320 (banco de profissionais), construíram-se dois indicadores sobre a percepção de profissionais e usuárias sobre relações gênero positivas (usuárias e profissionais têm percepção das relações de gênero que não são violentas): Indicador das Relações de Gênero Positivas (IRGP) para usuárias e IRGP para profissionais, que são a variável resposta/dependente deste estudo. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas de forma a ponderar mais as respostas positivas (não violentas) e menos as respostas negativas (violentas) às relações de gênero. Essa codificação para as variáveis com quatro categorias (concordo, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo) é apresentada no Quadro 2 que contém a composição do indicador.

Quadro 2 – Variáveis que compõem os indicadores de relações de gênero positivas e suas respectivas recodificações

Indicador	Variáveis				Codificação			
	Id	Usuários	Profissionais	Descrição	C	CP	DP	D
Indicador das Relações de Gênero Positivas	X <sub>1</sub>	Q178	Q309	Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele	-2	-1	1	2
	X <sub>2</sub>	Q179	Q310	Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família	-2	-1	1	2
	X <sub>3</sub>	Q180	Q311	É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda.	-2	-1	1	2
	X <sub>4</sub>	Q181	Q312	Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda.	2	1	-1	-2
	X <sub>5</sub>	Q182	Q313	É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade	-2	-1	1	2
	X <sub>6</sub>	Q183	Q314	Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir;	2	1	-1	-2

Indicador	Variáveis				Codificação			
	Id	Usuários	Profissionais	Descrição	C	CP	DP	D
	X <sub>7</sub>	Q184	Q308	O homem é mais violento do que a mulher	-2	-1	1	2
	<b>Um homem tem boas razões para bater em sua esposa se:</b>							
	X <sub>8</sub>	Q185	Q315	Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele	-2	-1	1	2
	X <sub>9</sub>	Q186	Q316	Ela o desobedece	-2	-1	1	2
	X <sub>10</sub>	Q187	Q317	Ela se recusa a manter relações sexuais com ele	-2	-1	1	2
	X <sub>11</sub>	Q188	Q318	Ela pergunta se ele tem outras namoradas	-2	-1	1	2
	X <sub>12</sub>	Q189	Q319	Ele suspeita que ela é infiel	-2	-1	1	2
	X <sub>13</sub>	Q190	Q320	Ele descobre que ela tem sido infiel	-2	-1	1	2
	<b>Uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se:</b>							
	X <sub>14</sub>	Q191	Q321	Ela não quer	2	1	-1	-2
	X <sub>15</sub>	Q192	Q322	Ele está bêbado	2	1	-1	-2
	X <sub>16</sub>	Q193	Q323	Ela está doente	2	1	-1	-2
	X <sub>17</sub>	Q194	Q324	Ele a maltrata	2	1	-1	-2

C= concordo; CP= Concordo Parcialmente; DP= Discordo parcialmente; D =Discordo.

A fórmula ficou assim e é adequada para os dois bancos: usuários e profissionais.

Indicador das Relações de Gênero Positivas (IRGP):

$$IRGP = \sum_{i=1}^{17} x_i$$

O indicador foi padronizado para que assumisse valores na escala 0-100. A padronização adotada é a apresentada a seguir:

$$Ipad_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)} \times 100$$

A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas através de tabelas bivariadas e de diagramas em caixas (*boxplot's*).

Este indicador foi categorizado a partir da mediana, em que IRGP abaixo da mediana foi classificado como baixo e acima da mediana como alto.

O teste Qui-quadrado de homogeneidade, também conhecido como teste Qui-quadrado para k proporções, foi utilizado para testar a afirmação de que

diferentes populações têm a mesma proporção de indicadores altos de relações de gênero positivas. As hipóteses deste teste são as seguintes:

- a.  $H_0$ : as proporções de mulheres com alto IRGP é a mesma em cada variável (faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor etc.):  $p_1 = p_2 = \dots = p_k$ ;
- b.  $H_a$ : as proporções de mulheres com alto IRGP não é a mesma em cada variável (faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor etc.), ou seja, ao menos uma das  $p_i$ 's é diferente das outras.

O nível de significância adotado neste trabalho foi de 5%.

#### **4.1 Aspectos éticos**

O projeto de pesquisa intitulado “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”, foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) Projeto: CAAE - 01140812.1.3001.5140; Número do parecer: 1.512.402 para a devida autorização e foi submetido ao COEP/UFMG Projeto: CAAE - 01140812.1.0000.5149. Todos os participantes da pesquisa assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B). Ambos os pareceres encontram-se no Anexo A e B do presente estudo.

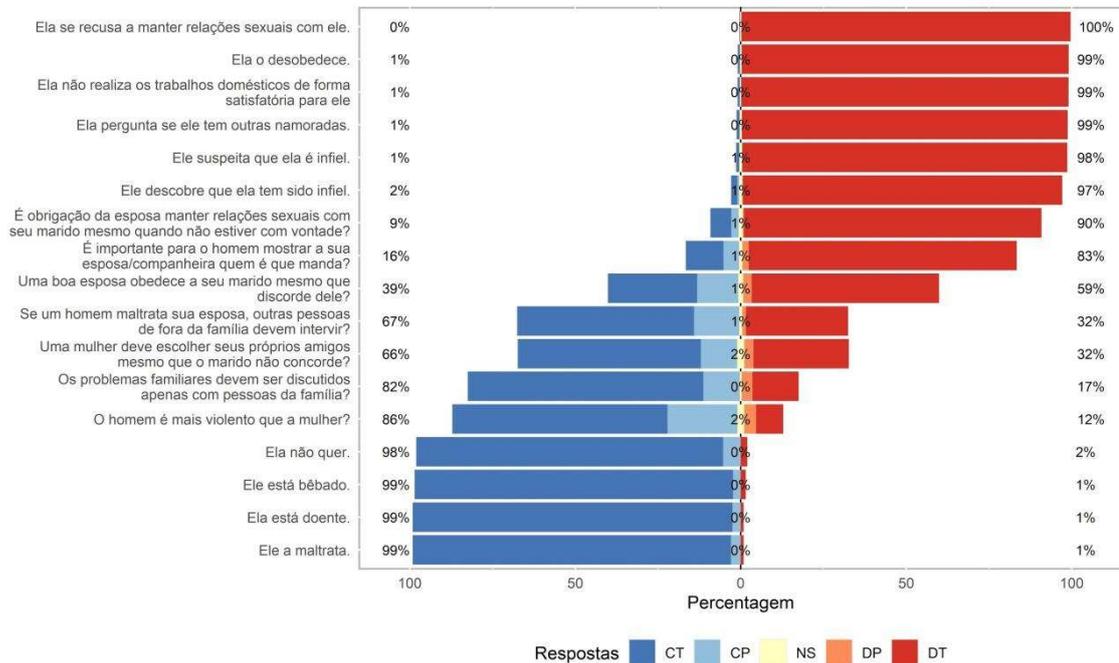
## 5 RESULTADOS

Foram entrevistados 830 usuárias e 848 profissionais do sexo feminino, que são atendidas e atendem na Atenção Primária de Belo Horizonte. Os resultados serão apresentados para as usuárias e, em seguida, para as profissionais.

### 5.1 Resultados referentes às usuárias da APS

O questionário foi aplicado a um total de 830 mulheres usuárias da APS de Belo Horizonte. O Gráfico 1 mostra a distribuição percentual dos itens que compõem a relação de gênero das usuárias da APS/BH no ano de 2017, considerando as respostas: concorda totalmente; concorda parcialmente, não sabe; discorda parcialmente e discorda totalmente. Este gráfico do tipo *likert* faz o ranqueamento dos piores para os melhores IRGP. Observam-se facilmente três conjuntos de itens: os que representam boa percepção por parte das entrevistadas (conjunto 1), os que dividem a opinião sobre estas relações de gênero (conjunto 2), e aqueles que representam uma percepção ruim da relação de gênero (conjunto 3). Considerando concordância (C), discordância (D) e parcialmente (P), para a maioria das respostas no conjunto 1 (boa percepção) os itens foram os seguintes: um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: Ela se recusa a manter relações sexuais com ele (D); Ela o desobedece (D); Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele (D); Ela pergunta se ele tem outras namoradas (D); Ele suspeita que ela é infiel (D); Ele descobre que ela tem sido infiel (D); É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade (D); É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda (D). Enquanto no conjunto 2 os itens foram os seguintes: Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele (P); Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir (P); Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda (P). Já no conjunto 3 (percepção ruim) os itens foram os seguintes: Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família (C); O homem é mais violento do que a mulher (C); uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: Ela não quer (C); Ele está bêbado (C); Ela está doente (C); Ele a maltrata (C).

Gráfico 1 - Distribuição percentual ordenada dos itens de relações de gênero para usuários



CT - concordo totalmente; CP - concordo parcialmente; NS - não sabe;

DT - discordo totalmente; DP - discordo parcialmente

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 1 apresenta a distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas qualitativo segundo as variáveis explicativas do banco de usuárias da pesquisa desenvolvida na APS na cidade de Belo Horizonte com 830 mulheres.

Em relação à distribuição univariada das variáveis explicativas, observou-se que 21,6% das entrevistadas estavam com idade entre 40 e 49 anos, 46,1% eram casadas/união estável, 50,6% eram pardas, 41,9% tinham o ensino médio, 50,1% moram com três ou quatro pessoas, 57,3% não tem pessoas desempregadas na família, 68,7% têm renda familiar de um a três salários mínimos, 53,6% não exerciam atividade remunerada, 69,3% não conheciam nenhum familiar ou parente próximo que foi assassinado, 68,7% não sofreram nenhum tipo de violência, 88,7% não sofreram violência física, 72,5% não sofreram violência verbal, 79,6% não sofreram violência moral/psicológica, 94,0% não sofreram violência sexual e 89,4% sofreram *bullying* - intimidação.

Com relação à distribuição univariada da variável resposta, observou-se que 59,6% obtiveram o IRGP alto.

Com relação à distribuição bivariada, observou-se que entre as usuárias com até 19 anos, 79,1% tiveram o IRGP alto, embora o tamanho da amostra nessa faixa etária tenha sido pequeno em relação às demais. Esse percentual foi de 69,8% para aquelas com idade de 20 a 29 anos, 65,2% para as solteiras, 66,7% para as pardas, 84,3% para as de ensino superior/pós graduação, 63,3% para aquelas com um ou dois moradores na casa, 65,3% para as que não tem pessoas desempregadas na família, 81,2% para as que têm renda familiar de quatro a cinco salários mínimos, 64,0% para as que possui trabalho remunerado, 61,4% para as que não tiveram nenhum familiar ou parente próximo que foi assassinado, 65,4% para as que sofreram algum tipo de violência, 63,0% para as que sofreram violência física, 65,6% para as que sofreram violência verbal, 65,4% para as que sofreram violência moral/psicológica, 66,7% para as que sofreram violência sexual e 61,3% para as que não sofreram *bullying* - intimidação.

Em relação à significância estatística do teste Qui-quadrado de homogeneidade, observou-se que as variáveis faixa etária, estado civil, escolaridade, número de moradores na casa, pessoas desempregadas na família, renda familiar, trabalho remunerado tiveram distribuições percentuais estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ ) para aquelas cujo o IRGP foi alto.

**Tabela 1** - Distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas qualitativo segundo as variáveis explicativas, banco de usuários, Pesquisa APS/BH, 2017

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	N	%			
<b>Faixa etária (em anos)</b>									
Até 19	9	20,9	34	79,1	0	0,0	43	5,2	<b>&lt; 0,0001</b>
De 20 a 29	42	25,9	113	69,8	7	4,3	162	19,5	
De 30 a 39	62	39,7	90	57,7	4	2,6	156	18,8	
De 40 a 49	59	33,0	115	64,2	5	2,8	179	21,6	
De 50 a 59	57	43,2	74	56,1	1	0,8	132	15,9	
60 ou mais	86	54,4	69	43,7	3	1,9	158	19,0	

Continua

Tabela 1 - continuação

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	N	%			
<b>Estado civil</b>									
Solteiro	95	31,8	195	65,2	9	3,0	299	36,0	<b>0,0081</b>
Casado/União estável	159	41,5	216	56,4	8	2,1	383	46,1	
Separado / Divorciado	28	31,8	57	64,8	3	3,4	88	10,6	
Viúvo	32	55,2	26	44,8	0	0,0	58	7,0	
Não informado	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	0,2	
<b>Cor / raça</b>									
Branca	74	35,9	128	62,1	4	1,9	206	24,8	0,4469
Amarela	16	33,3	32	66,7	0	0,0	48	5,8	
Indígena	5	62,5	3	37,5	0	0,0	8	1,0	
Preta	54	37,2	87	60,0	4	2,8	145	17,5	
Parda	165	39,3	243	57,9	12	2,9	420	50,6	
Não informado	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	0,4	
<b>Escolaridade</b>									
Sem escolaridade	132	59,7	84	38,0	5	2,3	221	26,6	<b>&lt; 0,0001</b>
Ensino fundamental	74	38,9	112	58,9	4	2,1	190	22,9	
Ensino médio	100	28,7	239	68,7	9	2,6	348	41,9	
Ensino superior / pós-graduação	9	12,9	59	84,3	2	2,9	70	8,4	
Não informado	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
<b>Número de moradores na casa</b>									
Um ou dois	74	34,4	136	63,3	5	2,3	215	25,9	<b>0,0131</b>
Três ou quatro	147	35,3	258	62,0	11	2,6	416	50,1	
Cinco ou mais	94	47,2	101	50,8	4	2,0	199	24,0	
<b>Tem alguém desempregado na sua família?</b>									
Sim	150	44,4	180	53,3	8	2,4	338	40,7	<b>0,0007</b>
Não	155	32,6	311	65,3	10	2,1	476	57,3	
Não informado	10	62,5	4	25,0	2	12,5	16	1,9	
<b>Qual é a renda familiar? (em S.M.)</b>									
Menor que 1	50	47,2	51	48,1	5	4,7	106	12,8	<b>&lt; 0,0001</b>
De 1 a 3	229	40,2	328	57,5	13	2,3	570	68,7	
De 4 a 5	12	17,4	56	81,2	1	1,4	69	8,3	
Acima de 5	5	18,5	21	77,8	1	3,7	27	3,3	
Não informado	19	32,8	39	67,2	0	0,0	58	7,0	

Continua

Tabela 1 - conclusão

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	N	%			
<b>Atualmente, você trabalha em atividade remunerada?</b>									
Sim	115	32,6	226	64,0	12	3,4	353	42,5	<b>0,0351</b>
Não	187	42,0	251	56,4	7	1,6	445	53,6	
Não informado	13	40,6	18	56,3	1	3,1	32	3,9	
<b>Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado?</b>									
Sim	94	40,0	140	59,6	1	0,4	235	28,3	0,6881
Não	218	37,9	353	61,4	4	0,7	575	69,3	
Não informado	3	15,0	2	10,0	15	75,0	20	2,4	
<b>Sofreu algum tipo de violência?</b>									
Sim	79	34,6	149	65,4	0	0,0	228	27,5	0,1712
Não	226	39,6	341	59,8	3	0,5	570	68,7	
Não informado	10	31,3	5	15,6	17	53,1	32	3,9	
<b>Agressão física</b>									
Sim	20	37,0	34	63,0	0	0,0	54	6,5	0,9041
Não	283	38,5	450	61,1	3	0,4	736	88,7	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Não informado	12	30,8	10	25,6	17	43,6	39	4,7	
<b>Agressão verbal</b>									
Sim	66	34,4	126	65,6	0	0,0	192	23,1	0,1879
Não	238	39,5	361	60,0	3	0,5	602	72,5	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Não informado	11	31,4	7	20,0	17	48,6	35	4,2	
<b>Agressão moral ou psicológica</b>									
Sim	45	34,6	85	65,4	0	0,0	130	15,7	0,3618
Não	257	38,9	401	60,7	3	0,5	661	79,6	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Não informado	13	34,2	8	21,1	17	44,7	38	4,6	
<b>Agressão sexual</b>									
Sim	3	33,3	6	66,7	0	0,0	9	1,1	1,0000
Não	299	38,3	478	61,3	3	0,4	780	94,0	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Não informado	13	32,5	10	25,0	17	42,5	40	4,8	
<b>Bullying (intimidação)</b>									
Sim	18	39,1	28	60,9	0	0,0	46	5,5	1,0000
Não	284	38,3	455	61,3	3	0,4	742	89,4	
Não se aplica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	0,1	
Não informado	13	31,7	11	26,8	17	41,5	41	4,9	
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>38,0</b>	<b>495</b>	<b>59,6</b>	<b>20</b>	<b>2,4</b>	<b>830</b>	<b>100,0</b>	

(\*) Teste Qui-quadrado de homogeneidade para IRGP alto segundo as variáveis explicativas.

