

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
VIOLÊNCIA

CAROLINA ALVES REYNALDO

**Avaliação de vulnerabilidade e de possibilidades de superação da
violência na Atenção Primária em Saúde**

Belo Horizonte

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
VIOLÊNCIA

CAROLINA ALVES REYNALDO

**Avaliação de vulnerabilidade e das possibilidades de superação na
Atenção Primária em Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Efigênia Ferreira e Ferreira

Belo Horizonte

2014

R364a Reynaldo, Carolina Alves.
Avaliação de vulnerabilidade e das possibilidades de superação na
Atenção Primária em Saúde [manuscrito]. / Carolina Alves Reynaldo. - -
Belo Horizonte: 2014.
86f.: il.
Orientador: Efigênia Ferreira e Ferreira.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Violência/prevenção & controle. 3.
Vulnerabilidade Social. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Ferreira, Efigênia
Ferreira e. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

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

Linha de pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof.^a Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof.^a Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Ana Cristina Cortês

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Virgílio Baião Carneiro

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência: Prof.^a Elza Machado de Melo

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

Prof.^a Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha

Prof.^a Eliane Dias Gontijo

Prof.^a Elizabeth Costa Dias

Prof.^a Eugênia Ribeiro Valadares

Prof.^a Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

BELO HORIZONTE

2014

Ao meu querido pai e a minha querida Zilah (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado sabedoria e persistência para atingir mais esta meta em minha vida.

Aos meus pais, Elton e Gloria, que sempre acreditaram em mim, e apoiaram as minhas escolhas, mesmo quando estas pareceram despropositadas e apontavam para o caminho mais difícil.

Ao meu noivo, Daniel Baliza Dias, incentivador nos momentos mais difíceis deste trabalho e companheiro para a vida.

Ao meu irmão Daniel Alves Reynaldo, pela revisão das partes em inglês.

Ao colega de trabalho e “chefe” Marcelo de Sena Silva, que sempre acreditou no meu trabalho e confiou em mim, confiando no meu desejo de dar sempre o meu melhor pelo serviço, mesmo nos momentos em que estive ausente.

Aos meus queridos afilhados Rodrigo e Otávio, pelos momentos de alegria em suas companhias.

Aos meus parentes e amigos que por estarem sempre por perto.

À professora Efigênia Ferreira e Ferreira, pelos ensinamentos.

À professora Elza Machado Melo, por me transmitir um pouco da sua paixão pelo tema da prevenção da violência e por me dar a oportunidades de fazer parte deste movimento no Brasil.

Ao professor Ricardo Tavares, pela ajuda fundamental na organização do banco de dados.

À Professora Raquel, pela contribuição nas análises estatísticas.

Ao município de Ribeirão das Neves, por me transformar na pessoa que sou hoje

Aos colegas de trabalho e a população de Ribeirão das Neves, que me ensinam sempre valiosas lições.

A todos vocês, o meu muito obrigada!

"I'm starting with the man in the mirror

I am asking him to change his ways

And no message could have been any clearer:

If you wanna make the world a better place

Take a look at yourself and then make a change"¹

Michael Jackson

¹ "Vou começar pelo homem no espelho. Vou pedir a ele para mudar seus modos, e nenhuma mensagem poderia ter sido mais clara. Se você quer fazer do mundo um lugar melhor, dê uma olhada em si mesmo e então faça a mudança".

RESUMO

Objetivo: Pretende-se avaliar o fenômeno da violência entre usuários Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Ribeirão das Neves/MG através da identificação de grupos vulneráveis a sofrer violência e da identificação das formas de prevenção de violência concebidas pelos usuários entrevistados. **Metodologia:** Em uma amostra de 629 indivíduos usuários de unidades básicas de saúde (erro de 3,71% e perda de 1,4%), foi inicialmente analisada a prevalência de relatos relacionados a presenciar e/ou sofrer a violência. Para as análises descritivas e de segmentação utilizou-se o programa IBM SPSS (Versão 19). Para a análise de conteúdo temática das respostas à pergunta “Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência” selecionou-se uma amostra intencional de 350 respostas que foram categorizadas e agrupadas em temas. **Resultados:** Foram definidos os clusters pelo convívio com a violência (cluster 1) e vitimização (cluster 2), posteriormente relacionados variáveis sociodemográficas: faixa etária, renda, escolaridade e situação laboral. Há maior frequência no cluster 2 de sujeitos acima de 60 anos, com renda de até 1 salário, escolaridade máxima de ensino fundamental e sem atividade laboral. Na análise qualitativa três grupos temáticos foram identificados: 1. Atuação governamental (políticas públicas de segurança, cumprimento rigoroso das leis, políticas de educação, trabalho e acesso a bens, serviços, esporte e lazer); 2. Mudança social (atuação das famílias, do diálogo e o reconhecimento e empoderamento do indivíduo para exercer seu papel de cidadão); 3. Mudanças individuais (evitar atitudes que favorecem a violência e a fé e a religiosidade). **Considerações finais** Com este trabalho, conseguimos identificar a população idosa, com baixa escolaridade e baixa renda como a mais vulnerável a sofrer violência. Além disso, observamos que a visão da população de como é possível prevenir a violência se aproxima muito do descrito na literatura. Para o município fica o desafio de acolher a população que sofre violências não fatais e atuar de forma preventiva. Sugerimos que a parceria poder público-população seja reforçada para a construção de maneira colaborativa de um programa de prevenção da violência.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Violência/prevenção & controle, Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Objective to assess the phenomenon of violence among the users of Primary Health Care (PHC) in Ribeirão das Neves, MG through the identification of the most vulnerable group to suffer violence and getting to know the methods for preventing violence conceived by them. **Methods** A sample of 629 reports of PHC users (3.71% error and 1.4% loss) was analyzed, regarding experiences of violence (violence suffered/witnessed). The IBM SPSS (Version 19) was used for the descriptive and segmentation analyses. A categorical content analysis of responses to the question "how is it possible to prevent violence" was made in an intentional selected sample of 350 answers, which were categorized and grouped by themes. **Results** Clusters were defined by the set of variables related to coexistence (cluster 1) and victimization (cluster 2) by violence, and then they were associated with sociodemographic variables, the variables age, family income, education and employment status. There is a greater frequency of violence on individuals above 60 years with low income (earning up to 1 minimum wage), with low education (illiterate, elementary school) and no work activity, indicating a situation of vulnerability cluster 2. In the qualitative analyses three groups of preventing violence solutions were identified by respondents: 1. Government action (public safety polices, strict laws, educational policies, work and leisure, access to goods and services). 2. Social change (Strengthening families, empowerment and recognition of individuals as subjects and dialogue). 3. Individual changes (avoid situations that promote violence and religion and faith). **Final Thoughts** We could identify the elderly, low income and few years of study as the most vulnerable group to suffer non-fatal violence. Beyond that, we could identify that the population concepts of violence prevention are very similar to what was described in the literature. There is a challenge to the district to embrace cases and prevent non-fatal violence. As a suggestion, we recommend the public-population partnership to be strength for building, in a collaborative way, a violence prevention program.

Descriptors: Violence, Prevention & Control, Primary Health Care, Social Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária em Saúde
COEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
UBR	Unidade Básica de Referência

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

	Página
Tabela 1- Distribuição da amostra por faixa etária, Ribeirão das Neves, 2011.	38
Tabela 2- Distribuição dos participantes quanto à convivência e vitimização pela violência nos dois clusters- Ribeirão das Neves, 2012	39
Tabela 3- Frequência dos participantes nos clusters formados com a inclusão das variáveis sócio demográficas- Ribeirão das Neves, 2012	40

SUMÁRIO

PARTE I

	Página
APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização do município	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 A violência	17
2.2 A violência e a saúde pública	18
2.3 A equidade e a vulnerabilidade à violência	21
2.4 Percepções de violência	23
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivos geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
4.1 Seleção da amostra de usuários da APS e critérios de inclusão	26
4.2 Instrumento de coleta de dados	27
4.3 Preparação e trabalho de campo	27
4.4 Estudo quantitativo: variáveis de interesse	28
4.5 Estudo qualitativo: variável de interesse	29
4.6 Análise de dados	29
4.6.1 Análise quantitativa	29
4.6.2 Análise qualitativa	30

PARTE II

	Página
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
5.1 ARTIGO 1 – Identificação da população vulnerável à violência: o primeiro passo para um programa de prevenção da violência na APS, Ribeirão das Neves, 2012.	32
5.2 ARTIGO 2- Como é possível prevenir a violência? A visão dos usuários da APS de Ribeirão das Neves sobre este desafio.	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
7 REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados	74
ANEXO A-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	77
ANEXO B- MANUAL DE PESQUISA DE CAMPO	79
ANEXO C- APROVAÇÃO COEP	84
ANEXO D- ATA DE DEFESA	85
ANEXO E- FOLHA DE APROVAÇÃO	86

PARTE I

APRESENTAÇÃO

Concursada como cirurgiã-dentista em Ribeirão das Neves desde 2007, tive a oportunidade de trabalhar nas mais diversas atividades dentro do serviço público municipal. Da Atenção Primária ao serviço de Atenção Secundária, da clínica escolar à gestão, do planejamento à pesquisa de campo. Todas estas experiências me mostraram uma realidade muito diferente das minhas vivências pessoais anteriores, porém, inegavelmente, parte também da minha realidade. Ao conhecer de perto a população pude ver que meu trabalho como servidora pública estava muito aquém das necessidades locais e que, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), meu trabalho estava longe de ser o ideal.

Meu ingresso no Núcleo de Saúde e Cultura de Paz de Ribeirão das Neves aconteceu no ano de 2011, num período em que o Núcleo viria a ser formalizado por meio da portaria GAB nº 034, pela Secretaria Municipal de Saúde. Deu-se aí também o início da minha participação efetiva no grupo de pesquisa do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência -Atenção Primária em Saúde- do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Este grupo trabalhou na concepção, elaboração e desenvolvimento do caminho metodológico e dos instrumentos de um grande estudo, o Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária, e a coleta de dados ocorreu em Ribeirão das Neves, em 2012, ano do meu ingresso no Mestrado Profissional.

Com o presente estudo pretendo analisar parte dos dados coletados na pesquisa em questão, para melhor compreender o que é conviver com a violência na vida cotidiana e qual a expectativa dos moradores do município, quanto a sua prevenção.

1 INTRODUÇÃO

Os fenômenos violentos apresentam-se enraizados nas estruturas econômicas, sociais e políticas e podem se expressar de forma individual ou coletiva. A violência sexual, psicológica, institucional e a agressão atingem grupos distintos de pessoas de maneiras diferentes (BRASIL, 2001; D'OLIVEIRA, 2009) e tem consequências que nem sempre levam ao óbito (BRASIL, 2001). A sociedade convive diariamente com a violência e a responsabilidade por mudar esta realidade muitas vezes é delegada exclusivamente ao setor de segurança pública. É evidente que o controle de todos os fatores responsáveis por causar eventos violentos foge da competência deste setor. É sabido também que uma mudança é essencial para aliviar a ansiedade dos sujeitos e prevenir os graves danos que a violência causa (YEHUDA & HYMAN, 2005) e, para tanto, outros setores devem estar diretamente envolvidos com a solução deste, que é um problema em todo o mundo. Para este trabalho, vamos focar nas responsabilidades do setor saúde, mas vale pontuar aqui que a intersetorialidade é muito importante para que mudanças aconteçam.

As consequências da violência têm influências diretas na saúde das pessoas e tais consequências podem ser de caráter imediato, mediato ou em longo prazo (YEHUDA & HYMAN, 2005; LABRONICI, FEGADOLI & CORREA, 2010; TEIXEIRA-FILHO et al, 2013). Danos físicos (fraturas, queimaduras, ferimentos, dores crônicas, problemas reprodutivos, e outros) e danos psicológicos (estresse pós traumático, fobias e problemas sociais) são extremamente relevantes quando nos referimos às vítimas de violência (YEHUDA & HYMAN, 2005; MELO, 2010; SCHRAIBER, BARROS & CASTILHO, 2010; TEIXEIRA-FILHO et al, 2013; RIBEIRO et al, 2013) e a responsabilidade de tratamento e da notificação dos casos de violência que chegam às unidades de saúde são dos profissionais de saúde (GONÇALVES et al, 2014).

Não podemos ignorar aqui os custos financeiros da violência para o orçamento público da saúde. Devido às limitações dos registros, não é possível precisar os gastos totais com as vítimas de violência no Brasil. Entretanto, Rodrigues et al (2009) estimou que tais gastos atingiram 119 milhões de reais no ano de 2004, referente apenas aos atendimentos às vítimas de agressão.

A responsabilidade do setor saúde é evidente, principalmente no setor público, quando nos orientamos pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A universalização,

integralidade e equidade são princípios que norteiam o SUS e dentre eles, o princípio da integralidade pode ser destacado. De acordo com este princípio é necessário conhecer e dimensionar os fatores de risco coletivo e/ou individual que os indivíduos estão sujeitos para embasar ações de educação em saúde ou políticas de prevenção de agravos, para que eles sejam atendidos não somente na esfera da assistência à saúde (ALVES, 2005; VIVIESCAS-VARGAS *et al*, 2013). Sabemos da importância da capacitação dos profissionais de saúde para a identificação e tratamento de casos de violência, bem como da responsabilidade dos profissionais de saúde para o atendimento humanizado (SCHRAIBER, BARROS & CASTILHO, 2010; GONÇALVES *et al*, 2014). Entretanto, este trabalho pretende abordar a violência como um fenômeno que pode ser, além de mapeado, prevenido, conforme evidências descritas na literatura (MELO, 2010; SCHRAIBER, BARROS & CASTILHO, 2010; WHO, 2010). Sendo assim, a violência deve estar na agenda dos gestores e a atuação nas unidades de saúde não deve ser restrita ao acolhimento e tratamento dos casos de violência. As ações devem ser ampliadas de maneira que os profissionais atuem de forma preventiva, como já vem sendo realizado com outros problemas que, também, tem consequências para a saúde.

Tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Básica define que as unidades básicas de saúde devem ser as portas de entrada preferenciais do SUS e devem ser o ponto de partida para a organização dos sistemas locais de saúde, garantindo ações curativas, preventivas e de manutenção da saúde de uma população específica de um território delimitado, faz-se necessário conhecer as condições e modo de vida dos usuários locais antes de propor qualquer plano local de ação (BRASIL, 2006). É sabido que as vítimas de violência usam os serviços da Atenção Primária com mais frequência que os demais usuários (SCHRAIBER, BARROS & CASTILHO, 2010) e quanto mais graves são as violências sofridas, maior a frequência da utilização dos serviços (VIVIESCAS-VARGAS *et al*, 2013). Sendo assim, as unidades de APS municipais foram o local de escolha como ponto de referência da pesquisa do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária.

Apesar das discussões sobre a violência no âmbito da saúde pública estarem ganhando cada vez mais destaque, poucos são os trabalhos que visam identificar a população mais vulnerável a sofrer violência com o objetivo de fornecer subsídios para preveni-la na esfera local. Este estudo traz uma análise two-step cluster que pretende identificar, a partir de informações fornecidas pelos usuários da atenção primária em saúde de Ribeirão das Neves, qual o grupo é o mais vulnerável a sofrer violência. Caso haja a utilização das informações oriundas deste trabalho no planejamento de ações de prevenção da violência no município será

possível otimizar recursos e firmar parcerias direcionadas para a parcela da população que mais precisa ser assistida. Além de uma análise estatística de caráter quantitativo, apresentaremos também uma análise qualitativa categorial, a fim de apontar as concepções de violência catalogadas a partir de informações também fornecidas pelos usuários da APS e em que ponto elas se aproximam ou se afastam do que tem sido discutido na literatura nacional e internacional. Conhecer a população para a qual se pretende propor uma ação e discutir com ela as possíveis soluções para o problema é uma ferramenta primordial para o sucesso de qualquer ação de promoção de saúde bem-sucedida.

1.1 Contextualização do município

O município eleito para a realização desta pesquisa é o município mineiro de Ribeirão das Neves, que faz parte da região Metropolitana de Belo Horizonte, com população estimada de 303.029 habitantes no ano de 2012 (IBGE, 2014).

A extensão territorial do município é de 155km² com a densidade demográfica de 1.905,07hab/km². A ocupação do município se deu de forma fragmentada e desarticulada, tendo áreas de invasões e loteamentos clandestinos. O crescimento populacional acelerado dificultou o processo de urbanização e da criação de políticas públicas. A cidade é estigmatizada devido à presença de diversas unidades prisionais no território, o que causa a desvalorização imobiliária e muitas vezes afastam investimentos no local. O município tem grande dificuldade em absorver a mão de obra local, marcada por ser pouco qualificada e conseqüentemente o município ganha o status de cidade dormitório, uma vez que grande parte de seus moradores trabalham na vizinha Belo Horizonte. Existe também uma estrutura fundiária com grande número de pequenos produtores rurais com baixo poder aquisitivo (PUC, 2008).

Sabemos que o problema da violência local é real. Nos noticiários, Neves, como é conhecida, muitas vezes recebe destaque devido à violência e a convivência no local nos mostra que os munícipes, principalmente os mais jovens, relatam o desejo de sair da cidade devido à falta de oportunidades de estudo e trabalho. Em 2008, foi publicado o Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros. Ribeirão das Neves estava entre os 576 municípios que concentravam 73,3% dos homicídios de todo os país, com uma taxa média de 56 homicídios para cada 100 mil habitantes. Entretanto, vale destacar que à época Neves estava localizado na posição 103^a do ranking, precedido pelas também mineiras, Betim (29^a), Teófilo Otoni (46^a), Santa Cruz de

Minas (60^a), Governador Valadares (79^a), Contagem (80^a), Ibirité (85^a) e Belo Horizonte (99^a). Recife foi a Capital com maior taxa de homicídios, ficando em 10^o lugar no ranking. Rio de Janeiro ocupou a posição de 205^a e São Paulo a 492^a dentre os municípios com as maiores taxas de homicídios do país (WAISELFISZ, 2008).

Na última publicação do Mapa da Violência (2013), Neves apareceu na posição 58 na classificação de homicídio na população jovem, com taxa de 120,4 homicídios a cada 100 mil jovens. Municípios Mineiros que apresentaram taxas maiores do que a de Neves foram Esmeraldas, Betim e Vespasiano, que ficaram respectivamente nas posições 15, 27 e 52 (WAISELFISZ, 2013).

Para detalharmos melhor a situação dos óbitos do Município de Ribeirão das Neves na atualidade, recorreremos aos dados mais atuais disponíveis no DATASUS. No ano de 2012, Ribeirão das Neves teve as causas externas (acidentes e violências) representando 17,6% dos óbitos registrados para aquele ano. Destes, 57,6% foram óbitos devido a homicídios. Ou seja, mais de 10% de todos os óbitos ocorridos no município em 2012 foram consequências de homicídios. Do total das vítimas de homicídio, 88,1% foram do sexo masculino (DATASUS, 2014).

Apesar da existência da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência, o município de Ribeirão das Neves ainda tem, nas causas externas, a segunda causa de mortalidade. Este fato é um pouco mais grave que as situações Nacional e Estadual, que têm as causas externas como a terceira causa de morte, segundo registros do DATASUS para o ano de 2012 (DATASUS, 2014).

A realidade municipal nos mostra ser iminente a necessidade de uma intervenção intersetorial para alterar o quadro atual. Como resultado final deste trabalho, apresentaremos dois artigos científicos de resultados e esperamos colaborar de forma efetiva na formulação de políticas de prevenção da violência para o Município de Ribeirão das Neves.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Violência

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é o uso intencional de poder ou força física, ameaçado ou realizado de fato, contra si mesmo, outro indivíduo, grupo ou comunidade, que gera ou tem alta propensão de gerar ferimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2002). Segundo Minayo (1998), a violência consiste *em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual*. Ambos os conceitos são utilizados na saúde pública para descrever este fenômeno que gera grande impacto na saúde dos brasileiros.

Para a OMS a violência pode ser classificada três tipos, a saber:

- *Violência auto infligida* consiste na agressão do indivíduo contra ele próprio. Este tipo de violência é caracterizado pela automutilação ou suicídio;

- *Violência interpessoal* consiste na violência de um indivíduo contra outro ou contra um pequeno grupo. Pode ser dividida em violência intrafamiliar, que ocorre dentro dos lares, envolvendo parentes, e violência comunitária, que ocorre nas ruas entre conhecidos ou desconhecidos. Pode ter natureza moral, verbal ou física.

- *Violência coletiva* consiste em violência social, política ou econômica cometida por grandes grupos ou Estado sobre indivíduos, povos ou nações. Ela acontece através de repressão, genocídio, conflitos armados, crime organizado e privação de direitos.

Ainda de acordo com a OMS, a violência é uma das principais causas de morte e incapacitação do mundo. Ela é responsável por cerca de 1.6 milhões de mortes por ano em todo o mundo (WHO, 2008). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), as taxas de mortalidade por violência no Brasil na década de 90 foram bem próximas a de países como a Colômbia, que passa por conflitos e crises sociais e políticas, e de alguns países africanos que sofrem com alto *déficit* social.

No ano de 2011, foram registradas 145.842 mortes no Brasil por causas externas e em 2012 este número chegou a 152.013 sendo um total de 56.339 casos apenas na região sudeste. O número de homicídios passou de 52.198 em 2011 para 56.337 em 2012. O número de óbitos devido a acidentes foi de 71.381 em 2011 para 72.990 em 2012 e o número de mortes devido a

lesões autoprovocadas foi de 9.898 para 10.321 no período. Dentre as vítimas de homicídio no ano de 2012, 75,9% foram jovens e adultos entre 15 e 39 anos e 91,5% foram do sexo masculino (DATASUS, 2014).

Segundo Melo (2010) é importante compreender a violência como um fenômeno multicausal que está vinculado a baixa escolaridade, desigualdade de renda, desemprego, falta de acesso a bens e serviços de saúde e desigualdades sociais para que assim, seja possível alterar esta realidade. Outros estudos também apontam para a relevância de fatores socioeconômicos e culturais como determinantes de violência (ESPÍNDOLA & BLAY, 2007; D'OLIVEIRA et al, 2009; VIVIESCAS-VARGAS et al, 2013).