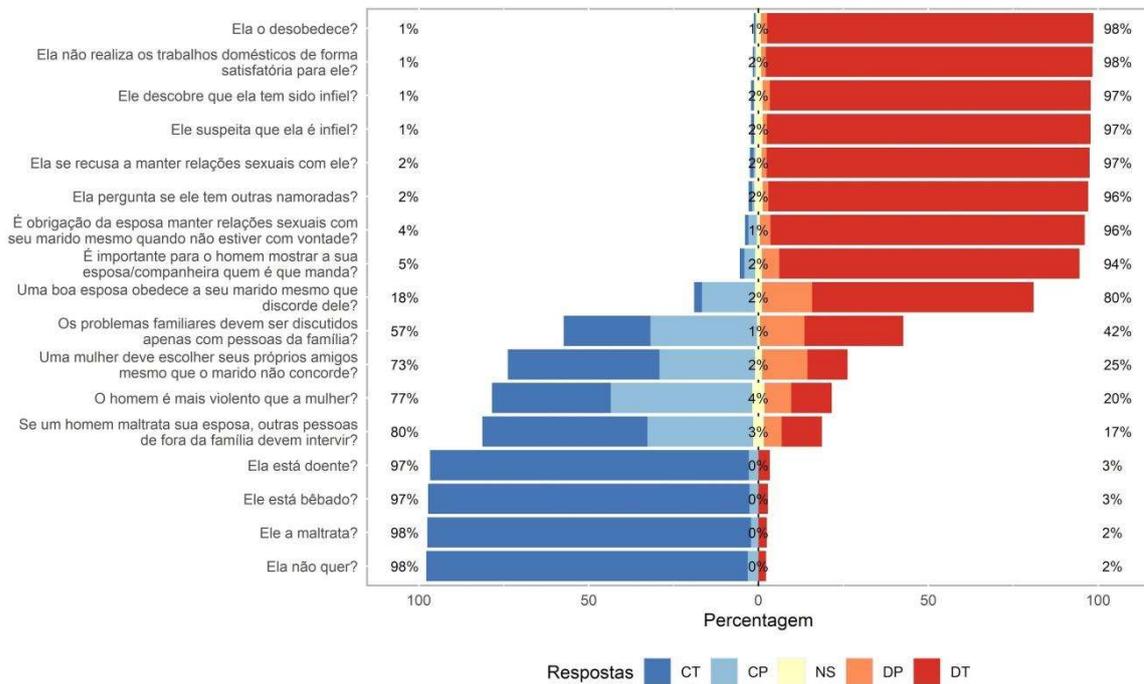
Fonte: Dados da pesquisa.

## 5.2 Resultados profissionais APS

O questionário foi aplicado a um total de 1.042 profissionais de Unidades Básicas de Saúde, sendo destes 848 mulheres. Os resultados abaixo se relacionam às respostas dessas mulheres, visto que as mesmas são objeto do presente estudo.

O Gráfico 2 mostra a distribuição percentual dos itens que compõe a relação de gênero das profissionais da APS/BH no ano de 2017, considerando as respostas: concorda totalmente; concorda parcialmente, não sabe; discorda parcialmente e discorda totalmente. Este gráfico do tipo *likert* faz o ranqueamento dos piores para os melhores IRGP. Observa-se facilmente três conjuntos de itens: os que representam boa percepção por parte das entrevistadas, os que dividem a opinião sobre estas relações de gênero, e aqueles que representam uma percepção ruim da relação de gênero. No conjunto 1 os itens foram os seguintes: um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: Ela o desobedece; Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele; Ele descobre que ela tem sido infiel; Ele suspeita que ela é infiel; Ela se recusa a manter relações sexuais com ele; Ela pergunta se ele tem outras namoradas; É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade; É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda; Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele. Enquanto que no conjunto 2 os itens foram os seguintes: Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. Já no conjunto 3 os itens foram os seguintes: Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda; O homem é mais violento do que a mulher; Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir; uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: Ela não quer; Ele está bêbado, Ela está doente; Ele a maltrata.

Gráfico 2 - Distribuição percentual ordenada dos itens de relações de gênero para profissionais



CT - concordo totalmente; CP - concordo parcialmente; NS - não sabe;

DT - discordo totalmente; DP - discordo parcialmente

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 apresenta a distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas qualitativo segundo as variáveis explicativas do banco de profissionais da pesquisa desenvolvida na APS na cidade de Belo Horizonte com 848 mulheres.

Em relação à distribuição univariada das variáveis explicativas, observou-se que 32,8% das entrevistadas estavam com idade entre 50 e 59 anos, 49,8% eram casadas, 44,5% eram pardas, 53,8% tinham o ensino médio, 32,2% tinham entre seis e 12 anos de trabalho, 73,9% não conheciam nenhum familiar ou parente próximo que foi assassinado, 50,0% sofreram algum tipo de violência, 84,0% não sofreram violência física, 51,4% não sofreram violência verbal, 63,6% não sofreram violência moral/psicológica, 90,2% não sofreram violência sexual e 75,7% não sofreram *bullying* - intimidação.

Com relação à distribuição univariada da variável resposta, observou-se que 45,0% obtiveram o IRGP alto.

Com relação à distribuição bivariada, observou-se que entre as profissionais com até 19 anos, 67,6% tiveram o IRGP alto, embora o tamanho da amostra nessa faixa etária tenha sido pequeno em relação às demais. Esse percentual foi de 52,8% para aquelas com idade de 30 a 39 anos, 47,8% para as solteiras, 55,2% para as brancas, 72,1% para as de pós-graduação, 56,6% para as com até três anos de trabalho, 48,0% para as que não tiveram nenhum familiar/parente/amigo próximo que foi assassinado, 47,5% para as que não sofreram algum tipo de violência, 47,8% para as que sofreram violência física, 46,8% para as que não sofreram violência verbal, 47,5% para as que sofreram violência moral/psicológica, 53,8% para as que sofreram violência sexual e 51,7% para as que sofreram *bullying* - intimidação.

Em relação à significância estatística do teste Qui-quadrado de homogeneidade, observou-se que as variáveis faixa etária, cor/raça, grau de instrução, tempo de trabalho, algum familiar/parente/amigo assassinado na família, violência física tiveram distribuições percentuais estatisticamente diferentes ( $p < 0,05$ ) para aquelas cujo o IRGP foi alto.

**Tabela 2** - Distribuição univariada e bivariada do índice de relações de gênero positivas qualitativo segundo as variáveis explicativas, banco de profissionais, Pesquisa APS/BH, 2017

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Faixa etária (em anos)</b>									
Até 29	10	29,4	23	67,6	1	2,9	34	4,0	<b>0,0016</b>
De 30 a 39	97	44,9	114	52,8	5	2,3	216	25,5	
De 40 a 49	134	53,8	111	44,6	4	1,6	249	29,4	
De 50 a 59	162	58,3	107	38,5	9	3,2	278	32,8	
60 ou mais	33	54,1	25	41,0	3	4,9	61	7,2	
Não Informado	8	80,0	2	20,0	0	0,0	10	1,2	
<b>Estado civil</b>									
Casado(a)	221	52,4	189	44,8	12	2,8	422	49,8	0,6920
União estável ou "amasiado"	47	56,0	36	42,9	1	1,2	84	9,9	
Viúvo(a)	13	68,4	6	31,6	0	0,0	19	2,2	
Solteiro(a)	100	49,8	96	47,8	5	2,5	201	23,7	
Divorciado(a)	56	50,0	52	46,4	4	3,6	112	13,2	
Não informado	7	70,0	3	30,0	0	0,0	10	1,2	

Continua

Tabela 2 - continuação

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Cor / raça</b>									
Branca	133	43,5	169	55,2	4	1,3	306	36,1	<b>0,0001</b>
Amarela	12	63,2	6	31,6	1	5,3	19	2,2	
Preta	83	58,9	50	35,5	8	5,7	141	16,6	
Parda	214	56,8	154	40,8	9	2,4	377	44,5	
Não informado	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	0,6	
<b>Grau instrução</b>									
Sem Escolaridade	7	77,8	1	11,1	1	11,1	9	1,1	<b>&lt; 0,0001</b>
Ensino Fundamental	43	76,8	11	19,6	2	3,6	56	6,6	
Ensino Médio	284	62,3	160	35,1	12	2,6	456	53,8	
Ensino Superior	62	41,6	84	56,4	3	2,0	149	17,6	
Pós-Graduação	44	25,6	124	72,1	4	2,3	172	20,3	
Não Informado	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6	0,7	
<b>Tempo trabalho (em anos)</b>									
Até 3	49	40,2	69	56,6	4	3,3	122	14,4	<b>&lt; 0,0001</b>
Entre 3 a 6	78	42,9	98	53,8	6	3,3	182	21,5	
Entre 6 a 12	144	52,7	123	45,1	6	2,2	273	32,2	
Maior que 12	173	63,8	92	33,9	6	2,2	271	32,0	
<b>Você tem algum familiar, parente ou amigo que tenha sido assassinado?</b>									
Sim	110	61,5	68	38,0	1	0,6	179	21,1	<b>0,0222</b>
Não	318	50,7	301	48,0	8	1,3	627	73,9	
Não informado	16	38,1	13	31,0	13	31,0	42	5,0	
<b>Sofreu algum tipo de violência?</b>									
Sim	230	54,2	187	44,1	7	1,7	424	50,0	0,3691
Não	205	51,8	188	47,5	3	0,8	396	46,7	
Não informado	9	32,1	7	25,0	12	42,9	28	3,3	
<b>Violência física</b>									
Sim	53	68,8	23	29,9	1	1,3	77	9,1	<b>0,0041</b>
Não	365	51,3	340	47,8	7	1,0	712	84,0	
Não informado	26	44,1	19	32,2	14	23,7	59	7,0	
<b>Violência verbal</b>									
Sim	197	53,1	167	45,0	7	1,9	371	43,8	0,6646
Não	229	52,5	204	46,8	3	0,7	436	51,4	
Não informado	18	43,9	11	26,8	12	29,3	41	4,8	
<b>Violência moral/psicológica</b>									
Sim	132	51,4	122	47,5	3	1,2	257	30,3	0,6830
Não	288	53,4	246	45,6	5	0,9	539	63,6	
Não informado	24	46,2	14	26,9	14	26,9	52	6,1	

Continua

Tabela 2 - conclusão

Variáveis explicativas	Índice de relações de gênero positivas qualitativo (IRGP)						Total		Valor p (*)
	Baixo		Alto		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
<b>Violência sexual</b>									
Sim	6	46,2	7	53,8	0	0,0	13	1,5	0,7930
Não	403	52,7	354	46,3	8	1,0	765	90,2	
Não informado	35	50,0	21	30,0	14	20,0	70	8,3	
<b>Bullying (intimidação)</b>									
Sim	71	47,7	77	51,7	1	0,7	149	17,6	0,1477
Não	348	54,2	287	44,7	7	1,1	642	75,7	
Não informado	25	43,9	18	31,6	14	24,6	57	6,7	
Total	444	52,4	382	45,0	22	2,6	848	100,0	

(\*) Teste Qui-quadrado de homogeneidade para IRGP alto segundo as variáveis explicativas.

Fonte: Dados da pesquisa.

### 5.3 Resultados usuários x profissionais

Aqui nesta seção será realizada a comparação entre usuárias e profissionais.

Em relação à distribuição univariada das variáveis explicativas, observou-se que as profissionais eram mais velhas do que as usuárias (32,8% das entrevistadas estavam com idade entre 50 e 59 anos), as profissionais também apresentaram um maior percentual de mulheres casadas (49,8%), com ensino médio (53,8%) e de mulheres que não conhecem nenhum familiar ou parente próximo que foi assassinado (73,9%). Em contrapartida, observou-se que as usuárias em comparação com as profissionais, eram em maioria pardas (50,6%), não sofreram nenhum tipo de violência (68,7%), não sofreram violência física (88,7%), não sofreram violência verbal (72,5%) não sofreram violência moral/psicológica (79,6%), não sofreram violência sexual (94,0%) e não sofreram *bullying* – intimidação (89,4%).

Com relação à distribuição univariada da variável resposta, observou-se que (59,6%) das usuárias obtiveram o IRGP qualitativo alto, um percentual maior do que as profissionais entrevistadas (45,0%).

Com relação à distribuição bivariada, observou-se que quando comparados os grupos de usuárias e profissionais, as usuárias com idade até 19 anos,

apresentaram o melhor IRGP alto (79,1%), embora o tamanho da amostra nessa faixa etária tenha sido pequeno em relação às demais. Esse percentual também foi maior para as usuárias solteiras (65,2%), para as de ensino superior/pós-graduação (84,3%), para as que não tiveram nenhum familiar ou parente próximo que foi assassinado (61,4%), para as que sofreram violência física (63,0%), para as que sofreram violência moral/psicológica (65,4%) e para as que sofreram violência sexual (66,7%) quando confrontados com o grupo das profissionais. Já as usuárias pardas (66,7%) obtiveram o IRGP alto melhor que as profissionais brancas (55,2%), bem como, as usuárias que sofreram algum tipo de violência (65,4%) tiveram o IRGP alto melhor do que as profissionais que não sofreram nenhum tipo de violência (47,5%). As usuárias que sofreram violência verbal (65,6%) obtiveram o IRGP alto melhor do que as profissionais que não sofreram violência (46,8%) e por fim as usuárias que não sofreram *bullying* – intimidação obtiveram melhor o percentual do IRGP alto (61,3%) em relação às profissionais que sofreram *bullying* – intimidação (51,7%).

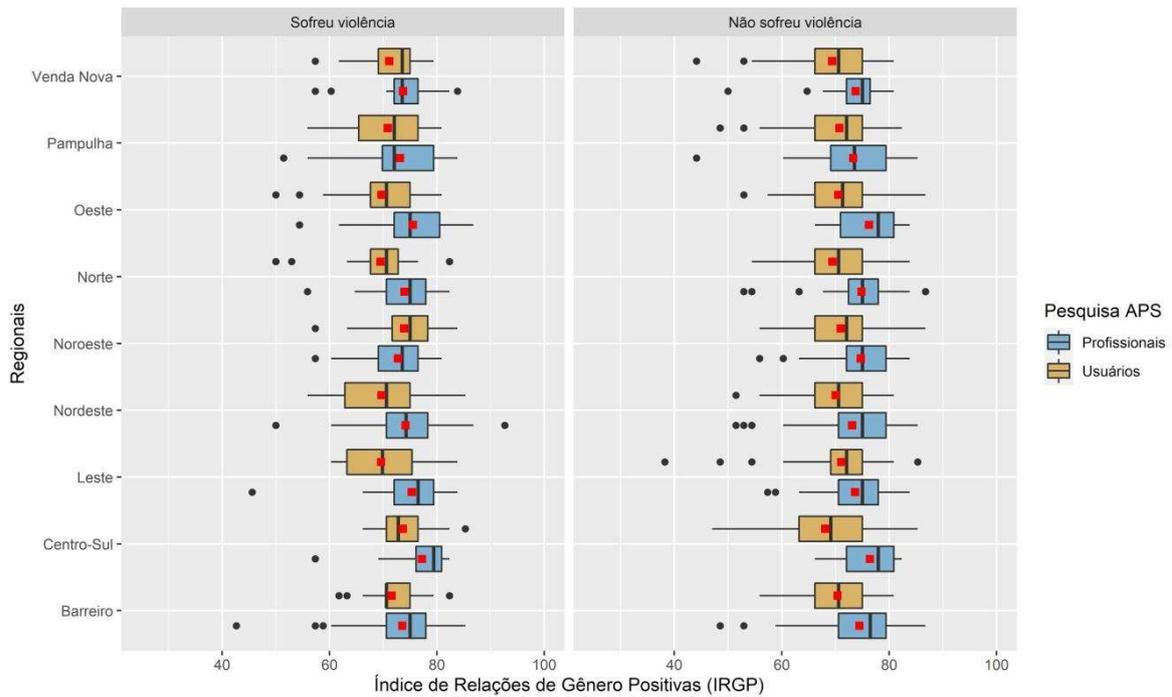
As profissionais apresentaram mais alto o percentual de IRGP baixo (52,4%) quando comparados ao IRGP baixo das usuárias (38,0%).

A mediana do IRGP foi maior entre as profissionais do que entre as usuárias. O valor numérico da mediana do IRGP no banco de dados das usuárias foi de 70,5, enquanto no banco de dados de profissionais foi de 75,0.