2.2 A violência e a saúde pública

A violência é um fenômeno social e histórico e parte inegável da existência da humanidade, representando uma violação dos direitos do ser humano e um problema de segurança pública. Apesar de a violência não ser em sua origem um problema de saúde é possível constatar que as consequências individuais e coletivas (físicas, psicológicas e sociais) das mais diversas formas de violência a tornam um importante problema de saúde pública e que as mesmas podem se manifestar em curto, médio ou longo prazo. (MINAYO, 2004; BRASIL, 2006; LABRONICI, FEGADOLI & CORREA, 2010; MELO, 2010; TEIXEIRA-FILHO et al, 2013).

Nos casos de violências não fatais, estudos são enfáticos em dizer que a prevalência de distúrbios psiquiátricos como depressão, estresse pós-traumático, ansiedade (PHAL, BROOK & LEE, 2013; RIBEIRO et al, 2013; TEIXEIRA-FILHO et al, 2013) e abuso de substâncias como álcool e drogas são significativas nas vítimas de violência, principalmente quando a violência é sofrida de forma recorrente (PHAL, BROOK & LEE, 2013; RIBEIRO et al, 2013) e tais consequências são de extrema relevância para a saúde pública. Dentre as consequências dos transtornos psicológicos, temos a ideação suicida e a tentativa ou efetivação de suicídio, objetivando acabar com o sofrimento psicológico (TEIXEIRA-FILHO et al, 2013). A relação entre a vitimização pela violência e o uso de álcool e drogas é descrita também como forma de minorar o sofrimento psicológico e acaba por criar um ciclo que facilita novas vitimizações, uma vez que usuários de álcool e drogas têm mais chances de se envolverem em situações conflituosas violentas (LIPTON et al, 2013; PHAL, BROOK & LEE, 2013).

Apesar de o tema ter ganhado maiores proporções recentemente, a discussão da violência como um problema para a saúde pública já é antiga. Ao analisarmos as cartas de

promoção de saúde, fica claro que as guerras e desigualdades sempre foram identificadas como problemas que geram consequências para a saúde, e a paz é citada como ferramenta para a promoção de saúde desde a década de 70, como veremos a seguir.

Em setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma Ata, ficou expressa a urgência de que todos os governos, todos os trabalhadores dos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, investissem na promoção da saúde de todos os povos do mundo” (WHO, 1978). Dentre os importantes conceitos apontados em tal relatório, destacamos para o presente trabalho a associação apresentada entre a promoção e proteção de saúde com o desenvolvimento econômico-social, qualidade de vida e a paz mundial.

Em 1986, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa no Canadá. A partir desta conferência, foi elaborada a carta de Promoção da Saúde e que definia o conceito de promoção de saúde, incentivava a criação de ambientes saudáveis e a participação comunitária. Esta carta enfatizava o caráter global da saúde apontando para a importância da ação intersetorial. As condições e os recursos fundamentais para a saúde apontados na carta são: “*Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade*” (WHO, 1986).

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada na Suécia em 1991, enfatizou a importância de ambientes saudáveis promotores de saúde e da justiça social em saúde. Mais uma vez uma carta aponta a paz como ferramenta para construção de um ambiente saudável (WHO, 1991).

Em 1992, em Santa Fé, Bogotá aconteceu a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de caráter sub-regional. No documento elaborado nesta conferência aparece a primeira alusão à violência como causa de problemas de saúde pública, dentre as cartas de promoção de saúde. Neste documento ficou registrado que “o direito e o respeito à vida e à paz são os valores éticos fundamentais da cultura e da saúde”. Esta carta tem um conteúdo muito rico em relação à promoção de saúde e prevenção da violência. Dentre os compromissos firmados entre os países da América Latina participantes destacamos a promoção da vida e não degradação da mesma, a eliminação dos efeitos diferenciais da iniquidade sobre as mulheres e o estímulo ao diálogo entre diferentes culturas (PHO, 1992).

Com o objetivo de mudar o cenário atual de violência e seguindo o que vinha sendo discutido no cenário mundial, o Governo Federal Brasileiro lançou em 2001 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências que afirma, dentre outras coisas

que, “a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes”. Neste documento, o governo aponta a grande responsabilidade que o setor saúde tem sobre este problema (BRASIL, 2001). No ano seguinte, em 2002, a OMS publicou o relatório “World report on violence and health” - Relatório Mundial de Violência e Saúde que apresentou além do conceito de violência que é utilizado hoje pelo setor saúde, a sua classificação por tipo e natureza (WHO, 2002).

Em 2004 o governo brasileiro, aprovou a portaria nº 936 que dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (BRASIL, 2004). Em 2010, criou a Política Nacional de Promoção de Saúde, que tem dentre suas prioridades a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz (BRASIL, 2010). Seguindo as políticas propostas pelo Governo Federal, o município de Ribeirão das Neves vem articulando e estruturando o seu Núcleo de Saúde e Cultura de Paz desde 2008. Tal Núcleo foi formalizado em 23 de agosto de 2011, por meio da portaria GAB nº 034 e instituído como parte da Secretaria Municipal de Saúde e é hoje parte essencial das políticas de prevenção da violência neste município (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2012).

No ano de 2010, podemos destacar dois documentos de instituições internacionais que apontam evidências sobre a prevenção da violência. Publicado pela OMS, temos o “Violence prevention: the evidence” (Prevenção da Violência: a evidência) e publicado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) “É possível prevenir a violência” (MELO, 2010).

Sabe-se que fatores de comportamento e as condições sociais, econômicas, políticas e culturais que contribuem para atitudes violentas podem ser mudadas. As ações de saúde pública podem ajudar na prevenção da violência e na redução dos seus impactos, da mesma forma em que conseguiram reduzir doenças infecciosas, acidentes de trabalho e complicações relacionadas à gravidez em diversas partes do mundo (KRUG *et al*, 2002).

Dessa forma, fica claro que é papel do setor saúde agir sobre os determinantes sociais da violência de maneira preventiva, atuando nas condições de vida e de moradia das comunidades, através de ações de vigilância, promoção de saúde e prevenção de violências, além de prestar a devida atenção às pessoas vítimas destes agravos. Para embasar as ações do setor é necessário conhecer através de análise de dados, pesquisas e estudos quais são os grupos vulneráveis e os fatores de risco da população local (MELO 2010; FUERTES, MAFLA & LÓPEZ, 2010).

2.3 A equidade e a vulnerabilidade à violência

Como sabemos, os recursos disponíveis para o setor saúde são limitados e uma forma de otimizá-los é a partir da distribuição dos mesmos seguindo os princípios da equidade. A equidade, segundo Starfield (2012), garante que pessoas com maiores necessidades recebam mais serviços da atenção primária e as pessoas com necessidades iguais recebam os serviços em mesma quantidade e de igual qualidade.

Desta forma, o objetivo das políticas de saúde deve ser que todos os indivíduos de uma sociedade tenham oportunidades de desenvolver seu pleno potencial de saúde, através da eliminação ou da redução das diferenças derivadas de fatores injustos e evitáveis (VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003).

O conceito de vulnerabilidade emerge nesta discussão, uma vez que para direcionar recursos e esforços para promover equidade é necessário conhecer quem são as pessoas em desvantagem, com maiores riscos para adoecer e morrer (OMS, 2002; VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003; FUERTES, MAFLA & LÓPEZ, 2010; MELO, 2010). Segundo Starfield (2012), a equidade deve ser uma prioridade internacional e só é possível atuar de forma equitativa quando se pesquisa os estratos sociais e econômicos e se identificam suas necessidades.

Quando avaliamos a vulnerabilidade para a violência podemos acessar dados mundiais da OMS (2002), que nos mostram que ela atinge diferentes grupos de maneiras distintas. Os jovens são mais propensos a cometer e sofrer violências físicas e são em todos os países do mundo, as principais vítimas e perpetradores de homicídios. Quando nos referimos às mulheres, a violência entre parceiros íntimos ganha destaque. Além de agressões, a violência psicológica e sexual também tem grande relevância para este grupo. As crianças também são vítimas no ambiente familiar e os agressores são geralmente os pais, responsáveis ou cuidadores. Além das violências física, psicológica e sexual que acometem as crianças, inclui-se aqui a negligência. Os idosos também são vítimas de violência principalmente no ambiente familiar e os agressores são parentes ou cuidadores. Eles estão expostos à violência física, psicológica, sexual e à negligência, e podemos ainda citar aqui a violência econômica, quando seus recursos financeiros são apropriados pelos parentes ou cuidadores e usados de forma inadequada.

Citamos os indicadores globais dos grupos mais propensos a sofrer tipos diferentes de violências, não é o suficiente para se fazer um diagnóstico. Para tanto, se faz necessário coletar dados específicos de cada localidade a fim de estabelecer prioridades, direcionar programas e

garantir o monitoramento das ações para grupos específicos de indivíduos (FUERTES, MAFLA & LÓPEZ, 2010; MELO, 2010; OMS, 2002; VIANA, FAUSTO & LIMA, 2003).

Barbara Starfield (2012) trata sobre a abordagem de vulnerabilidade para identificação não apenas de agravos ou doenças, mas do estado de morbidade, onde diversas doenças interagem. Estudos abordam esta inter-relação entre a violência e outros problemas de saúde, com a perspectiva da morbidade correlatas (LIPTON et al, 2013; PHAL, BROOK& LEE, 2013; RIBEIRO et al, 2013; TEIXEIRA-FILHO et al, 2013) como já foi descrito no subtítulo “a violência e saúde pública” quando citamos as consequências das violências não fatais. Desta forma, fica claro que se faz necessário conhecer quais são os grupos de maior vulnerabilidade, antes de propor qualquer ação de promoção de saúde e prevenção na APS.

2.4 Percepções de violência

A participação das comunidades no planejamento de ações (LINO et al, 2011; RAFAEL et al, 2011) e o conhecimento dos sentimentos dos indivíduos pelos profissionais sobre as situações a serem abordadas (SANTANA et al, 2010; BESERA et al, 2011; FAVA et al, 2011) são elementos ditos essenciais para o planejamento das ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos, depois do diagnóstico das necessidades locais. Para tanto, uma ferramenta importante que dispomos é conhecer as percepções da comunidade sobre o problema a ser discutido bem como as soluções que eles concebem. Na área da abordagem da violência é preciso sabermos o que a pessoa entende como violência e levar em consideração estas noções antes de propor qualquer ação. A identificação do grupo que é mais vulnerável a sofrer algum tipo de agravo também é importante para direcionar recursos para prevenir a recorrência e a ocorrência de novos casos (FUERTES, MAFLA & LÓPEZ, 2010; MELO, 2010).

É fato que entre os conceitos de violência e a percepção do sujeito ou da sociedade que sofre violência existem algumas divergências (SÁNCHEZ & RUÍZ, 2011). A violência vivida muitas vezes não é percebida como tal pelos sujeitos e pelas comunidades. Muitos autores têm estudado as percepções dos sujeitos sobre a violência, com o objetivo de diminuir esta distância que existe entre teoria e a realidade. Vamos abordar aqui o que as pessoas reconhecem ou não como violência.

Falaremos primeiramente de casos de não reconhecimento da violência. A violência física, abuso sexual e psicológico, sofridos dentro das famílias ou entre conhecidos e vizinhos muitas vezes são apontados como fatos corriqueiros e é dada uma dimensão muito menor do que se deveria a estas situações (SCHRAIBER *et al*, 2003; DINIZ, SANTOS & LOPES, 2007; SANTOS & RAMIRES, 2009). Justificativas sociais parecem estar associadas à legitimação da violência dentro dos lares. O conceito de “família ideal” encobre um meio onde podem existir relações desiguais de poder entre o homem e a mulher e reforçam a violência entre parceiros íntimos como uma prática tolerável (DINIZ, SANTOS & LOPES, 2007; D’OLIVEIRA, 2009). Sobre a não identificação das violências sofridas na comunidade, entre conhecidos e vizinhos, podemos dizer que muitas vezes a convivência diária com a violência na vizinhança faz com que a pessoa aprenda a aceitar as atuações violentas de uma forma mais natural (SÁNCHEZ & RUÍZ, 2011). Isso não mostra concordância com a situação de violência, mas sim uma forma de adaptação ao meio comunitário e, conseqüentemente, observa-se a banalização da violência.

SÁNCHEZ & RUÍZ (2011) apontam quatro elementos que são utilizados para justificar a violência. Tais elementos parecem funcionar na justificativa tanto das violências coletivas,

cometidas pelo estado e polícia, como nas violências interpessoais, fazendo com que as mesmas não sejam reconhecidas como atos genuinamente violentos. São os elementos: *quem exerce a violência; contra quem ela é exercida; em que situação ou contexto ela ocorre; em que proporção ela é aplicada*. Estes fatores parecem estar intimamente associados com esta diferença entre a teoria sobre a violência e a percepção da mesma na prática.

Em contraponto, existem situações em que a violência é facilmente reconhecida como tal. Os casos de criminalidade e a violência geral nas grandes cidades são facilmente identificados como violência (SCHRAIBER *et al*, 2003; DINIZ, SANTOS & LOPES, 2007; SANTOS & RAMIRES, 2009). O uso e o tráfico de drogas, os roubos e os homicídios são situações que também são diretamente associados ao termo violência. Estudos apontam que a violência sexual, a agressão verbal e a discriminação também são algumas formas de violência conhecidas (SCHRAIBER *et al*, 2003; MELO *et al*, 2007; SANTOS & RAMIRES, 2009; SÁNCHEZ & RUÍZ, 2011), principalmente quando ocorrem fora do ambiente familiar. A ação violenta da polícia contra os bandidos ou contra cidadãos comuns também é uma forma de violência que é reconhecida pelas pessoas e tem grande destaque, principalmente em localidades em que a criminalidade é alta (SCHRAIBER *et al*, 2003; MELO *et al*, 2007; SANTOS & RAMIRES, 2009; SÁNCHEZ & RUÍZ, 2011).

Além da percepção do que é ou não violência, fala-se sobre situações e locais propícios para que as violências ocorram. As pessoas reconhecem regiões com presença do tráfico de drogas e localidades sem policiamento (MELO *et al*, 2007; SANTOS & RAMIRES, 2009; SÁNCHEZ & RUÍZ, 2011) como regiões propícias a ocorrência de eventos violentos. A presença de terrenos baldios gera também uma sensação de insegurança (GARVIN, CANNUSCIO & BRANAS, 2013) bem como locais escuros e com pouco movimento (SANTOS & RAMIRES, 2009). Nestes casos, aponta-se que evitar estas situações e locais seria uma forma de se proteger de possíveis violências comunitárias.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar o fenômeno da violência entre usuários Atenção Primária em Saúde no município de Ribeirão das Neves, MG.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar casos de violência vivenciados pelos usuários do SUS.
- Investigar casos de violência presenciados pelos usuários do SUS em sua vizinhança.
- Relacionar a vivência e a exposição à violência com variáveis sócio demográficas.
- Identificar o grupo mais vulnerável a sofrer violência dentre os usuários da Atenção Primária.
- Conhecer quais são as formas de prevenção da violência concebidas pelos usuários do SUS.

4 METODOLOGIA

Este trabalho que é parte do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica do Departamento de Medicina Social e Preventiva foi aprovado pelo COEP/UFMG-CAAE: 01140812.1.0000.5149 (Anexo C) e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Tal programa foi elaborado e desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Atenção Primária em Saúde” do Núcleo de Promoção de Saúde e Cultura de Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG na forma de um estudo quali-quantitativo transversal. Esta autora faz parte do grupo desde 2011 e trabalhou na concepção dos questionários para a pesquisa, coleta e processamento de dados. A participação se deu inicialmente como colaboradora, de agosto de 2011 a julho de 2012 e como mestranda do programa de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, a partir de agosto de 2012.

A coleta de dados ocorreu durante uma semana do mês de julho de 2012, em uma parceria da Faculdade de Medicina da UFMG com o Núcleo de Saúde e Cultura de Paz de Ribeirão das Neves. Cabe lembrar que a autora também é funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves e membro do núcleo municipal desde 2011.

4.1 Seleção da amostra de usuários da APS e critérios de inclusão.

O cálculo amostral foi realizado com a margem de erro de 3,71% com base na população estimada para o ano de 2012. Decidiu-se fazer a pesquisa em todas as 58 Unidades de Saúde do Município, uma vez que se tratava de um universo passível de ser abordado em sua totalidade pelo tamanho e pela logística concebida. A técnica de seleção da amostra utilizada foi aleatória estratificada com reposição, com repartição proporcional entre os estratos. Foram consideradas como estratos as cinco regiões sanitárias do município (divisão territorial local), que apresentam números desiguais de unidades de saúde, seguindo proporcionalmente o número de habitantes a que atendem. Sendo assim, o número da amostra foi dividido igualmente entre as unidades

utilizando o método de estimativa de proporção, uma vez que as mesmas possuem populações adscritas de tamanho bem semelhante, conforme o preconizado pelo SUS. Ou seja, o tamanho de amostra por unidade foi igual, porém, o tamanho de amostra por região sanitária foi proporcional ao número de unidades, e conseqüentemente ao número de habitantes que a compõe.

Os usuários do SUS de cada uma das regiões sanitárias de Ribeirão das Neves foram abordados dentro das UBS e seguindo-se uma tabela de números aleatórios. Foram considerados como critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano, ter idade maior de 18 anos e ter sido atendido na UBS pelo menos uma vez antes daquela, durante a qual estava sendo entrevistado.

4.2 Instrumento de coleta de dados.

Os questionários utilizados foram elaborados pelos mestrandos, professores e colaboradores do grupo de pesquisa a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis, já testados e utilizados - PROESF e PNS (UFMG, 2012), compondo um instrumento de coleta de dados semiestruturado (Apêndice B).

4.3 Preparação e trabalho de campo.

Os responsáveis pela aplicação dos questionários foram mestrandos, professores e colaboradores do grupo de pesquisa de Atenção Primária em Saúde, além de alunos de graduação do curso de Medicina da UFMG.

Todos os entrevistadores passaram por um treinamento, com apresentação e revisão de conceitos, simulação de entrevistas e orientações para a abordagem aos entrevistados. A preparação do trabalho ocorreu num período de 4 horas e todos os entrevistadores receberam

um manual de pesquisa de campo (ANEXO B). Os Mestrandos foram os responsáveis pelo treinamento e ficaram também responsáveis por responder qualquer dúvida posterior sobre a pesquisa por telefone.

O grupo se dividiu em duplas de entrevistadores e cada dupla se dirigiu a uma unidade de Programa de Saúde da Família (PSF) ou Unidade Básica de Referência (UBR) por dia para a aplicação dos questionários. Os trabalhos duraram uma semana e, desta maneira, foi possível abranger todas as 58 unidades de saúde.

As entrevistas ocorreram dentro das unidades ao longo do horário de funcionamento normal das mesmas (08:00h às 17:00h). Os pesquisadores aguardavam na recepção das unidades e abordavam os usuários que compareciam ao local para atendimento, ou até mesmo para pedir informações, convidando-os a participar da pesquisa, seguindo a tabela de números aleatórios. Caso alguém se recusasse a participar, o próximo era abordado de forma a repor tal perda. A aplicação do questionário foi feita em local reservado para que o usuário ficasse à vontade para responder as perguntas.

4.4 Estudo quantitativo: variáveis de interesse.

Dentre todas as variáveis disponíveis no banco de dados foram selecionados dois grupos de variáveis quantitativas a serem estudadas.

O primeiro grupo de variáveis quantitativas selecionados para o estudo é o de caracterização dos usuários, composta pelas variáveis sexo, cor, estado civil, grau de instrução e renda familiar.

O segundo grupo é o de experiências de violências vividas. As experiências foram analisadas quanto a ter sofrido violência na vizinhança nos doze meses precedentes à entrevista, frequência com que presenciava eventos violentos e conhecimento de pessoas ou parentes vítimas de homicídio.

4.5 Estudo qualitativo: variável de interesse.

A variável qualitativa selecionada para o estudo foi a que contém as respostas à pergunta “em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência”. Estas respostas estão registradas no banco de dados e foram colhidas através da reprodução por escrito do que foi dito pelo entrevistado durante a entrevista.

4.6 Análise de dados.

4.6.1 Análise quantitativa.

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando-se o programa estatístico SPSS (IBM SSPS Statistics versão 19). Inicialmente foi feita uma análise descritiva. Neste trabalho optou-se pela análise de segmentação na tentativa de computar em conjunto as variáveis do instrumento. A análise de segmentação é uma ferramenta estatística que realiza o agrupamento de dados, alocando os casos mais similares no mesmo grupo baseando-se nas características em que os dados foram medidos (HAIR et al, 2006).

O método *Two-Step Cluster* foi utilizado para agrupar a amostra a partir de semelhanças nas respostas do questionário, tendo como critério de agregação das respostas, o critério *centróide* (variável contínua). O programa estatístico utiliza o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T-Student para as variáveis contínuas na diferenciação e determinação da importância de cada variável na divisão dos clusters.

4.6.2 Análise qualitativa.

Para este estudo foi selecionada uma variável do banco acima citado, correspondente à pergunta “em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência”. Do universo de 638 respostas foram selecionadas de forma intencional 350 respostas. Os critérios de exclusão foram: respostas que fugiam ao tema de prevenção e controle da violência, respostas que não apontavam soluções para a prevenção da violência e respostas em branco.

Após a seleção das respostas construiu-se uma planilha e em seguida foi feita a leitura exaustiva de seu conteúdo.

Para a análise qualitativa foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática (CAREGNATO & MUTT, 2006). Para tal, o texto foi tomado como um meio de expressão do sujeito, onde buscou-se categorizar as frases que se repetiam, inferindo uma expressão que as representassem. A partir das expressões identificadas, as frases foram agrupadas em categorias selecionadas de acordo com as temáticas que emergiram da leitura das informações. Após a classificação por tema, buscou-se na literatura evidências que comprovem ou refutem as ideias apontadas pelos entrevistados e os resultados serão apresentados no próximo tópico.

PARTE II

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo Resultados e Discussão será apresentado no formato de artigo científico.

5.1 ARTIGO 1

Identificação da população vulnerável: o primeiro passo para um programa de prevenção da violência na Atenção Primária, Ribeirão das Neves- MG

Título resumido: Identificação da população vulnerável à violência na APS

Este artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública e foi formatado seguindo as orientações da mesma.