Prosseguindo a comparação entre profissionais e usuárias, o Gráfico 3 apresenta a distribuição do IRGP por região administrativa de Belo Horizonte combinando duas outras variáveis qualitativas: sofreu ou não violência, e se eram usuárias ou profissionais. Com base neste gráfico, observa-se que em termos medianos os maiores IRGP ocorreram para as profissionais, independente se sofreu ou não violência, exceto na Regional Noroeste quando a entrevistada sofreu violência. Percebeu-se uma diferença maior das profissionais em relação às usuárias na Regional Centro-Sul independentemente se o critério for a mediana (linha dentro da caixa) ou a média (quadrado dentro da caixa). Em relação às usuárias e profissionais entrevistadas nas UBS de Belo Horizonte com base no índice de relações de gênero positivas das mulheres que sofreu violência, observa-se que o indicador de relações de gênero positivas da Regional Nordeste e Leste apresentaram maior variação, quando comparadas às demais regionais de Belo

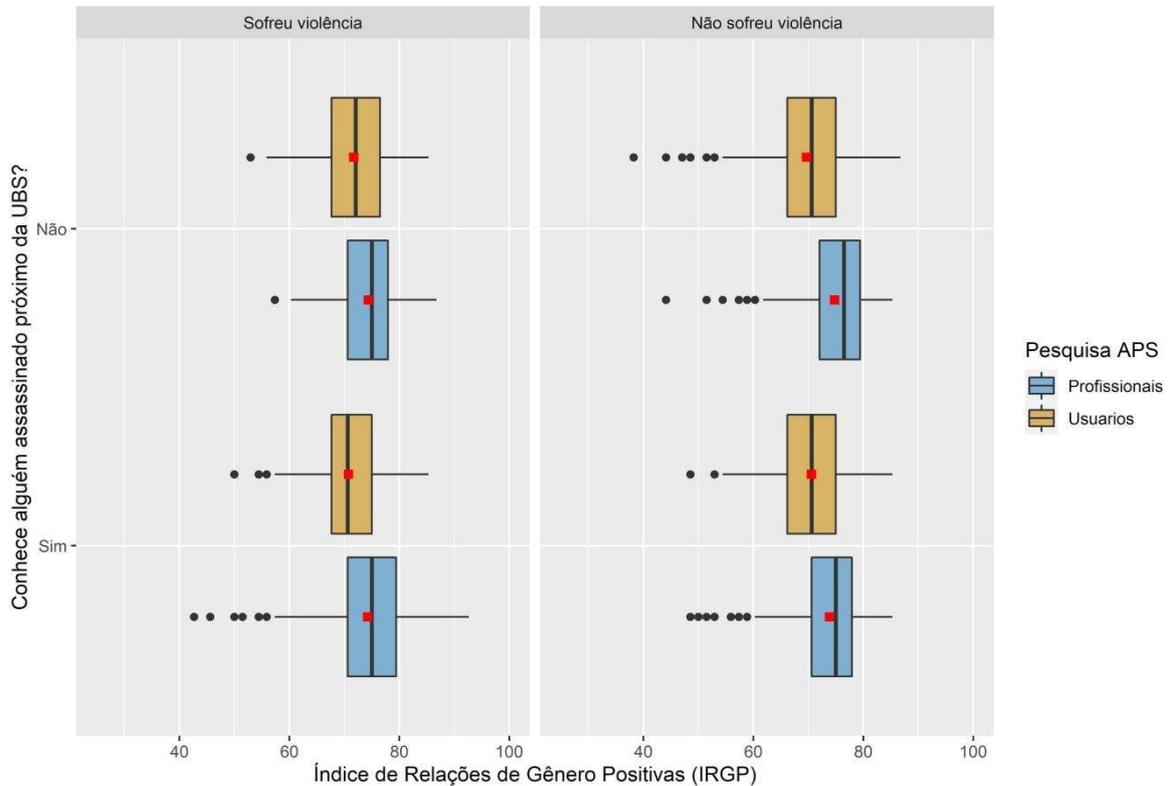
Horizonte. As regionais que apresentaram menor variação foram as Regionais Venda Nova e Centro-Sul.

Gráfico 3 - Distribuição do IRGP por região administrativa de Belo Horizonte, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais



O Gráfico 4 apresenta a distribuição do IRGP considerando se as entrevistadas, sejam elas usuárias ou profissionais, conhecem alguém que foi assassinado próximo de alguma UBS das regionais de Belo Horizonte, pactuando outras duas variáveis qualitativas: sofreu ou não violência, e se eram usuárias ou profissionais. Com base neste gráfico, observam-se os maiores IRGP para as profissionais, independente se sofreu ou não violência. Considerando a variável qualitativa sofreu violência nota-se uma semelhança na variação do IRGP entre as usuárias que não conhecem alguém assassinado próximo da UBS com as profissionais que conhecem.

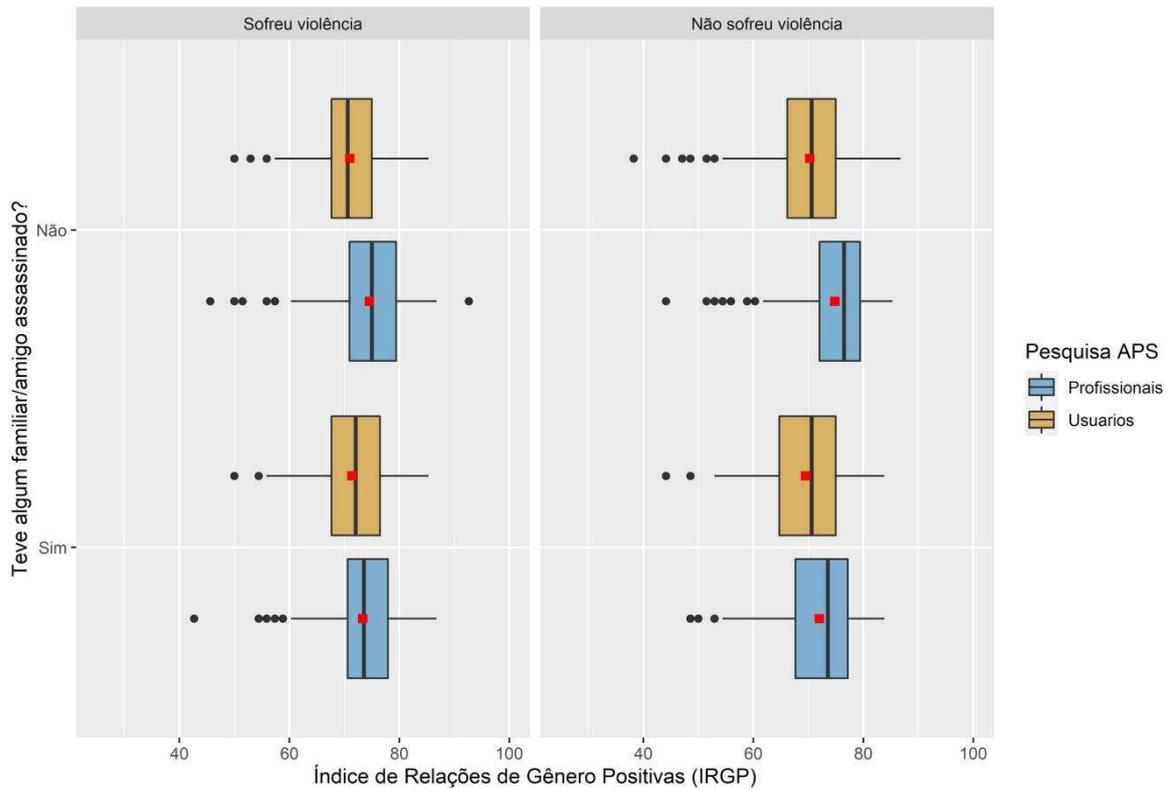
Gráfico 4 - Distribuição do IRGP por conhecimento de alguém que foi ou não assassinado próximo de alguma UBS, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais



Fonte: Dados da pesquisa.

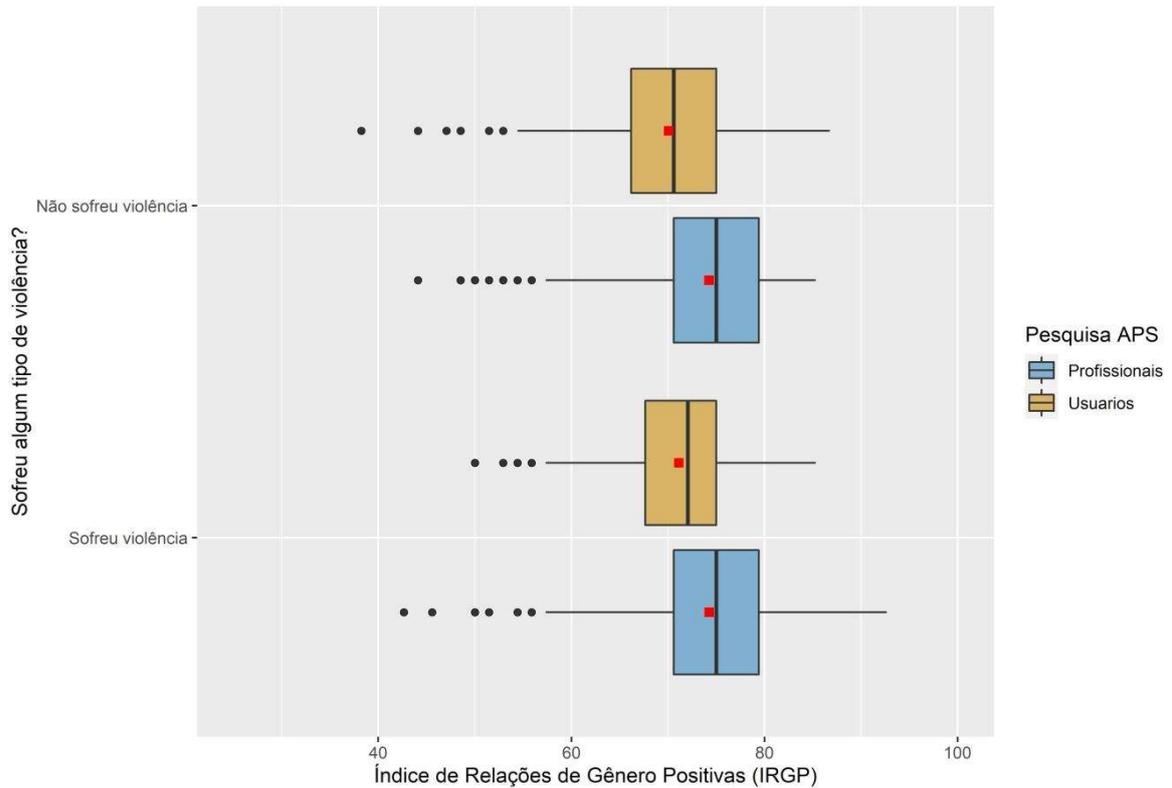
O Gráfico 5 apresenta a distribuição do IRGP considerando se as entrevistadas, sejam elas usuárias ou profissionais, tiveram algum familiar ou amigo assassinado, estipulando outras duas variáveis qualitativas: sofreu ou não violência, e se eram usuárias ou profissionais. Com base neste gráfico, observam-se os maiores IRGP para as profissionais, independente se sofreu ou não violência. Em relação às não vítimas de violência nota-se uma ligeira maior variação do IRGP para as usuárias.

Gráfico 5 - Distribuição do IRGP de ter tido algum familiar/amigo que foi ou não assassinado, segundo a vitimização ou não de violência por parte das usuárias e profissionais



O Gráfico 6 apresenta a distribuição do IRGP considerando se as entrevistadas, sejam elas usuárias ou profissionais, sofreu ou não violência. De acordo com este gráfico, observam-se os maiores IRGP para as profissionais, independente se sofreu ou não violência. Considerando as entrevistadas que não sofreram violência percebe-se uma maior variação do IRGP para as usuárias, enquanto as que sofreram violência apresentaram uma variação maior para as profissionais.

Gráfico 6 - Distribuição do IRGP por ter sofrido ou não algum tipo de violência, segundo as usuárias e profissionais



Fonte: Dados da pesquisa.

O teste de Shapiro Wilks rejeitou a normalidade do IRGP das profissionais e das usuárias, independente se sofreram ou não violência. Assim, o teste não paramétrico de Mann Whitney foi realizado para comparar a mediana do IRGP das profissionais com a do IRGP das usuárias, entre aquelas que sofreram violência, e em seguida entre as que não sofreram violência. Com 5% de significância, o teste rejeitou a igualdade destas medianas. Portanto, a percepção mediana entre as profissionais e as usuárias é estatisticamente diferente, independente se sofreram ou não violência.

## 6 DISCUSSÃO

Na análise univariada em relação ao grau de instrução, observou-se que o nível de escolaridade das profissionais é maior, embora haja profissionais sem escolaridade ou com apenas ensino fundamental e apenas (37,9%) tem curso superior/pós-graduação. Em consonância com os achados encontrados nesta pesquisa, alguns autores confirmam que mulheres vítimas de violência possuem baixa escolaridade (GÓMEZ-DANTÉS *et al.*, 2006; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012). Ademais, Garcia *et al.* (2015) concluíram que as mulheres vítimas de feminicídios no Brasil entre 2009 e 2011 tinham menos de oito anos de estudo. Segundo Carvalhaes e Paes (2014), a baixa escolaridade é uma realidade comum entre as mulheres que sofrem violência. Sabe-se que quando a mulher não tem formação escolar isto contribui bastante para que a mesma permaneça no ciclo da violência devido à dependência financeira. Já Biswas *et al.* (2017) enfatizam que quanto menor for o nível de escolaridade da mulher, maior é a probabilidade dela aceitar as violações de direitos e as agressões como: chutes, socos, tapas, empurrões. Esta agressividade pode aumentar e chegar à última etapa de um ciclo de violência, que são os feminicídios.

Conforme Moura, Netto e Souza (2012), as agressões, salvo exceções, sempre vêm de quem detém o poder na relação sendo que as mulheres com menor nível de escolaridade são as que mais vivenciam a violência de gênero. Consoante Gómez-Dantés *et al.* (2006) reitera-se que a constatação da violência contra as mulheres com maior escolaridade reflete, indiscutivelmente, conflitos de gênero vinculados à competição das mulheres por espaços de trabalho, melhores níveis de renda e graus de autonomia associados ao ensino superior. De acordo com Bueno *et al.* (2019), à medida que aumenta o nível de escolaridade das mulheres, a taxa de violência sofrida dentro de casa diminui. Segundo Moura, Netto e Souza (2012), a população feminina com menor renda familiar ou escolaridade está no patamar mais baixo de conhecimento da Lei Maria da Penha, ou seja, são mulheres com menos conhecimento dos seus direitos previstos em lei.

Para Gomes e Batista (2015), o fenômeno da violência fatal contra as mulheres vem crescendo, em proporções maiores que a dos homicídios masculinos nos últimos anos. A Lei Maria da Penha é um avanço na nossa sociedade punindo

os infratores em casos de violência doméstica contra a mulher. Enquanto o feminicídio tem um agravante na pena porque atentou contra a vida das mulheres, um dos direitos assegurados pela Carta Magna, quando se tem a violência doméstica e familiar e o menosprezo ou discriminação à condição de mulher, corroborando neste sentido com os achados da pesquisa que as usuárias de saúde tem um IRGP mais baixo, portanto a maior parte delas estão mais vulneráveis à violência.

Quanto à ocupação de trabalho, constatou-se que no banco das usuárias a maioria das mulheres atualmente não tem trabalho remunerado, ou seja, são mulheres donas de casa ou que no momento estão desempregadas. Na visão de Moura, Netto e Souza (2012), as mulheres dependentes financeiramente tendem mais a se silenciar diante da agressão, justificando o medo de denunciar a violência e ter a punição do companheiro ou pela falta de condições de se manter sozinha, pensando que continuar com o parceiro íntimo é melhor para os filhos, ou pelos preconceitos e estereótipos de gênero, familiares ou culturais que sofrem com a separação. Complementam Nobrega *et al.* (2016) dizendo que os baixos níveis de educação entre as vítimas refletem menor renda familiar. Nesta perspectiva, Pereira *et al.* (2013) sugerem que um maior grau de instrução e independência financeira pode funcionar como um fator de proteção contra as desigualdades de gênero, proporcionando maior autonomia, empoderamento feminino, controle de recursos e, portanto, redução da violência.

Em se tratando de cor de pele das mulheres vítimas de violência, pode-se constatar que maioria das mulheres, que trabalham (profissionais) ou que são atendidas (usuárias) na UBS de Belo Horizonte, se autodeclararam cor de pele parda, sendo menor a incidência de mulheres de cor negra. Esse resultado contradiz outros estudos nacionais. Segundo Meneghel *et al.* (2017), as mulheres negras têm o risco de morrer duas vezes maior que as brancas. O estudo realizado por Fon (2014) fala que no Brasil em 2010, 61% dos óbitos foram de mulheres negras, as quais foram as principais vítimas em todas as regiões, exceto na região Sul do país.

A taxa de mortalidade das mulheres negras é maior do que as mulheres brancas, segundo o Atlas da Violência de 2019, verifica-se que a taxa de homicídios de mulheres não negras teve crescimento de 1,6% entre 2007 e 2017, a taxa de homicídios de mulheres negras (pardas e pretas) cresceu 29,9%. Em 2017, a taxa

de homicídios de mulheres não negras (brancas, amarelas e indígenas) foi de 3,2 a cada 100 mil mulheres não negras, ao passo que entre as mulheres negras a taxa foi de 5,6 para cada 100 mil mulheres neste grupo (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Segundo Fon (2014), a violência contra a mulher negra é entendida como fruto de dupla discriminação, tanto pela subordinação de gênero, pelo fato de ser mulher, tanto pela subordinação da raça, por ela ser negra, mostrando esse sistema de opressão através do racismo e sexismo. Estas raízes racistas e patriarcais aumentam as desigualdades e as violências contra as mulheres. Moura, Netto e Souza (2012) acham que as mulheres negras tendem a denunciar menos os seus agressores, sobretudo se negros. Para os autores as mulheres negras tenderiam a protegê-los por medo dos estigmas que os acompanham na relação com os órgãos de repressão.

É importante observar que as profissionais entrevistadas na pesquisa em termos medianos (quantitativos) apresentam maiores IRGP, revelando que estas profissionais tiveram percepções melhores quanto ao grupo de itens que compõem as relações de gênero, quando comparada com as usuárias.

Analisando a distribuição percentual dos itens que compõem a percepção de relação de gênero das usuárias/profissionais da APS/BH no ano de 2017 nota-se algumas diferenças no percentual das afirmações quando as mulheres responderam se “os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família, em relação à violência e aos papéis de gênero”. As usuárias apresentaram uma percepção pior do IRPG, quando comparado com as profissionais, 82% das usuárias concordam totalmente ou parcialmente que os casos de violência devem ser tratados e resolvidos no âmbito do casal e da família, subentendendo que “briga de marido e mulher não se mete a colher” e que as discussões, as brigas no relacionamento íntimo devem ficar no ambiente privado. Observa-se também na pesquisa que as mulheres entrevistadas com curso superior apresentaram menor tendência em concordar com esta afirmação. Em consonância com os achados nessa pesquisa Barros e Silva (2019) descrevem que a sociedade brasileira ainda possui uma visão de família nuclear patriarcal em que o homem é percebido como o chefe da família e a esposa, por sua vez, deve se dar ao respeito e se comportar segundo o papel prescrito pelo modelo patriarcal heteronormativo. Segundo Acosta *et al.* (2015), o apoio da família se torna imprescindível frente ao acolhimento à

---

vítima, bem como ao suporte no momento de desamparo. No entanto, fruto da cultura que valoriza os padrões sexuais hierárquicos, é comum a própria sociedade culpabilizar a mulher pelo fato ocorrido, mostrando neste sentido a desigualdade entre os sexos, marcado pela diferença do poder e o autoritarismo do homem. Para Lee (2016), culpabilizar a mulher tem sido uma justificativa dada para essa forma extrema de violência contra a mulher. Além disso, é um estereótipo antigo, fruto de uma dimensão machista e sexista que abarca toda a sociedade.

Importante destacar nesta discussão que se os conflitos entre o casal se tornarem violentos, a separação física do casal é desejável, não devendo a mulher tolerar a violência pelos filhos ou por qualquer outra razão, e, caso o marido cometa qualquer tipo de agressão, seja ela física, sexual, psicológica ou qualquer outro tipo de violência, é caso para intervenção da sociedade na esfera privada, porque em “briga de marido e mulher deve-se, sim, meter a colher”, pois a intervenção de terceiros pode significar a manutenção ou a perda da vida dessa mulher. A ideia de uma rede de acolhimento envolvendo esforços de todos os lados da sociedade e do Estado ajuda a combater e a prevenir o feminicídio.

Outro ponto importante na pesquisa que apresentou diferenças significativas de percentual em relação aos itens que compõe o IRGP foi quando as mulheres responderam a seguinte assertiva: “uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele”. Observamos que os profissionais têm uma melhor percepção do IRGP, quando comparados às usuárias. Esta análise mostra que as usuárias tendem a ser mais submissas e controladas pelo outro gênero, o que sugere que sofram mais com a violência praticada pelo parceiro, se comparado ao grupo das profissionais. As profissionais costumam ter uma autonomia maior nas suas decisões e serem mais independentes economicamente. Os agressores muitas vezes acreditam que a mulher seja um objeto de sua propriedade, tendo assim o poder de fazer dela uma coisa sua, dominando a vida dela, de forma que se sintam subordinadas e inferiores a eles, características próprias do machismo e do sistema patriarcal que perdura ainda na sociedade moderna. De acordo com conclusões de Meneghel *et al.* (2017) as mulheres que adquirem autonomia sexual e econômica tencionam os padrões tradicionais de gênero e há um risco maior de feminicídios, pois elas se contrapõem ou rompem situações de subordinação. Os homens, ao perderem o papel de provedor e de chefe de família, muitas vezes reagem de modo

agressivo, e isso pode aumentar o número de situações de violência entre os gêneros, o que é contrário à afirmação anterior na qual a melhor escolaridade e independência feminina reduziram os casos de violência. Assim, a mudança nos papéis tradicionais de gênero em países, regiões ou cidades onde ainda não há equidade econômica e de gênero, faz aumentar o risco de vitimização e morte, mostrando que contexto local também interfere no desfecho do feminicídio. O discurso ouvido por muitas mulheres “Você deve ser uma boa esposa a seu marido, para que ele goste de ficar em casa, para que você possa ficar livre para cuidar da casa e dos filhos” é uma frase própria da cultura patriarcal.

Quanto à variável explicativa “se o homem é mais violento do que a mulher”, a pesquisa obteve resultados semelhantes entre as usuárias e profissionais participantes, já que ambos os grupos de mulheres tiveram boas percepções do IRGP, no entanto, as profissionais obtiveram um percentual ligeiramente maior. Em consonância com o presente estudo, Barbosa *et al.* (2019) explicam que os comportamentos agressivos que os homens praticam contra as mulheres são geralmente mais sérios e que a grande maioria dos casos de violência de gênero, são cometidos por homens. Vários relatórios mundiais da OMS também confirmam a assertiva. Ainda conforme a literatura sobre o tema, a maioria dos agressores são do sexo masculino e conhecidos das vítimas (GARCIA; SILVA, 2018; NOBREGA *et al.*, 2016).

A violência de gênero é um problema complexo com múltiplas variáveis. Um óbice relacionado à aplicabilidade da lei está na falta de um olhar humanizado, um atendimento integral que na prática não acontece com as mulheres que sofreram algum tipo de violência. O principal motivo está na falta de comunicação entre os órgãos que deveriam estar envolvidos no trabalho de amparo para essas mulheres. A integração entre todas as partes envolvidas: municípios, estados e governo federal junto com o Ministério Público, Defensoria Pública e sociedade civil se faz necessária para que possam assistir a mulher da melhor forma possível, combatendo e auxiliando a mulher em situação de violência.

Em relação à análise univariada qualitativa “se sofreu algum tipo de violência”, nota-se que as profissionais obtiveram um percentual do IRGP alto, quase duas vezes maior em relação às usuárias. Salutar saber que todas as formas de violência analisadas pela pesquisa (física, verbal, psicológica/moral, sexual,

*bullying*) indicaram que as profissionais tiveram um IRGP alto maior, quando comparadas com as usuárias. Houve uma predominância em ambos os grupos de pesquisa da violência verbal, seguida da violência moral/psicológica e por fim a violência física, um achado inesperado neste estudo. Contrapondo os achados desta pesquisa, Schraiber *et al.* (2007), através de seu estudo, relatam que uma base populacional no Brasil mediu a ocorrência de violência contra as mulheres constatando que 43% delas declararam ter sofrido violência de homens durante a vida e 33%, 13% e 27% admitiram ter sofrido alguma forma de violência física, sexual e psicológica, respectivamente. Uma pesquisa realizada por Lindner *et al.* (2015) mostrou que o resultado desta pesquisa foi semelhante com o percentual das usuárias que sofreu violência. As autoras afirmam que na América Latina e no Caribe, aproximadamente um terço das mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante a sua vida. No âmbito global, uma em cada três mulheres no mundo já sofreu violência física ou sexual por parte do parceiro íntimo ou de terceiros ao longo da vida. Na maioria dos casos, a violência envolve o parceiro íntimo, segundo Barufaldi *et al.* (2017). Destarte, Saffioti (2009) relata que o patriarcado é a dominação masculina que pode se exteriorizar ostensivamente, através da violência física ou sexual, mas também através da violência simbólica, neste sentido observa-se todos os tipos de violência na pesquisa realizada, predominando a violência verbal entre as usuárias e as profissionais.

Além disso um estudo realizado em dez países identificou altas taxas de violência física (de 12,9% no Japão a 61% no Peru), violência sexual (de 6,2% no Japão a 58,6% na Etiópia) e violência psicológica (de 21% no Japão a 90% na República da Tanzânia), indicando que as estatísticas globais têm uma alta prevalência de violência contra as mulheres. Segundo Leite *et al.* (2014), alguns autores informam que a violência contra a mulher se expressa, principalmente, por meio da violência física, sexual e psicológica, afetando sua integridade biopsicossocial. Em sua maioria, os atos sofridos pelas mulheres são realizados dentro da própria família por pessoas íntimas, particularmente no âmbito doméstico. Nesse horizonte, entende-se que a violência contra as mulheres evidencia o propósito de corrigir a transgressão (alguma conduta fora do papel atribuído) e garantir a continuidade de uma ordem tradicional de valores imposta por razões de gênero (SOUSA, 2016).

---

A partir da Lei Maria da Penha foram criadas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), Casas-abrigo, Centros de Referência da Mulher e Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, visando um atendimento qualificado, humanizado, respeitoso e integral às mulheres vítimas de violência. No entanto, apesar de investimentos dos estados e município nos serviços de saúde às mulheres vítimas de violência na última década, eles não corresponderam à demanda e muitos não estavam preparados para fazer o atendimento previsto. Percebe-se muitos problemas de acolhimento nas DEAM e principalmente nas delegacias comuns, problemas no Poder Judiciário com o Ministério Público que trabalham usando a mesma lógica de um processo criminal comum, não considerando o que prevê a legislação para conceder medidas protetivas para as vítimas de violência doméstica.

Segundo Meneghel *et al.* (2017), é necessário implantar protocolos nos serviços de saúde, tanto na atenção básica, quanto nos níveis de maior complexidade, para identificar a violência contra a mulher e o risco de morte.

Quando se analisa as variáveis quantitativas em relação ao IRGP alto das mulheres participantes nesta pesquisa, observa-se que as mulheres que têm os maiores indicadores são solteiras, jovens, com nível de escolaridade superior, que trabalham remuneradamente e que não têm amigo/familiar assassinado. Em consonância com a presente pesquisa foi observado numa pesquisa realizada por Lindner *et al.* (2015), na qual as mulheres apresentaram maior vulnerabilidade, principalmente em relação à menor escolaridade e renda, portanto políticas públicas específicas são necessárias no combate, na contenção da violência de gênero e no acolhimento destas vítimas. Outra pesquisa aponta que, adultas jovens, solteiras e com vulnerabilidades sociais (desemprego, baixo nível educacional e menores oportunidades) são as principais vítimas de feminicídio (COSTA, 2020).

Segundo Meneghel *et al.* (2017), a ocorrência de feminicídio no Brasil possui correlação negativa com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e com a proporção de mulheres casadas e correlação positiva com a proporção de mulheres solteiras, de escolaridade baixa e negras. Este achado referente à cor/raça das mulheres mostrou-se divergente em ambos os grupos da pesquisa da APS. Isto significa que a composição, o comportamento e as atividades humanas são fatores que podem impulsionar a maior ocorrência do feminicídio em sociedades patriarcais.

Neste estudo, analisando a variável bivariada qualitativa em relação ao estado civil e o IRGP das mulheres, observou-se que solteiras em ambos os grupos tiveram o IRGP alto maior, se comparado com as casadas. Segundo Moura, Netto e Souza (2012), as mulheres solteiras não têm vínculo matrimonial, o que sugere um fator que predispõe para a denúncia à violência de gênero. Entretanto, a maioria dessas mulheres tem companheiro, mas não uma relação estável. Conforme Meneghel e Hirakata (2011), o período em que a mulher está tentando obter o término do relacionamento desperta um sentimento de ódio e vingança no marido/companheiro/namorado, existindo assim um risco para feminicídio, por isso é importante conhecer a situação conjugal como medida de proteção. No Canadá as taxas de homicídio foram oito vezes maiores para mulheres em coabitação do que para as casadas. Desta forma, a reação de ódio ocorre quando a mulher adquire autonomia ao ascender posições de autoridade, de poder econômico ou político ou ainda quando exerce autonomia sobre o seu corpo, desrespeitando regras de fidelidade, segundo Silva (2019).

Destarte, Barros e Silva (2019) afirmam que não existe paixão ou amor no feminicídio. São crimes de poder, que evidenciam a força do patriarcado e sustenta a autoridade masculina para controlar, com poder punitivo.

Em relação à análise multivariada quantitativa dos IRGP, por meio dos *boxplots*, observou-se em termos medianos que as profissionais que tiveram algum familiar/amigo assassinado, que conhecem alguém que foi assassinado ou que sofreu violência, independentemente de ter sofrido violência ou não, foram as que tiveram o maior IRGP, quando comparadas às usuárias. Estes achados na presente pesquisa estão de acordo com o esperado e com a literatura conforme já explicado em algumas evidências no trabalho.

Outro ponto importante para destacar na pesquisa é quando perguntado à participante do sexo feminino se “um homem tem boas razões para bater em sua esposa, quando ele suspeita que ela é infiel”. Observou-se que tanto as profissionais quanto as usuárias têm boas percepções do IRGP, mostrando que quase todas as mulheres entrevistadas discordam parcialmente ou totalmente da atitude de um homem agredir a sua esposa por ciúmes. Embora tenha mudado a cultura no enfrentamento à violência de gênero, ainda persistem percentuais de IRGP baixo, indicando que ainda persiste um sistema patriarcal de dominação masculina. A

violência desencadeada por ciúmes constitui um sentimento de posse sobre a mulher. Com base nesse sentimento, o homem costuma afirmar que “se ela não for dele, não será de mais ninguém”, geralmente tendo o ápice diante do homicídio, conforme menciona Acosta *et al.* (2015) em seu estudo. Percebe-se diante destas características atitudes patriarcais que controlam as mulheres. Corroborando neste sentido Pereira (2019) diz que o homem busca motivar a realização da agressão, levando a culpa à vítima, que por ser infiel ou desleal à sua honra, merecia ser violentada e muitas vezes morta.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se na pesquisa que, em termos medianos, os maiores IRGP ocorreram para as profissionais que sofreram violência, em todas as regionais de Belo Horizonte. Percebe-se que estas profissionais tiveram percepções melhores quanto ao grupo de itens que compõem as relações de gênero, quando comparada com as usuárias. Analisando a distribuição univariada do IRGP, percebe-se que a quantidade de usuárias que obtiveram o IRGP alto foi maior que o número de profissionais. Em ambos os grupos (usuárias e profissionais) as mulheres que obtiveram o IRGP alto eram solteiras, jovens adultas, ensino superior/pós-graduação, que sofreram algum tipo de violência, violência física, violência moral/psicológica e violência verbal e que não tinha nenhum amigo/parente assassinado.

Sobre a percepção das usuárias e das profissionais sobre a violência doméstica e assassinatos de mulheres, com base em indicadores do IRGP, percebe-se através da pesquisa que ambos os grupos possuem uma parcela significativa de vítimas de agressões verbal, psicológica/moral, física e *bullying* (intimidação). Nota-se que ambos os grupos analisados tiveram um percentual alto de mulheres para o IRGP baixo, evidenciando que é preciso uma postura diferente das mulheres, diante do cenário da violência de gênero. Nota-se que mesmo com leis específicas as mortes das mulheres não são totalmente evitáveis, por isso é importante a participação ativa de todos os envolvidos, tanto órgãos públicos quanto a sociedade e os diretamente envolvidos nas situações de agressão, para formação de uma rede efetiva de enfrentamento da violência contra a mulher que seja capaz de romper esse ciclo de violência das desigualdades de gênero. Não é mais possível conviver com os assassinatos diários de mulheres em um contexto de gênero e negar-lhes existência.