Resumo

Objetivo: Identificar grupo que apresenta maior vulnerabilidade para sofrer violência dentre os usuários da Atenção Primária em Saúde de Ribeirão das Neves. **Metodologia:** Foram analisadas as variáveis do banco de dados de pesquisa transversal. A amostra foi de 629 usuários de unidades básicas de saúde (erro de 3,71%). Para as análises descritivas e de segmentação utilizou-se o programa IBM SPSS (Versão 19). **Resultados:** Foram definidos os clusters pelo convívio com a violência (cluster 1) e vitimização (cluster 2); após a análise qui-quadrado, observamos significância de variáveis sociodemográficas: faixa etária, renda, escolaridade e situação laboral. Há maior frequência no cluster 2 de sujeitos acima de 60 anos, com renda de até 1 salário, escolaridade máxima de ensino fundamental e sem atividade laboral. **Conclusão:** Idade, renda, situação laboral e escolaridade têm ligação direta com a vulnerabilidade para sofrer violência e os profissionais de saúde tem papel fundamental no diagnóstico e prevenção das violências. Sugerimos a utilização destes resultados para o embasamento das políticas públicas locais.

Descritores- Atenção Primária em Saúde, Violência

Abstract

Objective To identify which group is more vulnerable to suffer violence among users of Primary Health Care, Ribeirão das Neves. **Methods:** Variables analysis from a database cross-sectional survey. The sample was 629 users of basic health units (error 3.71%). For descriptive and segmentation analyzes was used the SPSS (version 19) program. Living with violence (cluster 1) and victimization (cluster 2) were the two clusters defined. The Chi-square analysis revealed significant sociodemographic variables: age, income, education and employment status. There is a higher frequency in cluster 2 subjects over 60 years, earning up to 1 minimum wage, maximum Elementary school level and no work activity. **Conclusions:** Incoming, age, labor situation and years of study have a direct connection with the risk of victimization by violence and health professionals have a fundamental role in the diagnosis and prevention of violence. We recommend using these results to the basis for local public policy. **Key-words:** Primary Health Care, Violence.

Resumen

Objetivo: Identificar qué grupo es más vulnerable a sufrir violencia entre los usuarios de Atención Primaria de Salud, Ribeirão das Neves. **Metodología** Se analizaron las variables de la base de datos encuesta transversal. La muestra de 629 usuarios de unidades básicas de salud (3,71% de error). Para los análisis descriptivos y de segmentación utilizado el programa SPSS (versión 19). Viendo racimos por convivir con la violencia (grupo 1) y la victimización (grupo 2) se han definido; tras el análisis de Chi-cuadrado reveló importantes variables sociodemográficas: edad, ingresos, educación y situación laboral. Hay una mayor frecuencia en el grupo 2 los sujetos mayores de 60 años, que ganan hasta 1 salario mínimo, el máximo nivel de la escuela primaria y ninguna actividad laboral. **Conclusiones:** Los factores socioeconómicos tienen una conexión directa con el riesgo de victimización por los profesionales de la violencia y la salud tienen un papel fundamental en el diagnóstico y la prevención de la violencia. Recomendamos el uso de estos resultados a la base de la política pública local. **PALAVRAS CHAVES:** Atención primaria, Violencia, Ancianos

Introdução

A violência é um problema de segurança pública em todo o mundo e representa uma violação dos direitos humanos. É considerada um fenômeno social e histórico^{1,2} e sabemos da preocupação do ser humano em compreender este fenômeno, a fim de evitar, prevenir e eliminar a violência do convívio social³. Na saúde pública, a violência tem sido encarada como grande problema uma vez que suas consequências têm impactos individuais e coletivos para a saúde das populações^{1,4,2,5,6,7}. Quando nos referimos a danos à saúde, falamos aqui não apenas dos danos físicos, mas também das consequências psicológicas (depressão, distúrbios de comportamento, stress pós-traumático) que as vítimas de violência e suas famílias sofrem. Segundo Melo² é importante compreender a violência como um fenômeno que está vinculado a baixa escolaridade, desigualdade de renda, desemprego, falta de acesso a bens e serviços de saúde e desigualdades sociais. Dessa forma, é papel do setor saúde agir sobre os determinantes da violência de maneira preventiva, através de ações de vigilância, promoção de saúde e prevenção de violências, além de garantir atenção às pessoas vítimas destes agravos.

O município escolhido para este estudo é Ribeirão das Neves, que integra a região Metropolitana de Belo Horizonte- MG, com população estimada de 303.029 habitantes no ano de 2012, de acordo com dados do IBGE⁸. No de 2012, o município possuía 58 unidades de saúde com mais de 90% da população dependente do SUS para acesso aos serviços de saúde. Historicamente, sabemos que a ocupação do município se deu de forma desarticulada e devido ao crescimento populacional acelerado, os processos de urbanização e de criação de políticas públicas se tornaram grandes desafios⁹.

Dentre outros problemas, a violência no local ganha grande destaque, principalmente na mídia regional, que diariamente anuncia crimes violentos ocorridos no município. Em 2008, foi publicado o Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros. Ribeirão das Neves estava na posição 103^a dentre os 576 municípios que concentravam 73,3% dos homicídios de todo o país, com uma taxa média de 56 homicídios para cada 100 mil habitantes¹⁰. Na publicação do Mapa da Violência¹¹, Ribeirão das Neves não foi citada entre as 100 cidades com maior taxa de homicídios, entretanto, apareceu na posição 58^a para taxa de homicídio na população jovem, com taxa de 120,4 homicídios a cada 100 mil jovens¹¹.

A preocupação de instituições nacionais e internacionais se traduz na publicação de estudos, pesquisas, manuais de orientação, políticas, entre outros com a finalidade de prevenir as mais diversas formas de violência. Damos destaque a três documentos internacionais de organizações

de saúde, sendo os dois primeiros publicações da organização Mundial da Saúde “World report on violence and health”- Relatório Mundial de Violência e Saúde¹² e “Violence prevention: the evidence” – Prevenção da Violência: a evidência¹³; e o documento publicado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) “É possível prevenir a violência”². No Brasil, damos destaque às iniciativas do Ministério da Saúde através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Governo Federal¹⁴ que afirma, dentre outras coisas que, “a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes”; à portaria do Ministério da Saúde nº 936, de 19 de maio de 2004 que dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios e ao Programa Nacional de Promoção de Saúde, que tem dentre suas prioridades a prevenção da violência e estímulo à cultura da paz¹⁵. Como parte das políticas nacionais de prevenção da violência, Ribeirão das Neves criou no ano de 2011 o Núcleo de Saúde e Cultura de Paz, parte da Secretaria Municipal de Saúde, que é hoje essencial para a formulação de políticas de prevenção da violência neste município¹⁶.

A relevância do papel do setor saúde no tocante da prevenção da violência ganha destaque na atenção primária, uma vez que as vítimas de violência procuram esta porta de entrada do SUS com mais frequência que os demais usuários^{5, 17} e a frequência de procura aos serviços de saúde é maior, quanto mais graves são as violências sofridas¹⁷. Além disso, a vitimização pela violência tem grande influência sobre a saúde física, mental e aumenta a vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas⁶. Sendo assim, para conhecer melhor o perfil da violência que impacta a atenção primária do município de Ribeirão das Neves- MG foi realizada a pesquisa Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Primária- no ano de 2012. O público alvo desta pesquisa foram os usuários da Atenção Primária e este trabalho fará uma análise do banco de dados construído como resultado da pesquisa.

O objetivo deste trabalho é identificar, na população frequentadora das Unidades de Atenção Primária em Saúde de Ribeirão das Neves, a existência de grupos com maior vulnerabilidade à violência.

Metodologia

Para este trabalho, foram analisadas algumas variáveis quantitativas do banco de dados do Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica, construído após estudo transversal, realizado no município de Ribeirão das Neves, no ano de 2012. O grupo de pesquisa que realizou o estudo é constituído por professores, alunos e colaboradores vinculados ao Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG.

A pesquisa consistiu em entrevistas a uma amostra de usuários do SUS (n=638), com erro de 3,71%. Houve uma perda 1,4% (n=9), motivada por preenchimento incompleto de questionários e no total 629 questionários foram analisados (N=629). Para a pesquisa todas as cinco regiões sanitárias do município foram avaliadas e todas as suas unidades de Atenção Primária local compuseram amostra. No total, foram 53 unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) e 5 de Unidades Básicas de Referência (UBR).

Para este estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Vitimização a violência- Sofreu algum tipo de violência (psicológica, verbal, física, sexual) nos últimos 12 meses.
- Exposição à violência: Presenciou algum evento violento no bairro; perdeu algum conhecido que foi vítima de assassinato; perdeu algum parente que foi vítima de assassinato.
- Variáveis sociodemográficas: sexo; faixa etária; renda familiar; escolaridade; atividade laboral; região sanitária (região do município onde reside).

Os clusters foram definidos pelo conjunto de variáveis referentes à convivência e vitimização pela violência

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando-se o programa estatístico SPSS (IBM SSPS Statistics Versão 19). Inicialmente foi realizada uma análise descritiva dos resultados para caracterizar a amostra e identificar a convivência com a violência e vitimização pela mesma.

Na sequência, foram realizadas duas análises de segmentação, agrupando-se os dados similares no mesmo grupo, baseando-se nas características em que os dados foram medidos¹⁹. Para tal, o método *Two-Step Cluster* foi utilizado de maneira a agrupar a amostra a partir de semelhanças nas respostas do questionário, tendo como critério de agregação das respostas, o

critério *centróide* (variável contínua). O programa estatístico utiliza o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T-Student para as variáveis contínuas na diferenciação e determinação da importância de cada variável na divisão dos clusters.

Na primeira análise, procedeu-se a segregação das respostas dos sujeitos do estudo através da segmentação exploratória, para revelar os agrupamentos definidos pelas variáveis relativas à violência (presenciou ato violento, teve parente assassinado, sofreu violência física, sexual, verbal ou psicológica). Esta análise forneceu uma nova variável que é dividida em *conviveu com a violência* ou *sofreu violência*.

A partir da definição dos dois grupos que explicitam a relação dos sujeitos com a violência, uma nova análise de cluster foi realizada. Para tal, foi incluída esta nova variável obtida na análise inicial - relativa à violência - buscando caracterizar o grupo em estudo quanto às variáveis sociodemográficas investigadas (sexo, faixa etária, renda familiar, escolaridade, atividade laboral).

A medida de distância foi *The log-likelihood* e o teste *qui-quadrado* procedeu a análise do efeito da variável na definição dos clusters.

Resultados

A distribuição da amostra por região de moradia contemplou todas as cinco regiões sanitárias de Ribeirão das Neves de forma proporcional. Ao analisarmos as proporções (amostra/universo amostral) observamos que a razão é igual a 1 para as regiões I e II; 0,8 para as regiões III e V e 1,2 para a região IV.

A amostra analisada foi composta por 73,7% de mulheres, 62,8% casadas ou em união estável, de cor declarada preta ou parda em 75,3% dos casos, na faixa etária predominante de 30-39 anos- 24% - (Tabela 1) e 47,2% não completaram o ensino fundamental. Sobre a situação laboral, 35,9% da amostra trabalham e estão em atividade, enquanto 42% já trabalhou, mas não trabalha mais e ainda 6,8% declara que nunca trabalhou.