---

## REFERÊNCIAS<sup>2</sup>

- ACCIOLY, H.; SILVA, G. E. N.; CASELLA, P. B. **Manual de direito internacional público**. 20.ed. São Paulo: Saraiva, 2012. 978p
- ACOSTA, D. F. *et al.* Violência contra a mulher por parceiro íntimo:(in) visibilidade do problema. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.24, n.1, p.121-127, 2015.
- AGUDELO, S. F. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. **OPS. Boletín Epidemiológico**; v.11, n.2, p.1-7, 1990.
- ALDRIDGE, M.; BROWNE, K. Perpetrators of spousal homicide: A review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v.4, p.265-276, 2003 *apud* SHEEHAN, B. E. *et al.* Intimate partner homicide: New insights for understanding lethality and risks. **Violence Against Women**, v.21, n.2, p.269-288, 2015.
- ALEXANDRE, R. **Direito tributário esquematizado**. 6. ed. São Paulo: Método, 2012 *apud* PUTON, J. **Os efeitos dos tratados internacionais sobre a legislação tributária interna**. 2015. 43f. Monografia (especialização MBA em Auditoria Integral) - Universidade Federal do Paraná, 2015.
- ALMEIDA, I. S. B. *et al.* **Avaliação de risco de femicídio**: poder e controle nas dinâmicas das relações íntimas. 2013. 381f. Tese (Doutorado em Psicologia) - ISCTE-IUL, Lisboa, 2013.
- ANDRADE, R. O. Faces da violência doméstica. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, p. 82-86, 2019.
- APO – Analysis & Policy Observatory. **Family violence death review network: 2018 Data report**. 66p. Sydney: Domestic Violence Death Review Team, 2018.
- BAILEY, J. E. *et al.* Risk factors for violent death of women in the home. **Archives of Internal Medicine**, v.157, n.7, p.777-782, 1997.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. **Revista Estudos Feministas**, v.23, n.2, p.501-517, 2015.
- BARBOSA, K. G. N. *et al.* Exploring the effect of time and sex in family and community violence from 2008 to 2014. **Revista de Saúde Pública**, v.53, p.46, 2019.
- BARRETO, A. C. T. **A Defensoria Pública como instrumento constitucional de defesa dos direitos da mulher em situação de violência doméstica, familiar e intrafamiliar**. 2007. 245f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2007.
- BARRETO, A. C. T. A igualdade entre homens e mulheres no ordenamento jurídico brasileiro. **Anadep**, v.15, 2018.

---

<sup>2</sup> Formatadas de acordo com a ABNT NBR 6023/2018.

BARROS, A. L.; SILVA, G. A. G. Femicídio. **Jornal Eletrônico Faculdade Vianna Júnior**, v.11, n.2, p.22-22, 2019.

BARROSO FILHO, J. **O perverso ciclo da violência doméstica contra a mulher... afronta a dignidade de todos nós**. 2008. Disponível em: <https://migalhas.uol.com.br/depeso/56674/o-perverso-ciclo-da-violencia-domestica-contra-a-mulher---afronta-a-dignidade-de-todos-nos>. Acesso em: 15/01/2020.

BARUFALDI, L. A. *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.2929-2938, 2017.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009 *apud* OLIVEIRA, A. C. G.; COSTA, M. J. S.; SOUSA, E. S. S. Femicídio e violência de gênero: aspectos sociojurídicos. **Revista Tema**, v.16, n.24/25, p.21-43, 2015.

BELFRAGE, H.; RYING, M. Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v.14, n.2, p.121-133, 2004.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BISWAS, R. K. *et al.* Women's opinion on the justification of physical spousal violence: A quantitative approach to model the most vulnerable households in Bangladesh. **PloS One**, v.12, n.11, p.e0187884, 2017.

BITTENCOURTH, L. O.; SILVA, L. Z.; ABREU, I. S. **Femicídio no Brasil**: a cultura de matar mulheres. 2018. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade Multivix, Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2018.

BOMFIM, T. S. *et al.* **A (in) eficácia da aplicabilidade da Lei n. 11340/2006 - Lei Maria da Penha, diante de um cenário constante de violência doméstica e familiar contra a mulher**. 2020. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador, 2020.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010 *apud* BITTENCOURTH, L. O.; SILVA, L. Z.; ABREU, I. S. **Femicídio no Brasil**: a cultura de matar mulheres. 2018. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade Multivix, Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br / ccivil\\_03 / Constituicao / Constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br / ccivil_03 / Constituicao / Constituicao67.htm). Acesso em: 10.fev.2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher,

concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. Publicado no **Diário Oficial da União** de 2/8/1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/d1973.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/d1973.htm). Acesso em: 15.ago.2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 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. Publicado no **Diário Oficial da União** de 25/11/2003.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Publicado no **Diário Oficial da União** de 8/8/2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 15.ago.2020.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria - Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.104**, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 386p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz). Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz). Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar (PIEV-IMS/UERJ). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19**: violência doméstica e familiar na COVID-19. 23 de abril de 2020.

BRITO FILHO, C. M. Violência de gênero-feminicídio. **Cadernos de Direito**, v.17, n.32, p.179-195, 2017.

BUENO, S. *et al.* **Visível e invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 2.ed. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública - Datafolha, 2019.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008 *apud* BITTENCOURTH, L. O.; SILVA, L. Z.; ABREU, I. S. **Feminicídio no Brasil**: a cultura de matar mulheres. 2018. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade Multivix, Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2018.

- CAMPBELL, A. M. An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: strengthening community collaborations to save lives. **Forensic Science International: Reports**, v.2, p.100089, 2020.
- CAMPBELL, J. C. *et al.* Intimate partner homicide: Review and implications of research and policy. **Trauma, Violence, & Abuse**, v.8, n.3, p.246-269, 2007.
- CAMPBELL, J. C. *et al.* Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. **American Journal of Public Health**, v.93, n.7, p.1089-1097, 2003.
- CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v.359, n.9314, p.1331-1336, 2002.
- CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço Social em Revista**, v.3, n.2, p.201-213, 2001.
- CARVALHAES, A. B.; PAES, M. S. L. Caracterização da violência contra a mulher no município de Timóteo-MG. **Revista Enfermagem Integrada**, v.7, n.1, 2014.
- CASIQUE, L. C.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, 2006.
- CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. **Feminicídio ou femicídio**; 2018. Disponível em: <https://oig.cepal.org/pt/indicadores/feminicidio-ou-femicidio>. Acesso em: 18/Mar/2020.
- CERQUEIRA, D. (org.) *et al.* **Atlas da violência 2019**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2019.
- CHAGAS, L. F. **(Re) pensando a assistência**: contribuições da psicanálise para as políticas públicas no enfrentamento do ciclo da repetição na violência contra a mulher. 2019. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.
- CONCEIÇÃO, E. B. S. **Feminicídio no Brasil**. Apucarana. 2015. Disponível em: <http://www.facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974728811632.pdf>. Acesso em: 03/09/2020.
- CORRADI, C.; STÖCKL, H. Intimate partner homicide in 10 European countries: statistical data and policy development in a cross-national perspective. **Eur. J Criminol.**, v.11, p.601-618, 2014 *apud* RIOS, A. M. F. M.; MAGALHÃES, P. V. S.; TELLES, L. E. B. Violência contra mulheres: feminicídio. **Revista Debates em Psiquiatria**, v.9, n.2, p.38-42, 2019.
- COSTA, D. R. **Evolução espaço-temporal do feminicídio no Piauí**. 2020. 121f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.
- CUNHA, R. S.; PINTO, R. B. **Violência doméstica**. Lei Maria da Penha comentada artigo por artigo. 5.ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014. 303p.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1163-1178, 2006.

DAIRIAM, M. S. CEDAW, Gender and Culture. In: BAKSH, R.; HARCOURT, W. **The Oxford handbook of transnational feminist movements**. New York: Oxford University Press, 2015 *apud* VICENTE, I. P. **A convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW) e as medidas adotadas pelo Brasil para garantir sua efetivação**. 2016. 64f. Monografia. (Bacharelado em Relações Internacionais) - Departamento de Economia e Relações Internacionais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

DECKER, M. R. *et al.* "You do not think of me as a human being": race and gender inequities intersect to discourage police reporting of violence against women. **Journal of Urban Health**, v.96, n.5, p.772-783, 2019.

DEVRIES, K. M. *et al.* Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. **Addiction**, v.109, n.3, p.379-391, 2014.

DOBASH, R. E. *et al.* Not an ordinary killer. Just an ordinary guy: When men murder an intimate woman partner. **Violence Against Women**, v.10, n.6, p.577-605, 2004.

FARIAS, M. G. **Homicídios no Cariri Ocidental da Paraíba: análise do diagnóstico dos homicídios nas cidades de Sumé, Congo e Amparo no período de 2007 à 2017**. 2019. 27f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública) - Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, Universidade Federal de Campina Grande, Sumé, Paraíba, 2019.

FERNANDES, B.; CERQUEIRA, C. P. B. A violência contra as mulheres como uma violação dos direitos humanos: do positivado ao noticiado. **Gênero & Direito**, v.6, n.1, 2017.

FERNANDES, V. D. S. (coord.). **Raio X do feminicídio em SP: é possível evitar a morte**. 24p. São Paulo: Ministério Público do Estado de São Paulo, 2018.

FINLAND, Statistics. **Official statistics of Finland (OSF): Domestic violence and intimate partner violence**. 2016.

FON, L. C. F. Violência contra a mulher: notas sobre o feminicídio em Salvador/BA. *In: REDOR*, 18°. **Anais [...]**. Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2014.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.2, p.307-314, 2012.

FONTES, A.; FRIEDE, R. Mulher e direitos humanos: por que precisamos tratar deste tema? **Lex Cult Revista do CCJF**, v.2, n.2, p.14-25, 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Nota Técnica: violência doméstica durante a pandemia de COVID-19, 16 de abril de 2020**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública em parceria com Decode. Disponível em:

[http://forum\\_seguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf](http://forum_seguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf) . Acesso em: 20/04/2020.

FRAZÃO, M. C. L. O. *et al.* Violência em mulheres com diagnóstico de depressão. **Rev. Min. Enferm**, p.e-1174, 2019.

GARCIA, L. P. *et al.* Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.37, n.4/5, p.251-257, 2015.

GARCIA, L. P. *et al.* **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013.

GARCIA, L. P. *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.4, p.e00011415, 2016.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.34, n.4, p.e00062317, 2018.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v.368, n.9543, p.1260-1269, 2006.

GARCÍA-MORENO, C. *et al.* **Violência perpetrada por parceiros íntimos**. World Health Organization. World Report on violence and Health. Genebra: OMS, p.91-121, 2002.

GEDRAT, D. C.; SILVEIRA, E. F; ALMEIDA NETO, H. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, n.138, p.342-358, 2020.

GLOBAL AMERICANS. **Femicide and International Women's Rights**. An epidemic of violence in Latin America. [s.d.] Disponível em: <https://theglobalamericans.org/reports/femicide-international-womens-rights/>. Acesso em: 20/02/2020.

GOMES, C. A.; BATISTA, M. F. Feminicídio: paradigmas para análise da violência de gênero com apontamentos à Lei Maria da Penha. *In*: SEMINÁRIO DE PESQUISA INTERDISCIPLINAR, VII. Anais [...], p.1-15, Florianópolis, 2015.

GÓMEZ-DANTÉS, H.; VÁZQUEZ-MARTÍNEZ, J. L.; FERNÁNDEZ-CANTÓN, S. B. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. **Salud Pública de México**, v.48, p.s279-s287, 2006.

GRECO, R. **Feminicídio: Comentários sobre a Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015**. 2017. Disponível em: <http://rogeriogreco.jusbrasil.com.br/artigos/173950062/feminicidio-comentarios-sobre-a-lei-n-13104-de-9-de-marco-de-2015>. Acesso em: 15/01/2020.

GREENE, M. C.; KANE, J. C.; TOL, W. A. Alcohol use and intimate partner violence among women and their partners in sub-Saharan Africa. **Global Mental Health**, v.4, n.e13, 2017.

GUIMARÃES, F. **"Mas ele diz que me ama"**: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres. 2009. 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

KIND, L. *et al.* Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.9, p.1805-1815, 2013.

KOPPA, V. **Can information save lives?** Effect of a victim-focused police intervention in reducing domestic violence deaths. SSRN Electronic Journal, 2018.

KOPPA, V.; MESSING, J. T. Can justice system interventions prevent intimate partner homicide? An analysis of rates of help seeking prior to fatality. **Journal of Interpersonal Violence**, p.0886260519851179, 2019.

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

LAGARDE, M. Del femicidio al feminicidio. **Desde el jardín de Freud**, n.6, p.216-225, 2006.

LAMMERHIRT, L. **Lesbocídio no Brasil**: a morte sistemática de mulheres lésbicas. Politize! 14/05/2018. Disponível em: [www.politize.com.br/lesbocidio-no-brasil/](http://www.politize.com.br/lesbocidio-no-brasil/). Acesso em: 15/01/2020 *apud* MENCATO, S. D. P. **Sujeitas Invisibilizadas**: reflexos do caso Nº 12.051/01 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos na suprema corte brasileira e a invisibilidade Lesbocida. 2020. 104f. Dissertação (Mestrado em Política, Estado e Institucionalização) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, 2020.

LEE, F. L. **Feminicídio no Brasil**. Online. 2015. Disponível em: <https://fabiollee.jusbrasil.com.br/artigos/338602236/feminicidio-no-brasil>. Acesso em: 26/Maio/2020.

LEITE, M. T. S. *et al.* Reports of violence against women in different life cycles. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.1, p.85-92, 2014.

LINDNER, S. R. *et al.* Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, p.815-826, 2015.

LIRA, M. C. *et al.* Alcohol policies and alcohol involvement in intimate partner homicide in the US. **American Journal of Preventive Medicine**, v.57, n.2, p.172-179, 2019.

LOINAZ, I.; MARZABAL, I.; ANDRÉS-PUEYO, A. Factores de riesgo en homicidas de mujeres con y sin relación de pareja. **The European Journal of Psychology Applied to Legal Context**, v.10, n.2, p.49-55, 2018.

LUCAS, W. J. **Domestic violence death review committee**: 2013-14. Annual Report. Office of the Chief Coroner for Ontario: Canadá, 2015.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Análise do ciclo da violência doméstica contra a mulher. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v.26, n.2, p.139-146, 2016.

MACHADO, I. V.; DEZANOSKI, M. Exploração do conceito de violência psicológica na Lei 11.340/06. **Revista Gênero e Direito**, v.3, n.1, p.98-113, 2014.

MADUREIRA, A. B. *et al.* Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.4, p.600-606, 2014.

MARGARITES, A. F.; MENEGHEL, S. N.; CECCON, R. F. Femicídios na cidade de Porto Alegre: quantos são? quem são? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, p.225-236, 2017.

MCKENZIE, M. *et al.* **Out of character?** Legal Responses to intimate partner homicides by men in Victoria 2005-2014. Domestic Violence Resource Centre Victoria, Australia, 2016.

MEIRA, K. C. *et al.* Temporal trend of the homicide rate of Brazilian women. **Rev. Rene**, v.20, p.6, 2019.

MELLO, A. R. **A Lei Maria da Penha e as medidas de proteção à mulher.** In: Seminário Internacional Gênero e Direito: desafios para a despatriarcalização do sistema de justiça na América Latina. Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro - EMERJ, p.9, agosto 2018.

MELO, E. M. **Podemos prevenir a violência.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

MELO, V. H.; MELO, E. M. Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nos. Belo Horizonte: Folium, 2016.

MENCATO, S. D. P. **Sujeitas invisibilizadas:** reflexos do caso Nº 12.051/01 da Comissão Interamericana de Direitos Humanos na suprema corte brasileira e a invisibilidade Lesbocída. 2020. 104 p. Dissertação (Mestrado em Integração Contemporânea da América Latina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, 2020.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Femicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.9, p.2963-2970, 2017.

MENEGHEL, S. N. *et al.* Mujeres conversando con mujeres: un encuentro en el seminário. **Salud Colectiva**, n.15, v.e1871, p.1-10, 2019.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.45, p.564-574, 2011.

MESQUITA, A. P. *et al.* Violência contra a mulher: aspectos sócio-históricos, culturais e o perfil das vítimas em Alagoas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16. **Anais [...]**. v. 16 n. 1, Alagoas, 2019.

MESSING, J. T. *et al.* The state of intimate partner violence intervention: progress and continuing challenges. **Soc. Work**, v.60, n.4, p.305-313, 2015.

MESSING, J. T.; CAMPBELL, J. Informing collaborative interventions: intimate partner violence risk assessment for front line police officers. **Policing: A Journal of Policy and Practice**, v.10, n.4, p.328-340, 2016.

MILLER, L. **Protegendo as mulheres da violência doméstica**. Seminário de treinamento para juízes, procuradores, promotores e advogados no Brasil. Trad. Osmar Mendes. 2.ed. Brasília: Tahirid Justice Center, 2002 *apud* SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n. 21, p. 93-103, Apr. 2007.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. **Impactos da Violência na Saúde**, v.2, p.21-42, 2009.

MIRANDA, C. F. R.; SILVA, R. A. A aplicabilidade inclusiva da Lei Maria da Penha. **Revista Artigos.com**, v.9, p.e1897-e1897, 2019.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v.16, n.1, p.26-31, 2007.

MORACCO, K. E.; RUNYAN, C. W.; BUTTS, J. D. Femicide in North Carolina, 1991-1993: a statewide study of patterns and precursors. **Homicide Studies**, v.2, n.4, p.422-446, 1998.