TABELA 1: Distribuição da amostra por faixa etária. Ribeirão das Neves, 2012.

	Porcentagem (%)
De 18 a 24 anos	17,0
De 25 a 29 anos	10,2
De 30 a 39 anos	24,4
De 40 a 49 anos	17,0
De 50 a 59 anos	13,1
60 ou mais anos	18,3
Total	100,0

Quando perguntados se já presenciaram eventos violentos na sua vizinhança, 53,3% da amostra respondeu positivamente. Em relação a convivência com homicídios, 66% conheceram alguém que foi assassinado e 32,7% perderam algum parente, vítima de homicídio.

Foram analisadas também questões relativas à vitimização dos entrevistados pela violência nos últimos 12 meses que precederam a entrevista. Neste tocante, 21,3% relataram ter sofrido violência psicológica, 26% violência verbal, 8% violência física e 1,9% violência sexual.

Análise de segmentação

Os clusters foram definidos pelo conjunto de variáveis referentes à convivência e vitimização pela violência. O cluster 1 foi composto por 67,9% dos participantes, que não foram vítimas de nenhuma violência no último ano, porém, alguns presenciaram violência no bairro ou vizinhança da unidade (44,6%) ou possuíam parente que foi assassinado (46,1%). O cluster 2 foi composto por 32,1% que na sua totalidade sofreram algum tipo de violência no último ano e pela maioria dos participantes que conviveram com a violência, presenciando-a ou possuindo parente assassinado (Tabela 2).

A partir desta distribuição ficou estabelecido que o cluster 1 corresponde ao grupo de menor vulnerabilidade (convivência com a violência), uma vez que, mesmo expostos à violência comunitária, os participantes não relatam ter sofrido violência nos últimos 12 meses. O cluster 2 corresponde ao grupo de maior vulnerabilidade (sofreu violência), de forma que aponta para participantes que sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

TABELA 2: Distribuição dos participantes quanto à convivência e vitimização pela violência nos dois grupos. Ribeirão das Neves, 2012.

	Cluster 1 (n=427)	Cluster 2 (n=200)	Total
Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade			
Sim	186 (55,4)	150 (44,6)	336
Não	241 (82,3)	52 (17,7)	293
Tem algum parente que foi assassinado?			
Sim	111 (53,9)	95 (46,1)	202
Não	316 (74,7)	107 (25,3)	427
Sofreu violência física			
Sim	0 (0)	51 (100,0)	51
Não	427 (73,9)	151 (26,1)	578
Sofreu violência sexual			
Sim	0 (0)	12 (100,0)	12
Não	427 (69,2)	190 (30,8)	617
Sofreu violência verbal			
Sim	0 (0)	162 (100,0)	162
Não	427 (91,4)	40 (8,6)	467
Sofreu violência psicológica			
Sim	0 (0)	134 (100,0)	134
Não	427 (86,3)	68 (13,7)	495

A variável *conheceu alguém que foi assassinado* não contribuiu significativamente na definição dos clusters, sendo removida.

Após a análise qui-quadrado, observamos que dentre os dados sócio demográficos houve significância das variáveis faixa etária, renda familiar, escolaridade e situação laboral na determinação da situação do sujeito como vítima da violência.

Observa-se que há maior frequência de indivíduos vítimas de violência acima de 60 anos de idade, de baixa renda (renda de até 1 salário mínimo), baixa escolaridade (analfabeto e ensino fundamental) e sem atividade laboral no cluster 2, delimitando assim o perfil dos sujeitos em situação de maior vulnerabilidade (Tabela 3).

TABELA 3: Frequência dos participantes nos clusters formados com a inclusão das variáveis sócio-demográficas.

		Cluster 1 (Menor vulnerabilidade) %	Cluster 2 (Maior vulnerabilidade) %	Significância
Violência	Convivência com a violência	47,7	22,5	S
	Vítima da violência	52,8	77,5	
Faixa etária	Até 30 anos de idade	26,1	27,1	S
	De 30 a 59 anos	71,0	45,1	
	Acima de 60 anos	2,9	27,8	
Renda familiar	Até 1 Salário mínimo	18,9	37,9	S
	De 2 a 3 SM	58,8	52,2	
	4 ou mais SM	22,3	9,8	
Escolaridade	Analfabeto + fundamental	40,7	75,2	S
	Médio	51,7	24,8	
	Superior	7,6	0	
Atividade laboral	Em atividade	89,5	0,9	S
	Sem atividade laboral	10,5	99,0	

As variáveis *situação conjugal*, *região sanitária*, *raça/cor* e *sexo* não foram significativas na composição do cluster.

Discussão

Ao analisarmos os resultados é possível observar que existe um grupo mais vulnerável à violência dentre os usuários do SUS de Ribeirão das Neves. Tal vulnerabilidade está diretamente relacionada com a faixa etária, o grau de instrução e a inserção no mercado de trabalho. A identificação de vulnerabilidade é importante para direcionar recursos para prevenir a recorrência e a ocorrência de novos casos de violência no município^{18,2}.

A faixa etária identificada com o maior percentual de vulneráveis à violência foi a acima de 60 anos e podemos observar que esta faixa etária representa a segunda mais frequente, em números absolutos, dentre os usuários da APS. Estudos apontam que com o envelhecimento da população, a violência contra os idosos tem ganhado maior destaque^{20, 21}.

Skirbekk & James²¹ relatam que nos casos de violência contra idosos em países como a Índia, a educação parece ser um fator de proteção. Mais anos de estudo fazem com que o idoso tenha maior habilidade para responder ou reagir às situações violentas a que são expostos e o idoso com mais anos de estudo parece ser mais respeitado pelos membros da família e da

comunidade. Ou seja, mais anos de estudo implicariam na redução do risco do idoso sofrer algum tipo de violência.

Esta informação nos chama atenção pelas perspectivas futuras dos frequentadores da atenção primária em Ribeirão das Neves. Para conseguirmos resultados positivos quanto a prevenção a violência neste aspecto, devemos pensar em médio e longo prazo. A educação é medida por anos de estudo e mudar esta realidade nos idosos com baixa escolaridade parece um enorme desafio. Apesar de já existirem iniciativas neste sentido, como o programa Educação de Jovens e Adultos (EJA), percebemos que esta política pública de inclusão social não tem como foco a educação de idosos, principalmente quando estes não estão inseridos no mercado de trabalho^{22, 23}. A importância dos estudos deve ser enfatizada para todas as faixas etárias, uma vez que a terceira idade é uma consequência natural para todos.

Uma questão que se revelou de extrema importância como determinante para sofrer violência foi a ausência de atividade laboral, característica de 99,1% dos entrevistados do grupo com maior vulnerabilidade. Entendemos aqui que a não inserção no mercado de trabalho, por opção ou devido à falta de oportunidades de trabalho, gera não apenas a exclusão do mercado, mas também uma exclusão social e a restrição de acesso a bens e serviços^{22, 24, 25}. Se considerarmos que a faixa etária mais vulnerável a violência é da população idosa, a questão da situação laboral se torna preocupante. A faixa etária acima de 60 é caracterizada por aposentados e que tem poucas oportunidades no mercado de trabalho. A relação entre a renda e a situação laboral é óbvia, o que reforça que este grupo que não está trabalhando é mais vulnerável a sofrer violências.

A dependência financeira do idoso pode vir a gerar outros tipos de violência, uma vez que algum membro da família se vê responsável por acolher o parente. Quando há o histórico do idoso ter sido um agressor em sua família e os laços entre o idoso e o cuidador são frágeis, há uma grande chance de reprodução do comportamento violento²⁰ no qual o antigo agressor se torna a vítima atual.

Este trabalho, além de evidenciar o grupo mais vulnerável a sofrer violência dentre os usuários da APS, nos traz uma realidade que não deve ser ignorada. Sendo a chamada 3ª idade o caminho fisiológico do envelhecimento e conhecendo os fatores de risco associados a ela, fica evidente que as futuras gerações se enquadrarão em situações de risco semelhantes à do grupo vulnerável atual.

Como pudemos observar, menos de 30% dos entrevistados possuem o ensino médio completo ou mais anos de estudo. Se considerarmos que toda a amostra foi formada por pessoas

que já não estão mais em idade escolar fica claro que, a maior parte dos usuários do APS de Ribeirão das Neves apresentam probabilidade de ter este fator de risco para vitimização da violência, quando atingirem a 3ª idade, se não houver uma interferência neste quadro. A situação laboral também é relevante, uma vez que quase metade dos frequentadores não estão inseridos no mercado de trabalho, aparentemente de forma definitiva (já trabalharam, mas não trabalham mais ou nunca trabalharam).

Fatores socioeconômicos tem ligação direta com o risco de vitimização por violência no município de Ribeirão das Neves. Políticas públicas de educação e formação profissional para inserção no mercado de trabalho são essenciais, mas a responsabilidade do setor saúde não pode ser descartada. O convívio dos profissionais de saúde dentro das famílias permite uma atuação muito mais significativa do que qualquer outro profissional. Além da importância na identificação, acolhimento e tratamento dos casos de violência, pode-se atuar junto as famílias na construção de vínculos entre seus membros, na garantia de acesso aos serviços de saúde e a realização de encaminhamentos e notificação dos casos suspeitos ou comprovados de violência.

Quando falamos em prevenção da violência pelo setor saúde podemos aqui destacar alguns pontos a serem seguidos para a elaboração de políticas públicas locais:

- Reforço do caráter intersetorial do Núcleo de Saúde e Cultura de Paz de Ribeirão das Neves;
- Capacitação dos profissionais da atenção primária para o tema violência;
- Garantir o acesso à saúde, com foco preferencial para o grupo mais vulnerável;
- Atuar junto as famílias que apresentam alta vulnerabilidade de forma longitudinal.

Apesar de a representatividade para toda a população de Ribeirão das Neves não ter sido o objetivo deste estudo, podemos indicar esse fato como uma limitação. O recorte dado para a pesquisa buscou garantir acesso a uma população que está em contato direto com os profissionais de saúde da Atenção Básica (usuários da atenção básica), entretanto, fica aqui uma lacuna quanto aos moradores do município que não frequentam os postos de saúde pelos mais variados motivos. Sugerimos um estudo em parceria com outras instituições como escolas da região e até mesmo visitas às residências para que seja possível detalhar melhor o perfil dos habitantes locais.

Conclusão

A convivência com atos violentos neste município é preocupante já que mais da metade dos entrevistados sofreu ou presenciou algum tipo de violência nos últimos 12 meses e cerca de um terço já teve entre familiares, vítimas fatais de violência.

Existe um grupo que apresenta maior vulnerabilidade à convivência com a violência e este grupo é formado majoritariamente por idosos, por pessoas sem atividade laboral e menor renda e os com menor escolaridade.

O fato de ser a amostra do estudo formada por usuários de unidades de Atenção Primária em Saúde reforça a ideia de que podem haver ações efetivas dos profissionais destas unidades com vista a melhorar este quadro. Existe o acesso a este grupo e deve existir o vínculo estabelecido pelo convívio e o próprio processo de trabalho das equipes.