MORAIS, J. A. **O machismo como principal fator desencadeador da violência contra a mulher**. 2018. 56 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Ouro Preto, Mariana, 2018.

MORAIS, M. O.; RODRIGUES, T. F. Empoderamento feminino como rompimento do ciclo de violência doméstica. **Revista de Ciências Humanas**, v.16, n.1, p.89-103, 2016.

MOURA, M. A. V.; NETTO, L. A.; SOUZA, M. H. N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Escola Anna Nery**, v.16, n.3, p.435-442, 2012.

MOZELLA, A. P. Aspectos controvertidos acerca da possibilidade de mulher transexual figurar como vítima do crime de feminicídio Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

NOBREGA, L. M. *et al.* Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. **Tanzania Journal of Health Research**, v.18, n.2, 2016.

OLIVEIRA, A. C. G.; COSTA, M. J. S.; SOUSA, E. S. S. Feminicídio e violência de gênero: aspectos sociojurídicos. **Revista Tema**, v.16, n.24/25, p.21-43, 2015.

OLIVEIRA, C. F. S. A construção social das leis penais: o caso da lei do feminicídio no Brasil. *In*: CONGRESSO ALAS, XXXI. **Anais [...]**. Montevideo, dezembro, 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Genebra, 2014.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Poner fin a la violencia contra la mujer.** De las palabras los hechos. Estudio del Secretario General de Naciones Unidas, Espanha, 2006. 261p.

ONU MUJERES. **El progreso de las mujeres en el mundo.** En busca de la Justicia. México: ONU Mujeres, 2011.

ONU WOMEN. OSAGI **Gender mainstreaming:** concepts and definitions. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. 2016. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/osagi/conceptsanddefinitions.Htm>. Acesso em: 15.ago.2020.

PAGNAN, G.; BÜHRING, M. A. **A hierarquia dos tratados internacionais de direitos humanos no ordenamento jurídico brasileiro.** Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2015. Disponível em: [http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015\\_2/Gabriel.a\\_pagnan.pdf](http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/direito/graduacao/tcc/tcc2/trabalhos2015_2/Gabriel.a_pagnan.pdf)>. Acesso em: 15.ago.2020.

PAIXÃO, G. P. N. *et al.* Expressões da violência conjugal e serviços percorridos na rede. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.12, n.9, p.2368-2375, 2018.

PASINATO, W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**, n.37, p.219-246, 2011.

PASINATO, W. *et al.* **Diretrizes nacionais feminicídio:** investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Brasília, 2016. 130p.

PAZ, P. O. Femicídios rurais: uma análise de gênero. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.30, n.2, p.1-11, 2016.

PEINADO, A. *et al.* Violência doméstica: uma abordagem teórica sob a perspectiva das ciências sociais. **Psicologia**, v.1, p. 20, 2010.

PENHA, M. **Sobrevivi.. posso contar.** Fortaleza: Armazém da Cultura, 2010.

PEREIRA, B. M. **A violência contra a mulher:** Um estudo histórico sobre a importância da implantação da Lei do Femicídio no Brasil. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal Fluminense, Departamento Interdisciplinar de Rio das Ostras, 2019.

PEREIRA, C. *et al.* Femicídios no Brasil. Fórum Brasileiro de Segurança Pública – FBSP. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública.** Edição XIII. São Paulo, 2019.

PEREIRA, D. C. S.; CAMARGO, V. S.; AOYAMA, P. C. N. Análise funcional da permanência das mulheres nos relacionamentos abusivos: Um estudo prático. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.20, n.2, p.10-25, 2018.

PEREIRA, R. C. B. R. *et al.* O fenômeno da violência patrimonial contra a mulher: percepções das vítimas. **Oikos: Família e Sociedade em Debate**, v.24, n.1, p.206-235, 2013.

PERES, M. C. C.; SOARES, S. F.; DIAS, M. C. M. Lesbocídio: o estudo dos crimes de ódio contra lésbicas no Brasil. **Revista Periódicus**, v.1, n.10, p.40-50, 2018.

PETROSKY, E. *et al.* Racial and ethnic differences in homicides of adult women and the role of intimate partner violence - United States, 2003-2014. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v.66, n.28, p.741, 2017.

PICCIRILLO, D.; SILVESTRE, G. G1. **Monitor da Violência**. Avanços precisam ir além da melhoria dos registros, e foco deve estar na prevenção. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2020/03/05/avancos-precisam-ir-alem-da-melhoria-dos-registros-e-foco-deve-estar-na-prevencao.ghtml>. Acesso em: 8/01/2020.

PINTO, A. S.; MORAES, O. C. R.; MONTEIRO, J. **Dossiê mulher 2015**. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, p.174-185, 2015.

PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos**. 10.ed. São Paulo: Saraiva, 2017. 664p.

PIRES, A. A. **O feminicídio no Código Penal brasileiro**: da nomeação feminista às práticas jurídicas no plenário do júri. 2018. 232f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

PIRES, A. *et al.* Violência contra a mulher: reconhecimento, legislação e a sanção do feminicídio. **Revista NUPEM**, v.10, n.21, p.93-109, 2018.

PITANGUY, J.; BARSTED, L. L. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011.

POLASTRINE, M. C. B. **Evolução legislativa penal na proteção da mulher vítima de violência doméstica**: um diálogo entre o direito brasileiro e o internacional. 2019. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2019.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. (org.) **Feminicídio: #invisibilidademata**. Fundação Rosa Luxemburgo. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 184p. 2017.

PUTON, J. **Os efeitos dos tratados internacionais sobre a legislação tributária interna**. 2015. 43f. Monografia (Especialização em Auditoria Integral) - Universidade Federal do Paraná, 2015.

R CORE TEAM. **R: a language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2020. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 15.ago.2020.

RADFORD, J.; RUSSELL, D. E. H. **Femicídio: la política de matar mujeres**. Nueva York: Twayne Publishers, 1992.

RIOS, A. M. F. M.; MAGALHÃES, P. V. S.; TELLES, L. E. B. Violência contra mulheres: feminicídio. **Revista Debates em Psiquiatria**, v.9, n.2, p.38-42, 2019.

RODRIGUES, C.; BUTLER, J. P. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. **Revista Estudos Feministas**, v.13, n.1, p.179, 2005.

ROMIO, J. A. F. Sobre o feminicídio, o direito da mulher de nomear suas experiências. **Plural**, v.26, n.1, p.79-102, 2019.

ROSA, D. O. A. Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. 2013. 94f. Dissertação (Mestrado profissional de promoção da saúde e prevenção da violência) - Faculdade de Medicina, UFMG, 2013.

SAFFIOTI, H. I. B. **Ontogênese e filogênese do gênero**: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Série Estudos e Ensaio. Brasília, 44p. 2009 *apud* BITTENCOURTH, L. O.; SILVA, L. Z.; ABREU, I. S. **Femicídio no Brasil**: a cultura de matar mulheres. 2018. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Faculdade Multivix, Cachoeiro de Itapemirim - Espírito Santo, 2018.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero**: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 218p.

SANTINON, E. P.; GUALDA, D. M. R.; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, v.13, n.74, 2010.

SANTOS, C. C. P. **Discriminação baseada em gênero, direito internacional e democratização brasileira**. Departamento de Direito. Relatório de pesquisa, PUC-RJ, 2010.

SANZ-BARBERO, B. *et al.* Acción COST Femicide Across Europe, un espacio de cooperación transnacional para el estudio y el abordaje del feminicidio en Europa. **Gaceta Sanitaria**, v.30, n.5, p.393-396, 2016.

SCHEK, G. *et al.* Os profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceptuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.50, n.5, p.779-784, 2016.

SCHRAIBER, L B; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Revista de Saúde Pública**, v.42, supl.1, p.127-137, 2008.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, p.797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.5, p.13-26, 1999.

SHEEHAN, B. E. *et al.* Intimate partner homicide: New insights for understanding lethality and risks. **Violence Against Women**, v.21, n.2, p.269-288, 2015.

SILVA, J. F.; COPETTI, F. V.; BORGES, Z. N. Uma discussão sobre os direitos humanos e a violência de gênero na sociedade contemporânea. **Revista Sociais e Humanas**, v. 22, n. 2, p. 97-111, 2009.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, v.11, n. 21, p. 93-103, Apr. 2007.

SILVA, N. P. Femicídio: uma análise constitucional dos fatores sociais da violência contra mulheres negras no Brasil. **Conteúdo Jurídico**, Brasília-DF: 2019. Disponível em: [https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/53720/femicidio-uma-anlise-constitucional-dos-fatores-sociais-da-violencia-contra-mulheres-negras-no-brasil](https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/53720/femicidio-uma-analise-constitucional-dos-fatores-sociais-da-violencia-contra-mulheres-negras-no-brasil). Acesso em: 04 jan. 2020.

SINHA, M. Family violence in Canada: a statistical profile, 2011. **Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics**, 2013b. 93p.

SINHA, M. Measuring violence against women: statistical trends. **Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics**, v.1, n.3, p.120, 2013a.

SOARES, R. C. T. **Lei 13.104 de 09 de março de 2015**; feminicídio uma análise crítica sob a ótica constitucional e penal. 2016. 41f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

SOARES, V. O feminismo e o machismo na percepção das mulheres brasileiras. *In*: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p.161-180.

SOUSA, A. K. A.; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C. V. C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.425-431, 2013.

SOUSA, T. T. L. Femicídio: uma leitura a partir da perspectiva feminista. **Ex Aequo**, n.34, p.13-29, 2016.

SOUZA, P. R. A. A Lei Maria da Penha e sua contribuição na luta pela erradicação da discriminação de gênero dentro da sociedade brasileira. **Âmbito Jurídico**, n. 61, s/p, fev. 2009 *apud* PIRES, A. *et al*. Violência contra a mulher: reconhecimento, legislação e a sanção do feminicídio. **Revista NUPEM**, v.10, n.21, p.93-109, 2018.

SOUZA, S. M. J. O feminicídio e a legislação brasileira. **Revista Katálisis**, v.21, n.3, p.534-543, 2018.

STANSFIELD, R.; SEMENZA, D. Licensed firearm dealer availability and intimate partner homicide: A multilevel analysis in sixteen states. **Preventive Medicine**, v.126, p.105739, 2019.

STÖCKL, H. *et al*. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v.382, n.9895, p.859-865, 2013.

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. **Global study on homicide 2019**: Executive summary. Vienna, 2019.

VELOPULOS, C. G. *et al.* Comparison of male and female victims of intimate partner homicide and bidirectionality - an analysis of the national violent death reporting system. **Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, v.87, n.2, p.331-336, 2019.

VICENTE, I. P. **A convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW) e as medidas adotadas pelo Brasil para garantir sua efetivação.** 2016. 64f. Monografia. (Bacharelado em Relações Internacionais) - Departamento de Economia e Relações Internacionais, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p.730-737, 2011.

WALKER, L. E. A. **The battered woman syndrome.** 4.ed. Nova Iorque: Springer, 2016. 582p.

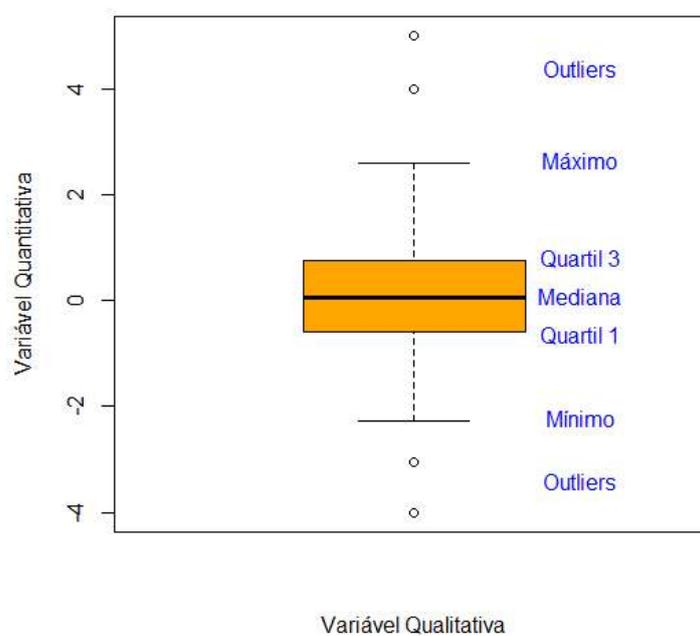
WARD-LASHER, A.; MESSING, J. T.; HART, B. Policing intimate partner violence: attitudes toward risk assessment and collaboration with social workers. **Social Work**, v.62, n.3, p.211-218, 2017.

WHO - World Health Organization. **Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women:** Intimate partner and sexual violence have serious short-and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors: Fact sheet. 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112325>. Acesso em: 20/02/2020.

WONG, J.; MELLOR, D. Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. **Contemporary Nurse**, v.46, n.2, p.170-179, 2014.

ZAGHLOUL, N. M.; MEGAHED, H. M. A descriptive medico-legal study of female deaths in Cairo governorate, Egypt. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v.66, p.25-32, 2019.

## APÊNDICE A - ILUSTRAÇÃO DO DIAGRAMA EM CAIXAS (BOX-PLOT)



**Referência para possíveis "polêmicas estatísticas" com o modo de construção desses indicadores:**

Wittkowski et al. (2004) Combining several ordinal measures in clinical studies. *Statistics in medicine*, 23, 1579-1592.

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### 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 n°: \_\_\_\_\_

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está 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: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ABS

### 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" ( ) 3. Viúvo(a)                                      ( ) 5. Divorciado(a) ou separado(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/sgoto/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

<b>PERCEPÇÃO DE SAÚDE</b>	
94. Você tem algum problema de saúde? ( ) 1. Sim. Qual(is)? _____ ( ) 2. Não	
95. Você utiliza o SUS? ( ) 1. Sim. Para quê? _____ ( ) 2. Não	
96. Você tem plano de saúde? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
97. Em geral, como você avalia a sua saúde? ( ) 1. Muito boa. ( ) 2. Boa. ( ) 3. Regular. ( ) 4. Ruim. ( ) 5. Muito ruim.	
98. Você cuida da sua saúde? ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. ( ) 5. Só quando estou doente.	
99. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica? ( ) 1. Há menos de 6 meses. ( ) 2. Entre 6 meses e menos de 1 ano. ( ) 3. Entre 1 ano e menos de 2 anos. ( ) 4. Entre 2 anos e menos de 3 anos. ( ) 5. Três anos ou mais.	
100. Você costuma sentir dores pelo corpo? ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
101. Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca? ( ) 1. Sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 4. Nunca.	
102. Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
103. Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não.	
<b>ATENÇÃO: SE RESPONDEU “NÃO” EM AMBAS AS QUESTÕES ACIMAS, 102 E 103, PULAR O RESTANTE DO BLOCO</b>	
<b>Considere para as questões 104 a 110, durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:</b>	
104. O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? ( <i>variação de + 5% ao longo do mês, isto é, + 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg</i> ). ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	
105. Teve problemas de sono quase todas as noites ( <i>dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais</i> )? ( ) 1. Sim. ( ) 2. Não. ( ) 888. Não se aplica	

**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

<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? (Observação: NSA = Não se aplica)</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><i>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.</i></p> <p>176. Você frequenta a Academia da Cidade? (Não considere outras atividades diferentes.)  ( ) 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:</b> <b>(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 ( ) 3. Discorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 4. Discorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	
189. Ele suspeita que ela é infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 3. Discorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 4. Discorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	
190. Ele descobre que ela tem sido infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 3. Discorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 4. Discorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	
<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/espancamento (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. <b>(Se NÃO, pule para a questão 299)</b>	
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**

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

*Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!*

**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.

## APÊNDICE D - QUESTIONÁRIOS AOS PROFISSIONAIS DA ABS

### QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

*Critério de inclusão: trabalhar há pelo menos 01 (um) ano nesta Unidade Básica de Saúde.*

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	
1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	
2. Data de nascimento: ____/____/____	
3. Endereço (somente Rua/Av e Bairro): Bairro: _____ Rua/Av: _____	
4. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável/”amasiado” <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) ou divorciado(a)	
5. Cor / Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Amarela <input type="checkbox"/> 3. Indígena <input type="checkbox"/> 4. Preta <input type="checkbox"/> 5. Parda	
6. Qual o seu grau de instrução? <input type="checkbox"/> 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo (8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 5. Curso técnico: _____ <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo: _____ <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Analfabeto	
TRABALHO	
7. Há quanto tempo trabalha na Unidade: ____ anos	
8. Função ocupada na Unidade: <input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2. Médico <input type="checkbox"/> 3. Médico de apoio. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 4. Assistente social <input type="checkbox"/> 5. Dentista <input type="checkbox"/> 6. Técnico de saúde bucal <input type="checkbox"/> 7. Auxiliar de saúde bucal <input type="checkbox"/> 8. Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Qual? _____ <input type="checkbox"/> 9. Profissional nível superior da saúde mental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 10. Outro profissional de nível superior. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 11. Auxiliar ou Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 12. Agente Comunitário de Saúde (ACS) <input type="checkbox"/> 13. Auxiliar Administrativo <input type="checkbox"/> 14. Gerente da Unidade <input type="checkbox"/> 15. Agente de Combate de Endemias (ACE) <input type="checkbox"/> 16. Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/> 17. Guarda municipal <input type="checkbox"/> 18. Outra. Qual? _____	

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

<p>9. Qual é o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>( ) 1. Concursado  ( ) 2. Contratado celetista  ( ) 3. Contratado autônomo (RPA)  ( ) 4. Temporário  ( ) 5. Terceirizado  ( ) 6. Outro. Especifique _____</p>	
<p>10. Quantas horas por semana você trabalha na Unidade: _____</p>	
<p>11. Turno de trabalho:</p> <p>( ) 1. Manhã  ( ) 2. Tarde  ( ) 3. Noite  ( ) 4. Manhã e Tarde  ( ) 5. Tarde e Noite  ( ) 6. Manhã, Tarde e Noite  ( ) 7. Outro. Especifique _____</p>	
<p>12. Tem outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária em saúde (APS)?</p> <p>( ) 1. Sim. Qual (is)? _____  ( ) 2. Não</p>	
<p>13. Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)?</p> <p>( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>	
<b>TRABALHO NA SUA UNIDADE</b>	
<p>14. As decisões na unidade contam com a participação dos trabalhadores?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>15. Há conflitos no desenvolvimento do trabalho?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>16. Em sua opinião, os horários são cumpridos por todos?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>17. Existem momentos de encontros da equipe para planejamento e organização dos trabalhos?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>18. Os profissionais têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua unidade?</p> <p>( ) 1. Sim. Como? _____  ( ) 2. Não.</p>	
<p>19. Considere os grupos da população com vulnerabilidades específicas e cite aqueles que você usualmente atende na UBS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>20. Você sabe se há alguma ação intersetorial da UBS com serviços da Política de Assistência Social:</p> <p>( ) 1. Sim. Qual? _____  ( ) 2. Não  ( ) 3. Não sei</p>	

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

21. Você está satisfeito com o seu trabalho? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca			
Nos seguintes quesitos, quais elementos podem interferir no vínculo do profissional com sua unidade:			
	<b>Fortalecimento</b>	<b>Enfraquecimento</b>	
22. Distância trabalho – residência	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
23. Mercado de trabalho	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
24. Remuneração	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
25. Condições de trabalho na UBS/posto saúde.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
26. Situação de violência.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
27. Relações interpessoais c/ equipe e usuários.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
28. Perfil e formação profissional.	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
29. Tipo de trabalho realizado na APS (APS: atenção primária em saúde)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
30. Outros. Quais? _____	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não	

A seguir, assinale com “x” as opções:

<u>Declaração</u>	Pontuação						
	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
31. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.							
32. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.							
33. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.							
34. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.							
35. Trabalhar diretamente c/ pessoas me deixa muito estressado.							
36. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.							
37. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.							
38. Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
39. Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.							
40. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.							
41. Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.							
42. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.							
43. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.							

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Continue assinalando com "x" as opções:							
<u>Declaração</u>	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
44. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.							
45. Eu me sinto muito cheio de energia.							
46. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.							
47. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.							
48. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes							
49. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
50. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.							
51. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.							
52. Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho.							
53. Você ou alguém da sua unidade desenvolve alguma ação de saúde ambiental na área de abrangência território da UBS?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Cite: _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. Justifique: _____							
54. Você conhece os córregos da área de abrangência da unidade de saúde?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Se sim, cite o nome e a localização dos mesmos: _____ <input type="checkbox"/> 2. Não							
55. Você sabe a qual bacia hidrográfica pertence a sua unidade de saúde?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? ? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não							
<b>MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL</b>							
56. Você costuma cuidar de pacientes com problemas de Saúde Mental?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (se marcou essa alternativa, pular o bloco)							
Quando você cuida de pacientes com problemas de saúde mental, você costuma:							
(Considere ações relativas à saúde mental):							
<i>(OBS.: NSA = não se aplica)</i>							
57. Identificar sinais e sintomas dos transtornos mentais	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
58. Prestar cuidados aos pacientes com transtornos mentais	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
59. Pedir a avaliação da Equipe de Saúde da Família	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
60. Pedir a avaliação do psiquiatra do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
61. Pedir a avaliação do psicólogo do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
62. Iniciar tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
63. Modificar a medicação já prescrita	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
64. Manter a prescrição do psiquiatra	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
65. Encaminhar o paciente para outro serviço de Saúde Mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
66. Outro ( ) Qual? _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA				

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

Quais são os problemas de saúde mental dos quais você cuida mais frequentemente?		
67. Depressão	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
68. Ansiedade	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
69. Transtorno de pânico	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
70. Insônia	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
71. Perda de memória	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
72. Atraso/retardo mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
73. Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
74. Transtorno bipolar	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
75. Problemas com álcool	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
76. Problemas com outras drogas	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
77. Tentativas de suicídio	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
78. Outro(s). Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/> 888. NSA	
79. Há reuniões de Matriciamento em Saúde Mental neste Centro de Saúde?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim		
<input type="checkbox"/> 2. Não    (se marcou essa alternativa, pular o bloco)		
<input type="checkbox"/> 3. Não sei    (se marcou essa alternativa, pular o bloco)		
80. Descreva o que você entende por Matriciamento em Saúde Mental:		
_____		
_____		
81. Você já participou de alguma reunião de Matriciamento em Saúde Mental?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim		
<input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____		
<b>(Se marcou a alternativa “Não”, pular o bloco)</b>		
82. Qual a frequência das reuniões de Matriciamento em Saúde Mental para <b>sua equipe de PSF</b> ?		
<input type="checkbox"/> 1. Uma vez por semana		
<input type="checkbox"/> 2. De 15 em 15 dias		
<input type="checkbox"/> 3. Uma vez por mês		
<input type="checkbox"/> 4. Outro. Qual? _____		
83. As reuniões de Matriciamento em Saúde Mental contribuíram para mudanças na sua prática?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Quais mudanças? _____		
<input type="checkbox"/> 2. Não.		
Quais as dificuldades para efetivar o Matriciamento em Saúde Mental no seu CS?		
84. O tempo é insuficiente para as discussões.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
85. Os profissionais não comparecem à reunião.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
86. O psiquiatra não está disponível no horário da reunião.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
87. O psicólogo não está disponível no horário da reunião.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
88. A metodologia do matriciamento não é adequada.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
89. Resistência dos profissionais da equipe de PSF.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
90. Resistência dos profissionais de Saúde Mental.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
91. Despreparo dos profissionais da equipe de PSF.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
92. Despreparo dos profissionais de Saúde Mental.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
93. Equipe do PSF achar que o tratamento deveria ser restrito ao especialista.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
94. Equipe do PSF achar que o tratamento do especialista é de melhor qualidade.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
95. O usuário prefere o especialista.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
96. A grande demanda de casos de saúde mental.		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
97. Outro(s). Qual(is)? _____		<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica

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

<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><i>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.</i></p> <p>98. Você tem o hábito de indicar usuários dos quais você cuida ao Programa Academia da Cidade (PAC)?  <input type="checkbox"/> 1. Sim.                      <input type="checkbox"/> 2. Não.                      <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.</p>	
<p>99. Existe um Fluxo de encaminhamento de usuários para o Programa Academia da Cidade (PAC)?  <input type="checkbox"/> 1. Sim.                      <input type="checkbox"/> 2. Não.                      <input type="checkbox"/> 3. Não sei.</p>	
<p>100. Você dispõe de algum instrumento (protocolo padrão, diretriz teste, etc..) para avaliar a liberação dos usuários e pacientes para a prática de exercícios físicos?  <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____  <input type="checkbox"/> 2. Não  <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.</p>	
<p>101. Você utiliza este instrumento?  <input type="checkbox"/> 1. Sim.                      <input type="checkbox"/> 2. Não.                      <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica (NSA).</p>	
<p>102. Cite os passos que você considera adequado para a construção do fluxo de referência e contra-referência entre a unidade básica de saúde e o Programa Academia da Cidade (PAC).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Considere as alternativas abaixo. Qual(is) dela(s) você apontaria como dificuldades para o encaminhamento de usuários ao Programa Academia da Cidade (PAC)?</p> <p>103. Desinteresse dos pacientes e usuários.                      <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não   <input type="checkbox"/> 888.NSA  104. Desinformação quanto ao fluxo de encaminhamento.                      <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não   <input type="checkbox"/> 888.NSA  105. Condição física do paciente/usuário.                      <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não   <input type="checkbox"/> 888.NSA  106. Condição de saúde que impossibilita a prática de atividades físicas.   <input type="checkbox"/> 1. Sim   <input type="checkbox"/> 2. Não   <input type="checkbox"/> 888.NSA  107. Outra(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>O que você acha que pode ser feito para fortalecer a relação Centros de Saúde /Academias da Cidade?</p> <p>108. Sensibilização dos pacientes e usuários para a prática de atividades físicas.  <input type="checkbox"/> 1. Sim                      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>109. Capacitação das equipes de saúde para o encaminhamento.  <input type="checkbox"/> 1. Sim                      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>110. Esclarecimento junto às Equipes de Saúde sobre como são realizadas as atividades físicas na Academia.  <input type="checkbox"/> 1. Sim                      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>111. "Feed Back" periódico de informações sobre usuários/pacientes encaminhados a prática de atividades físicas.  <input type="checkbox"/> 1. Sim                      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>112. Discussão mensal dentro da reunião do NASF sobre o PAC e a Promoção da Saúde por usuários/pacientes.  <input type="checkbox"/> 1. Sim                      <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>113. Outra(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<b>RELAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	
<p>114. A Secretaria Municipal de Saúde leva em conta as reivindicações dos profissionais da Unidade?  <input type="checkbox"/> 1. Sempre  <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre  <input type="checkbox"/> 3. Raramente  <input type="checkbox"/> 4. Nunca</p> <p><b>Porque você avalia assim?</b> _____</p> <p>_____</p>	

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<p>115. Os profissionais da Unidade têm algum grau de autonomia perante a Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p> <p>Por que você avalia assim? _____</p>	
<p>116. Os profissionais participam da formulação das políticas de saúde para o Município?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p> <p>Por que você avalia assim? _____</p>	
<b>RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA UNIDADE DE TRABALHO</b>	
<p>Você já sofreu algumas das seguintes agressões por algum profissional da unidade?</p> <p>117. Agressão física ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  118. Agressão verbal ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  119. Agressão moral ou psicológica ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  120. Agressão sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  121. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>	
<p>Você já agrediu algum colega de trabalho nos seguintes modos?</p> <p>122. Agressão física ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  123. Agressão verbal ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  124. Agressão moral ou psicológica ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  125. Agressão sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  126. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>	
<b>RELACIONAMENTO COM O USUÁRIO</b>	
<p>127. Você já foi ameaçado por algum usuário?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>Você já sofreu alguma das seguintes agressões por algum usuário?</p> <p>128. Agressão física ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  129. Agressão verbal ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  130. Agressão moral ou psicológica ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  131. Agressão sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  132. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>	
<p>133. Já houve reclamações do usuário sobre o seu trabalho?</p> <p>( ) 1. Sempre  ( ) 2. Quase sempre  ( ) 3. Raramente  ( ) 4. Nunca</p>	
<p>Você já causou alguma das seguintes agressões a algum usuário?</p> <p>134. Agressão física ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  135. Agressão verbal ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  136. Agressão moral ou psicológica ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  137. Agressão sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  138. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não  139. Negação de atendimento ( ) 1. Sim ( ) 2. Não</p>	
<p>140. Você participa da Comissão Local de Saúde (CLS) da sua unidade?</p> <p>( ) 1. Sim: ( ) 1.1 Mensalmente ( ) 1.2 Semestralmente ( ) 1.3 Anualmente.  ( ) 2. Não. Por quê? _____</p>	

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<b>RELAÇÃO ENTRE COLEGAS E OS USUÁRIOS</b>	
Algum profissional da Unidade sofreu alguma das seguintes agressões por usuário?	
141. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
142. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
143. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
144. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
145. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
146. Já houve reclamações do usuário sobre trabalho de algum profissional da Unidade, em relação ao atendimento técnico oferecido pelo profissional?	
<input type="checkbox"/> 1. Sempre	<input type="checkbox"/> 3. Raramente
<input type="checkbox"/> 2. Quase sempre	<input type="checkbox"/> 4. Nunca
Algum profissional já causou alguma das seguintes agressões a algum usuário?	
147. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
148. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
149. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
150. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
151. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
152. Negação de atendimento	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
<b>ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA UNIDADE</b>	
Quais casos de violência frequentemente são atendidos aqui na Unidade?	
153. Violência interpessoal	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
154. Violência doméstica	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
155. Violência institucional	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
156. Violência estrutural (Exclusão social)	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não
157. E você já abordou em seu trabalho alguma pessoa em situação de violência?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim	
<input type="checkbox"/> 2. Não <b>(Se NÃO, pular para a questão 177).</b>	
Quais tipos de violência você já atendeu aqui na Unidade?	
158. Agressão física	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
159. Agressão verbal	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
160. Agressão moral ou psicológica	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
161. Agressão sexual	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
162. <i>Bullying</i> (intimidação)	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
163. Negligência ou abandono	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
164. Trabalho Infantil	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
165. Discriminação por racismo.	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
166. Falta de acesso a direitos sociais.	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
167. Falta de cuidados necessários.	<input type="checkbox"/> 1. Sempre. <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre. <input type="checkbox"/> 3. Raramente. <input type="checkbox"/> 4. Nunca.
Você já atendeu casos de violência contra:	
168. Criança	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
169. Idoso	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
170. Adolescente	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
171. Mulher	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
172. Homem	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
173. Deficiente físico	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
174. Deficiente mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
175. Trabalhador	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica
176. Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/> 888. NSA
177. Você notifica para a Secretaria o <b>caso confirmado</b> de violência?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim.	
<input type="checkbox"/> 2. Não.	
<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
178. E você notifica para a Secretaria o <b>caso suspeito</b> de violência?	
<input type="checkbox"/> 1. Sim.	
<input type="checkbox"/> 2. Não.	
<input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	

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

179. Você já encaminhou os casos suspeitos/confirmados de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar? ( ) 1. Sempre ( ) 3. Raramente ( ) 2. Quase sempre ( ) 4. Nunca	
180. Você já encaminhou casos suspeitos/confirmados de violência contra idosos ao Conselho Municipal do Idoso? ( ) 1. Sempre ( ) 3. Raramente ( ) 2. Quase sempre ( ) 4. Nunca	
<b>SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE</b>	
181. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca	
Qual tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 182. Física ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 183. Verbal ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 184. Moral ou Psicológica ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 185. Sexual ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 186. Abandono ou negligência ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 187. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 188. Trabalho Infantil ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 189. Discriminação por racismo. ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 190. Falta de acesso a direitos sociais. ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca. 191. Falta de cuidados necessários. ( ) 1. Sempre. ( ) 2. Quase sempre. ( ) 3. Raramente. ( ) 4. Nunca.	
Quais os tipos de trabalho infantil que você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 192. Prestação serviços/comércio ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 193. Doméstico ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 194. Nas ruas ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 195. Exploração Sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 196. Tráfico de Drogas ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 197. Artístico ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 198. Desportivo ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 199. Religioso ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 200. Mendicância ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 201. Outros ( ) Quais? _____	
202. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da Unidade? _____	
203. Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não	
204. Você conhece alguém que foi assassinado, fora da área da Unidade? ( ) 1. Sim. Onde? _____ ( ) 2. Não	
205. Você tem algum familiar, parente ou amigo que tenha sido assassinado? ( ) 1. Sim. Quem? _____ ( ) 2. Não	
<b>VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA</b>	
Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses? 206. Física ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 207. Verbal ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 208. Moral ou Psicológica ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 209. Sexual ( ) 1. Sim ( ) 2. Não 210. <i>Bullying</i> (intimidação) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não	