Não se despreza o fato da grande necessidade de políticas públicas relacionadas sobretudo às melhores condições de vida já que os fatores associados à violência observados neste estudo foram a menor escolaridade, menor renda e ausência de trabalho. Mas, além disto, é preciso um esforço conjunto das unidades de saúde e comunidades para que, assim se espera, sejam fortalecidas as estratégias de prevenção aos problemas de saúde de comunidade. A realidade municipal nos mostra ser iminente que ocorra uma intervenção intersetorial para alterar o quadro atual.

Referências

01 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O impacto da violência na saúde do brasileiro. [Internet] Brasília, 2005. 10-32 [Citado em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=CseveosmP2>.

02 Melo, EM. Podemos Prevenir a Violência. [Internet] Brasília: OPAS, 2010: 1-50. [Citado em 03 jun 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/podemos_prevenir_violencia_03_12_2010.pdf.

03 Minayo, MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 2004 mai-jun: 20(3):646-647.

04 Yehuda R; Hyman SE. The impact of terrorism on brain, and behavior: what we know and what we need to know. Neuropsychopharmacology 2005; 30:1773-80

05 Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 237-45.

06 Pahl K, Brook J, Lee J. Joint Trajectories of Victimization and Marijuana Use and Their Health Consequences Among Urban African American and Puerto Rican. *J Behav Med.* 2013 June; 36(3): 305–31

07 Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. *Psicol. Soc.[online]* 2013; 25(1): 90-102. [Citado em 12 mar 2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-71822013000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

08 [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2014. \[Citado em 10 jun 2014\]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=315460&idtema=75>](http://www.ibge.gov.br)

09 Potifícia Universidade Católica de Minas Gerais. PUC-MINAS. Rede de avaliação e capacitação para a implementação dos planos Diretores Participativos- estudo de caso, Ribeirão das Neves- Minas Gerais. 2008 Dez:1-17.

10 Waiselfisz, JJ. Mapa da violência dos municípios brasileiros, 2008 [Versão para web], Brasília: RITLA, Instituto Sangari, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, 2008: 29-45 [Citado em 12 dez 2013]. Disponível em: <http://mapadaviolencia.org.br/mapa2008br.php>

11 Waiselfisz, JJ. Mapa da violência: Homicídios e juventude no Brasil, 2013 [Versão para web] Brasil, Brasília: Secretaria Nacional da Juventude, 2013: 60-66. [Citado em 12 dez 2013]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/mapa2013_jovens.php

12 World Health Organization- The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life [Internet]. Geneva: WHO; 2002: 7-8. [Citado em 07 set 2013]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

13 World Health Organization. Violence Prevention 2010: the evidence. Overview. Geneva: WHO; 2010: 1-10. [Citado em 07 set 2013]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/

14 Brasil. Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011: (96)1:28p. [Citado em 10 jun 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em: 12/06/2011.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pactos Pela Saúde: Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; 7: 60p. [Citado em 03 jun 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>.

16 Ribeirão Das Neves. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Saúde e cultura de paz de Ribeirão das Neves. 2012.

17 Viviescas-Vargas DP, Idrovo AJ, López-López E, Uicab-Pool G, Herrera-Trujillo M, Balam-Gómez M, Hidalgo-Solórzano E. Effective coverage to manage domestic violence against women in Mexican municipalities: limits of metrics. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(4):781-7.

18 Fuertes LF, Mafla AC, López EA. Análisis epidemiológico de trauma maxilofacial en Nariño, Colombia[Internet]. *Rev. CES Odontología* 2010; 23(2):33-40 [Citado em 10 ago 2011].
Disponível em:
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/1097/856>

19 Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Segmentation Analysis. In Multivariate Data Analysis. 6th edition.* Edited by Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. Prentice-Hall: Copyright; 2006:427-481.

20 Espíndola Cr, Blay SI. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(2):301-6.

21 Skirbekk V, James KS. Abuse against elderly in India. The role of education. *BMC Public Health* 2014, 14:336. [Citado em 20 jun 2014]. Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/336>

22 Peres, AC. A educação de jovens e adultos e o analfabetismo entre idosos no semi-árido nordestino: velhice e exclusão educacional no campo. *Verinotio [on-line]* 2009 Out; (10): 25-41.

23 Marques DT, Pachane GG. Formação de educadores: uma perspectiva de educação de idosos em programas de EJA. *Educ. Pesq.* São Paulo, 2010 Mai-Ago; 36(2): 475-490.

24 Rojas, Y. Self-directed and interpersonal male violence in adolescence and Young adulthood: a 30-year follow-up of Stockholm cohort. *Sociol. health illness*, 2012: 1-15.

25 De-La-Hoz-Aguilar FJ, Quejada-Perez R, Yanez-Contreras M. Desempleo juvenil en Cartagena de Indias: un análisis transversal de sus causas y consecuencias. *Pap. poblac [online]*. 2013; 19(75):35-61 [Citado em mar 2014]. Disponível em:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1405-74252013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

5.2 ARTIGO 2

Como é possível prevenir a violência? A visão de usuários da Atenção Primária em Saúde sobre este desafio.

Este artigo será submetido à revista Ciência e Saúde Coletiva e foi formatado seguindo as orientações da mesma.

RESUMO

Objetivos: Conhecer as soluções apontadas pelos usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) de Ribeirão das Neves para a prevenção da violência. **Método:** A análise de conteúdo temática das respostas à pergunta “em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência” foi realizada a partir do banco de dados do Grupo Prevenção da Violência na APS. Selecionou-se uma amostra intencional de 350 respostas que foram categorizadas e agrupadas em temas. **Resultados:** Os grupos temáticos identificados foram: 1. Atuação governamental (políticas públicas de segurança, cumprimento rigoroso das leis, políticas de educação, trabalho e acesso a bens, serviços, esporte e lazer); 2. Mudança social (atuação das famílias, do diálogo e o reconhecimento e empoderamento do indivíduo para exercer seu papel de cidadão); 3. Mudanças individuais (mudanças de atitude individuais e a fé/ religiosidade). **Conclusão:** A visão da população de como é possível prevenir a violência se aproximam muito do descrito na literatura. A autonomia, o empoderamento e o diálogo devem ser estimulados na mesma medida em que o estado, a comunidade e os indivíduos apreendem os valores de reconhecimento e solidariedade.

Palavras-chaves: Violência, Prevenção & controle, Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

Objectives: Get to know which are the solutions proposed by the users of Primary Health Care (PHC) in Ribeirão das Neves for the prevention of violence. **Method:** A thematic content analysis of responses to the question "How can we prevent violence" was held from the database Violence Prevention Group of the PHC. We selected a purposive sample of 350 responses which were categorized and grouped into themes. **Results:** Thematic groups identified: 1. Government Performance (public security policies, strict compliance with laws, policies, education, employment and access to goods, services, sports and leisure); 2. Social change (the role of families, the dialogue and the recognition and empowerment of the individual to exercise their role as citizens); 3. Individual changes (changes in individual attitude and faith and religiosity). **Conclusion:** The population's perceptions of how it is possible to prevent violence are very close to what is described in the literature. The autonomy, empowerment and dialogue should be encouraged as much as the state, the community and individuals perceive the values of recognition and solidarity.

Keywords: Violence, Prevention & control, Primary Health Care

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a violência como um problema de saúde pública devido as suas diversas consequências para a saúde individual e coletiva das populações de todo o mundo¹. Em 2002, a entidade classificou a violência em três tipos *violência auto infligida* (automutilação ou suicídio), *violência interpessoal* (intrafamiliar ou comunitária) e *violência coletiva* (repressão, genocídio, conflitos armados, crime organizado e privação de direitos).

No entanto, entre o conceito de violência discutido no âmbito teórico e de planejamento em saúde e a percepção do sujeito ou da sociedade que sofre este fenômeno, podem existir algumas divergências. Sánchez & Ruíz² apontam quatro elementos que são utilizados para justificar a violência observada e vivenciada. Tais elementos parecem funcionar para explicar tanto os casos de violências coletivas, cometidas pelo estado e polícia, quanto os casos de violências interpessoais, fazendo com que as mesmas não sejam reconhecidas como atos genuinamente violentos. São eles: *quem exerce a violência; contra quem ela é exercida; em que situação ou contexto ela ocorre; em que proporção ela é aplicada;* e parecem estar intimamente associados com esta diferença entre a teoria sobre a violência e a percepção da mesma na prática.

Contudo, existem situações em que a violência é mais facilmente reconhecida como nos casos classificados como violência interpessoal comunitária, que incluem a criminalidade e a violência geral nas grandes cidades e que são facilmente identificados como violência pelas pessoas. Dentre elas apontamos os roubos, homicídios, violência sexual, agressões verbais e a discriminação^{3,4,5}. O tráfico de drogas é uma forma de violência coletiva que também é facilmente identificada^{2,3,5,6}. Outro tipo de violência coletiva, que se dá através da ação violenta do Estado (polícia) contra os bandidos ou contra cidadãos comuns também é uma forma de violência que é reconhecida pelas pessoas e tem grande destaque, principalmente em localidades em que a criminalidade é alta^{2,3,5,6}.

Apesar da violência ser reconhecida como um problema intimamente ligado a existência humana, podemos observar ao longo da história mecanismos religiosos, filosóficos e legais para limitar a violência e até mesmo inibi-la¹. Estudos nacionais e internacionais recentes demonstram evidências de que se é possível, além de inibir e limitar o crescimento da violência, preveni-la¹². Porém, utilizarmos os indicadores globais dos grupos mais propensos a sofrer tipos

diferentes de violências, não é o suficiente para se fazer um diagnóstico para uma política local. Para tanto, se faz necessário coletar dados específicos de cada localidade a fim de estabelecer prioridades, direcionar programas e garantir o monitoramento das ações para grupos específicos de indivíduos^{1,6,7}. Ou seja, é necessário saber o que os sujeitos entendem como violência bem como as formas que eles conhecem de prevenção, para sabermos em que nível as políticas devem ser implantadas (educação, sensibilização, reforço de programas já existentes ou prevenção propriamente dita).

Sendo assim, este estudo pretende identificar quais são as formas de prevenção e controle da violência na visão dos usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) do município de Ribeirão das Neves.

Metodologia

Este estudo utilizou o banco de dados da pesquisa “Atenção Primária em Saúde” do Núcleo de Promoção de Saúde e Cultura de Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, aprovada pelo COEP/UFMG, CAAE: 01140812.1.0000.5149. A coleta de dados para compor o banco ocorreu no ano de 2012, em todas as unidades de atenção primária de Ribeirão das Neves. Os critérios de inclusão utilizados foram ter idade maior ou igual a 18 anos; ser morador do local há mais de um ano; e ter sido atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) pelo menos uma vez antes da atual, durante a qual está sendo entrevistado. Os questionários utilizados foram elaborados pelos pesquisadores participantes do grupo de pesquisa, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis, já testados e utilizados como o PROESF e PNS⁸, compondo um instrumento semiestruturado. Os responsáveis pela aplicação dos questionários foram mestrandos, professores e colaboradores do grupo de pesquisa de Atenção Primária em Saúde, além de alunos de graduação do curso de Medicina da UFMG.