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<p><b>OBSERVAÇÃO:</b> Se <b>TODAS</b> as questões 206 a 210 tiveram "Não" como resposta, favor pular para questão 268.</p> <p>Se alguma das respostas das questões 206 a 210 foi "SIM", favor responder as questões referentes à violência assinalada.</p>		
<p><b>Quem lhe agrediu fisicamente?</b></p> <p>211. Familiar. Quem? _____ ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>212. Chefe ou colega de trabalho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>213. Bandido, ladrão ou assaltante ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>214. Polícia ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>215. Profissional saúde (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>216. Profissional saúde (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>217. Profissional educação (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>218. Profissional educação (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>219. Profissional serviço judiciário ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>220. Vizinho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>221. Desconhecido ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>222. Outro. Especifique? _____</p>		
<p><b>Quem lhe agrediu verbalmente?</b></p> <p>223. Familiar. Quem? _____ ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>224. Chefe ou colega de trabalho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>225. Bandido, ladrão ou assaltante ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>226. Polícia ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>227. Profissional de saúde (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>228. Profissional de saúde (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>229. Profissional educação (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>230. Profissional educação (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>231. Profissional serviço judiciário ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>232. Vizinho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>233. Desconhecido ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>234. Outro. Especifique? _____</p>		
<p><b>Quem lhe agrediu moral ou psicologicamente?</b></p> <p>235. Familiar. Quem? _____ ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>236. Chefe ou colega de trabalho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>237. Bandido, ladrão ou assaltante ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>238. Polícia ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>239. Profissional de saúde (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>240. Profissional de saúde (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>241. Profissional educação (serviço público) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>242. Profissional educação (serviço privado) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>243. Profissional serviço judiciário ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>244. Vizinho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>245. Desconhecido ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>246. Outro. Especifique? _____</p>		
<p><b>Quem lhe agrediu sexualmente?</b></p> <p>247. Usuário ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>248. Colega de trabalho ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>249. Bandido, ladrão ou assaltante ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>250. Agente legal público ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>251. Agente público (saúde) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>252. Agente público (escola) ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>253. Agente público ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>254. Desconhecido ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>255. Outro. Especifique? _____</p>		

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<p>Quem lhe submeteu <i>bullying</i> ou intimidação?</p>	
256. Familiar. Quem? _____	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
257. Chefe ou colega de trabalho	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
258. Bandido, ladrão ou assaltante	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
259. Polícia	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
260. Profissional de saúde (serviço público)	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
261. Profissional de saúde (serviço privado)	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
262. Profissional educação (serviço público)	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
263. Profissional educação (serviço privado)	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
264. Profissional serviço judiciário	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
265. Vizinho	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
266. Desconhecido	( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica
267. Outro. Especifique? _____	
<b>ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA</b>	
268. O que você entende por violência? _____ _____	
269. Você acha que é possível prevenir a violência? ( ) 1. Sim. Por quê? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
270. Você acha que é uma das funções da Unidade de saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não. Por quê? _____	
271. Esta Unidade de Saúde da Família desenvolve ações de prevenção da violência? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não	
272. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue na região em que trabalha? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não. <b>(Se NÃO, pule para a questão 274)</b>	
273. A equipe de saúde participa dessa iniciativa? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sei ( ) 888. Não se aplica	
274. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção de recuperação de agressores atuando aqui? ( ) 1. Sim. Quais? _____ ( ) 2. Não	
275. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sei	
276. Você tem conhecimento sobre as diretrizes nacionais, estaduais ou municipais que definem estratégias para o enfrentamento da violência? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 3. Não sei	
277. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz? _____ _____ _____	

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<b>DOENÇAS ESTIGMATIZANTES</b>	
<p>Sobre a <b>hanseníase</b> em sua unidade:</p> <p>278. Nunca foi detectado um caso de hanseníase. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>279. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>280. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>281. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>282. Os casos são atendidos em outros serviços. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p>	
<p>Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de hanseníase, ele deve:</p> <p>283. Continuar trabalhando normalmente. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>284. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>285. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA</p> <p>286. Deve se afastar até término do tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p>	
<p>287. Ao detectar um caso de hanseníase em sua unidade você assumiria o tratamento (diagnóstico, prescrição e acompanhamento)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>Sobre a <b>tuberculose</b> em sua unidade:</p> <p>288. Nunca foi detectado um caso de tuberculose. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>289. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>290. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>291. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>292. Os casos são atendidos em outros serviços. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p>	
<p>Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de tuberculose, ele deve:</p> <p>293. Continuar trabalhando normalmente. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>294. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>295. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA</p> <p>296. Deve se afastar até término do tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p>	
<p>297. Ao detectar um caso de tuberculose em sua unidade você assumiria o tratamento (diagnóstico, prescrição e acompanhamento)? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. Por quê? _____</p>	
<p>Sobre <b>HIV/Aids</b> em sua unidade:</p> <p>298. Nunca foi detectado um caso de HIV/Aids. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>299. A unidade já detectou casos e iniciou tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>300. A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>301. O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>302. Os casos são atendidos em outros serviços. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p>	
<p>303. Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de portador do HIV, ele deve:</p> <p>304. Continuar trabalhando normalmente. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>305. Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica</p> <p>306. Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos c/ a equipe. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. NSA</p> <p>307. Deve se afastar até término do tratamento. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não ( ) 888. Não se aplica.</p>	

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<b>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 há uma lista de afirmações e gostaria que você respondesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.</b>	
308. O homem é mais violento do que a mulher. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
309. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
310. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
311. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
312. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
313. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
314. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
<b>Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: (Questões 315 a 320)</b>	
315. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
316. Ela o desobedece ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
317. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
318. Ela pergunta se ele tem outras namoradas. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente
319. Ele suspeita que ela é infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	( ) 3. Discorda ( ) 4. Discorda parcialmente

## QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

320. Ele descobre que ela tem sido infiel. ( ) 1. Concorda ( ) 3. Discorda ( ) 2. Concorda parcialmente ( ) 4. Discorda parcialmente ( ) 5. Não sabe	
<b>Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se: (Questões 321 a 324)</b>	
321. Ela não quer. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe	
322. Ele está bêbado. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe	
323. Ela está doente. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe	
324. Ele a maltrata. ( ) 1. Concorda ( ) 2. Discorda ( ) 3. Não sabe	
<b>ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>	
325. Na sua opinião, a lista padronizada de medicamentos adotada atende a demanda por medicamentos na Unidade Básica de Saúde? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca ( ) 5. Não existe uma lista de medicamentos padronizada.	
326. Existem períodos de desabastecimento de medicamentos na UBS? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca	
Na sua opinião, qual(is) é (são) motivo(s) que causa(m) o desabastecimento? <b>(Pode marcar mais de uma opção)</b> ( ) 327. Desorganização do setor de compras. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 328. Problemas no mercado farmacêutico. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 329. Problemas de repassas de medicamentos nas instâncias do SUS. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 330. Outro. Qual? _____ ( ) 888. Não se aplica. ( ) 331. Não ocorre desabastecimento.	
Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento? <b>(Pode marcar mais de uma opção)</b> ( ) 332. Encaminha o usuário para outra unidade básica de saúde. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 333. Encaminha para o Programa Farmácia Popular. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 334. Encaminha para uma farmácia comercial. ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 335. Registra contato do usuário p/ avisar quando medicamento chegar ( ) 1. Sim ( ) 2. Não. ( ) 336. Outro. Qual? _____ ( ) 888. Não se aplica. ( ) 337. Não falta medicamento.	
338. Pela sua experiência, são prescritos medicamentos que não constam na lista de medicamentos do Município? ( ) 1. Sempre ( ) 2. Quase sempre ( ) 3. Raramente ( ) 4. Nunca	

*Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!*

## APÊNDICE E - Dados da taxa de feminicídios Brasil 2017-2018

### Dados

(-) Fenômeno inexistente

(...) Dado indisponível

UF	2017		2018	
	Números Absolutos	Taxa/100 mil habit.	Números Absolutos	Taxa/100 mil habit.
AC	13	1,6	14	1,6
AL	34	1,0	21	0,6
AM	16	0,4	4	0,1
AP	2	0,3	5	0,6
BA	74	0,5	75	0,5
CE	22	0,2	27	0,3
DF	18	0,6	28	0,9
ES	42	1,0	31	0,8
GO	23	0,3	35	0,5
MA	51	0,7	44	0,6
MG	150	0,7	156	0,7
MS	29	1,1	36	1,3
MT	...		42	1,2
PA	49	0,6	63	0,7
PB	22	0,5	34	0,9
PE	76	0,8	74	0,8
PI	26	0,8	27	0,8
PR	41	0,4	61	0,5
RJ	68	0,4	71	0,4
RN	23	0,7	28	0,8
RO	...		9	0,5
RR	3	0,6	4	0,7
RS	83	0,7	117	1,0
SC	52	0,7	42	0,6
SE	6	0,3	16	0,7
SP	120	0,3	136	0,3
TO	32	2,1	6	0,4
Brasil	1075	0,5	1206	0,6

**ANEXO A - Parecer COEP UFMG**

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

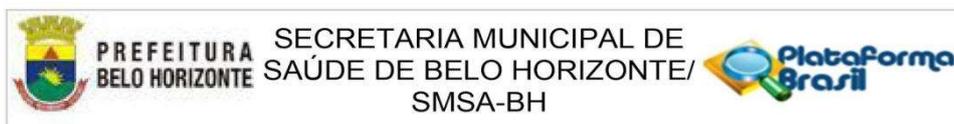
**DECISÃO**

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 - Parecer do CEP SMSA/BH



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

**Pesquisador:** Elza Machado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 01140812.1.3001.5140

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.512.402

#### Apresentação do Projeto:

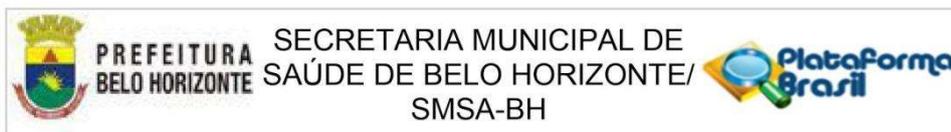
Trata-se de estudo quali quantitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: entrevistas semi-estruturadas com usuários, profissionais e gerentes; entrevistas com gerentes, gestores e informantes chave; observação de campo. Serão sorteadas Unidades Básicas de Saúde em todas as regiões administrativas do Município. A amostra de usuários de cada Município será calculada com erro de 5% e distribuída nessas unidades. Serão entrevistados todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas em cada Município; também serão utilizados questionários on line. Os dados quantitativos serão armazenados no SPSS. Os dados qualitativos serão analisados segundo o método hermenêutico-dialético.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o perfil da violência e as formas de abordagem, pautadas principalmente, nas ações de promoção de saúde da atenção básica de saúde de Belo Horizonte, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Minas Gerais.

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

**Objetivo Secundário:**

Investigar as principais formas de expressão da violência na população coberta pela atenção primária de saúde dos Municípios estudados;

Investigar a distribuição da violência entre os diferentes grupos populacionais e homens, mulheres, trabalhadores, crianças e adolescentes, idosos - cobertos pela atenção básica; Investigar o impacto da violência na atuação da atenção básica de saúde Investigar a violência institucional na atenção básica; Investigar os principais mecanismos de abordagem da violência na atenção básica de saúde Investigar o efeitos dos processos de capacitação na atuação do profissional, em especial, aquelas direcionadas para o desenvolvimento da promoção da saúde e para a prevenção da violência; Mapear e descrever a atuação das redes sociais do território adscrito à atenção primária de saúde, sua forma de proteção e seu papel na proteção e enfrentamento da violência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, uma vez que estes irão participar da pesquisa apenas respondendo a questionários, após serem esclarecidos sobre todas as etapas da pesquisa, de forma voluntária. Portanto, o presente projeto não apresenta riscos à integridade física dos pacientes envolvidos, pois não será realizado nenhum tipo de procedimento que traga danos aos sujeitos. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados do presente estudo contribuirão como fonte de pesquisa para dados epidemiológicos da violência no Brasil e qualidade dos serviços ofertados

**Benefícios:**

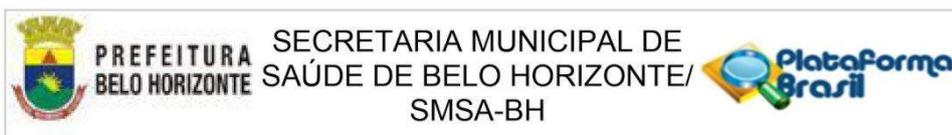
Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado, neste sentido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda à pesquisa original para incluir as seguintes modificações:

a) modificações para o roteiro e o questionário de gerentes e gestores, pelo fato de eles terão de ser realizados on line. Com isso, sofreram forte redução e precisaram focar numa temática específica, a saber, promoção de saúde, que estava diluída nos vários blocos. Os

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

novos modelos foram anexados.

b) foi Introduzido o nome de uma pesquisadora na equipe - Janete dos Reis Coimbra.

c) os TCLEs são os mesmos, mas fizemos ajustes para incorporar o nome da nova pesquisadora e o a data atual (2016). Por isso, anexos todos novamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Elza Machado de Melo e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

**Recomendações:**

1) Adotar modelo de TCLE dirigido a gestores e gerentes do qual não conste o seguinte trecho: "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".

2) Adotar modelo de TCLE do qual conste cláusula de reembolso e ressarcimento.

3) Adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas ao risco de desconforto ou constrangimento do participante em responder aos questionários ;

4) Adotar modelo de TCLE eletrônico que informe que o preenchimento do questionário eletrônico somente se dará após a anuência do participante.

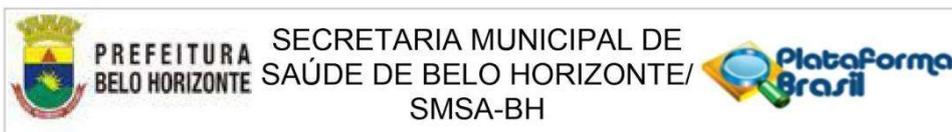
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que a emenda ao projeto originalmente aprovado cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado a emenda ao projeto Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

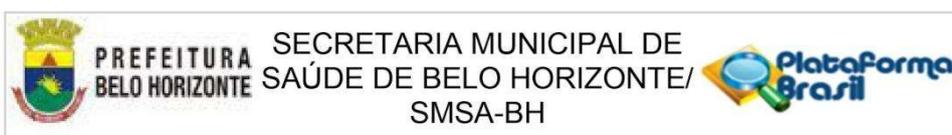
Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_686445 E2.pdf	28/03/2016 03:58:14		Aceito
Outros	Roteiro_e_Questionario_on_line_Gerentes_Gestores.doc	28/03/2016 03:45:58	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Gerentes_e_Informantes_Chave_ajustado.doc	28/03/2016 03:44:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TALE - participantes de 10 a 17 anos.docx	24/09/2014 12:04:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs modificados, pais e responsáveis, usuários, profissionais e gestores.doc	24/09/2014 12:03:11		Aceito
Outros	Parecer - p 2.jpg	15/09/2014 02:33:34		Aceito
Outros	Parecer - p 1.jpg	15/09/2014 02:33:13		Aceito
Outros	Aprovação Câmara.jpg	15/09/2014 02:32:55		Aceito
Outros	Anuência BH.jpg	15/09/2014 02:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde	15/09/2014 02:17:33		Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 1.512.402

Investigador	BH.doc	15/09/2014 02:17:33		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.jpg	15/09/2014 02:10:56		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIO - identificação.doc	14/05/2012 12:01:01		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO USUÁRIOS COEP.doc	14/05/2012 11:57:48		Aceito
Outros	QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS COEP.doc	14/05/2012 11:56:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, vários atores.doc	14/05/2012 11:54:27		Aceito
Outros	Anuência Santa Luzia.doc	14/05/2012 11:53:20		Aceito
Outros	Anuências, aprovações e pareceres.pdf	14/05/2012 11:47:44		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Prates Miranda**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
**Bairro:** Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

03/03/2017

Plataforma Brasil

Saúde

Informe o E-mail

Informe a Senha

LOGIN

Esqueceu a senha? Cadastre-se v3.0

Você está em: Público &gt; Buscar Pesquisas Aprovadas &gt; Detalhar Projeto de Pesquisa

## DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

## - DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica  
 Pesquisador Responsável: Elza Machado de Melo  
 Contato Público: Elza Machado de Melo  
 Condições de saúde ou problemas estudados:  
 Descritores CID - Gerais:  
 Descritores CID - Específicos:  
 Descritores CID - da Intervenção:  
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 25/04/2016



## - DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: PRO REITORIA DE PESQUISA  
 Cidade: BELO HORIZONTE

## - DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5140 - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH  
 Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02  
 Telefone: (31)3277-5309  
 E-mail: coep@pbh.gov.br

## - CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

## - CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),  
 ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).

03/03/2017

Plataforma Brasil

Saúde

Informe o E-mail

Informe a Senha

LOGIN

Esqueceu a senha? Cadastre-se v3.0

Você está em: Público &gt; Confirmar Aprovação pelo CA AE ou Parecer

## CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CA AE OU PARECER

Informe o número do CA AE ou do Parecer:

Número do CA AE:

01140812.1.0000.5149

Número do Parecer:

[Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

## DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica

Número do CA AE:

01140812.1.0000.5149

Número do Parecer:

1499487

Quem Assinou o Parecer:

Telma Campos Medeiros Lorentz

Pesquisador Responsável:

Elza Machado de Melo

Data Início do Cronograma:

31/03/2016

Data Fim do Cronograma:

31/03/2017

Contato Público:

Elza Machado de Melo

[Voltar](#)

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),  
 ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).