Para este estudo, foi selecionada uma variável do banco acima citado, correspondente à pergunta “em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência”. Do universo de 638 respostas, selecionadas de forma intencional, 350 respostas. Os critérios de exclusão foram: respostas que fugiam ao tema de prevenção e controle da violência, respostas que não apontavam soluções para a prevenção da violência e respostas em branco.

Após a seleção das respostas, construiu-se uma planilha e em seguida foi feita a leitura exaustiva de seu conteúdo.

Para a análise qualitativa, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática⁹. Para tal, o texto foi tomado como um meio de expressão do sujeito, onde buscou-se categorizar as frases que se repetiam, inferindo uma expressão que as representassem. A partir das expressões identificadas, as frases foram agrupadas em categorias selecionadas de acordo com as temáticas que emergiram da leitura das informações. Após a classificação por tema, buscou-se na literatura evidências que comprovem ou refutem as ideias apontadas pelos entrevistados e os resultados serão apresentados no próximo tópico.

Resultados e discussão

A análise temática identificou três grandes grupos temáticos com as respectivas categorias, a partir das respostas dos usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) sobre a prevenção da violência: Atuação governamental, Mudança social e Mudanças individuais.

Grupo temático 1: Atuação governamental

O grupo temático que mais se destacou durante a análise categorial foi o grupo que nomeamos “responsabilidade governamental”. As soluções compiladas neste grupo apontam a prevenção da violência como uma responsabilidade do governo através de políticas públicas de segurança, severidade e cumprimento das leis, políticas de educação, trabalho e acesso a bens,

serviços, esporte e lazer. Neste grupo, ficou clara a identificação das violências coletivas e interpessoais como formas de violências vivenciadas pelos usuários da APS.

- Políticas de segurança pública

De acordo com os resultados obtidos, as políticas de segurança pública seriam a melhor forma de prevenir a violência na opinião dos usuários do Sistema de Saúde de Ribeirão das Neves. Dentre as políticas citadas podemos destacar o policiamento eficaz, o combate ao tráfico de drogas e o desarmamento.

“Se a polícia fizesse a ronda deles normalmente já poderia evitar [a violência]. Eles vêm os meninos fazendo coisa errada e não fazem nada”

“Aumentar o policiamento, bater no povo do tráfico, nos grandes”

“Maior policiamento, mais diálogo, consultas psicológicas para os policiais”

O desejo por policiamento como forma de prevenção é um reflexo da violência criminosa e da sensação de insegurança¹⁰. Tal realidade gera demandas paradoxais da sociedade por um policiamento repressivo e leis mais rigorosas. Segundo Rocha¹⁰, a atuação policial que se origina desta realidade algumas vezes resulta na violação dos direitos humanos reproduzindo as desigualdades e as discriminações que a própria sociedade impõe. Ou seja, o medo e a insegurança acabam validando a reprodução de algumas práticas violentas da polícia, como a tortura, como forma legítima de combater a violência. Tais resultados fortalecem, portanto, o desejo por policiamento como forma de prevenção da violência, mas apontam para um ponto crítico e dialético que é o do uso da violência para prevenir a violência.

“Eu acho que o principal é acabar com as drogas, que é o principal problema que a gente tá vendo ultimamente”

“Tirando as armas, né? Porque onde tem arma tem violência”

“(...) onde eu moro é raro ver policiais, tráfico [está] aliciando cada vez mais jovens, sendo esse um caminho sem volta”

O tráfico de drogas presente na vizinhança é considerado como um fator comunitário que influencia a dinâmica da violência nas comunidades¹ e a população entrevistada tem

consciência deste fato uma vez que o combate ao tráfico foi uma das soluções apontadas pelos entrevistados. De acordo com Feltran¹¹, nas vizinhanças em que existem organizações criminosas coexistem dois mundos, e a convivência com estes dois mundos é uma condição já instituída na vida das pessoas. São eles o “mundo legítimo”, que corresponde ao mundo dos trabalhadores e o “mundo do crime”, constituído por um *conjunto de códigos e sociabilidades que se estabelecem, no âmbito local, em torno dos negócios ilícitos do narcotráfico, de roubos e furtos*. Sendo assim, este convívio muitas vezes diário com o “mundo do crime” desperta o desejo de combate ao tráfico, na tentativa de mudar esta realidade e, conseqüentemente, prevenir a violência.

“Desarmando e acabando com consumo de drogas. ”

“É não andar armado e não andar sozinho a noite depois das dez [22:00 h] porque tem tráfico e pode ter alguma troca de tiros ”

Além do tráfico de drogas, o tráfico de armas também é apontado como fator que influencia a violência local¹² e desarmamento foi uma das soluções apontadas para a prevenção da violência. A relação entre armas e poder é reconhecida pela comunidade e é indiscutível que o aumento do uso de armas de fogo aumentou a letalidade e o grau de morbidade das agressões interpessoais. Estudos avaliados pela WHO¹² parecem demonstrar a redução do número de homicídios e ferimentos, em locais com leis restritivas quanto ao uso de armas. Portanto, a dificuldade de acesso a armas realmente pode ser uma forma eficiente de prevenir a violência.

- Atitudes governamentais e legislação

Questões como maior severidade das leis e também o cumprimento das leis já existentes foram citadas pelos entrevistados como formas de se prevenir a violência. Isso nos mostra que a impunidade poderia reforçar comportamentos negativos. Esta ideia mostra a violência como consequência de uma escolha racional, em que o agressor avaliaria o custo e o benefício antes

de cometer um crime e tomaria assim sua decisão de maneira consciente^{6,13}. Dessa forma os crimes seriam “fenômenos regulares, previsíveis e sistemáticos”¹³.

“Leis fortes que sejam controladas. Tudo começa pelo incumprimento da lei pelo governo.(...)”

“Leis serem cumpridas e diminuir a maioria [penal], pois jovens de 17 anos ficam impunes (...)”

“Cometeu o primeiro deslize... é a prisão mesmo!”

Campos¹³ faz uma crítica a esta visão e lembra que “(...) desde Freud, Durkheim, Marx e Nietzsche considera-se que as “opções” e as “escolhas” dos indivíduos não se fazem em um vazio psicológico, e menos em um vazio sociocultural.” Ou seja, a decisão de cometer um crime vai muito além de uma simples avaliação de custo-benefício ou de uma avaliação de benefício econômico e possibilidades de punição. Atitudes violentas estariam muito mais relacionadas com as imposições sociais, sentimentos e outros determinantes. Além disso, é fato que leis mais rigorosas não inibem a criminalidade. Um exemplo foi a aprovação da lei de Crimes Hediondos (Lei nº8.072/90) em 1990 que aumentou o rigor de punição de alguns crimes como o estupro, o homicídio qualificado, o tráfico de drogas e foi seguida de um aumento das taxas de homicídios de 22,2/100 mil habitantes em 1990 para 27,2/100 mil habitantes em 2009¹⁴.

“As autoridades deviam ser mais presentes”

“O governo investir mais no município, criando programas de inclusão social”

“Aqui nesse lugar o governo deveria criar grupos de esporte e ações sociais, escolas integradas...essas coisas, né?”

O comprometimento do governo com as necessidades da população também foi apontado como uma forma de prevenir a violência pelos entrevistados. Sobre este aspecto, a população quer que os governantes reconheçam as suas necessidades e seus direitos e se comprometam em saná-los. Neste aspecto, fala-se da violência que seria gerada pela falta de acesso a bens e serviços, não só como forma de exclusão social, mas também da reação violenta

da população contra as instituições governamentais. Na literatura destaca-se também o comprometimento do governo como uma forma de garantir experiências em promoção de saúde bem sucedidas. O apoio dos gestores é citado como essencial para fomentar o desenvolvimento de ações efetivas, no que se refere às capacitações dos seus funcionários de forma a adequar as abordagens atuais às necessidades locais^{15,16}.

- Educação

A Educação recebe papel de destaque para a prevenção da violência, segundo as respostas analisadas. O acesso à educação formal foi citado como forma de inclusão das crianças e jovens na sociedade, recaindo também sobre a instituição a responsabilidade pela formação do caráter dos sujeitos.

“Educando as crianças, escola o dia inteiro para a molecada”

“Dar mais oportunidade pra crianças na escola, escola integrada com atividades para as crianças”

“A melhor forma [de prevenir a violência] é a educação, escola. Se tiver uma boa educação, já tá no passo certo”

Este pensamento reflete a “Escola Nova” que surgiu ao longo do século XX com o conceito de educação Integral, no qual a escola deveria assumir a formação da criança em todas as dimensões de sua vida. A ideia de que a escola seria responsável pela formação moral dos seus alunos representa um fenômeno descrito por Nóvoa¹⁷ como “transbordamento” das responsabilidades da escola. Este transbordamento ocorre quando a instituição tenta suprir ausências das famílias e da sociedade desviando-se das tarefas de ensino e aprendizagem para executar missões de cunho social. Tais missões podem até garantir algumas melhorias sociais, mas extrapolam as habilidades e competências da instituição e de seus profissionais. Contudo, estudos que apresentam ações de promoção de saúde bem sucedidas na atenção primária

mostram que escola é considerada uma instituição que pode atuar como apoio às ações de promoção^{1,18,19,20}.

- Trabalho e acesso a bens e serviços

“Oportunidade para jovens, para os jovens aprender[em] a trabalhar”

“Nesse bairro tem muito rapaz que não trabalha e fica na esquina fumando maconha. Esses tinham que ocupar a mente com trabalho”

O trabalho e a ocupação, principalmente para os jovens, foram apontados como forma de manter os sujeitos longe da violência. Nas respostas analisadas observa-se uma relação direta entre a ocupação e o não ingresso em atividades como o tráfico de drogas e crimes. De-La-Hoz-Aguilar *et al*²¹ dizem que o desemprego juvenil gera não apenas a exclusão do mercado de trabalho, mas também uma exclusão social e pode ter efeitos nas relações com a família e sociedade em geral. Em cidades como Cartagena na Espanha, verificou-se que o jovem desempregado apresenta alta propensão de se associar a quadrilhas que cometem crimes como roubos e tráfico de entorpecentes nas regiões de baixo nível sócio econômico. Situação semelhante é descrita por Feltran¹³, que também mostra esta associação ao dizer que o jovem que convive com a criminalidade em sua vizinhança pode conseguir o primeiro emprego no “mundo do crime” quando não encontra oportunidades no mundo dos trabalhadores ou quando o primeiro oferece uma proposta mais sedutora do que o segundo.

“Uns tem bens e outros não, se equilibrar as riquezas a violência diminui”

“Melhorar as condições de vida e de trabalho, para reduzir o nervosismo”

“...trabalho para menores, pra eles ter[em] que ganhar o próprio dinheiro”

“O governo fornecer dinheiro suficiente para pagar médicos e funcionários do posto, porque eles não atendem bem porque não tem condições e muita gente perde a paciência e agride eles”

Os entrevistados apontaram ainda que uma das soluções para a violência seria garantir o acesso a bens e serviços a todos. A renda gerada pelo trabalho e pela qualificação também foi apontada como fator que diminui o risco de violência, por inserir o sujeito na sociedade e garantir o seu acesso a bens e serviços. Este entendimento está de acordo com o sentimento de privação relativa, descrito por Rojas²² como a percepção de desvantagem quando na comparação da condição de vida com a de outros. Segundo ele, a privação relativa pode ser um fator predisponente para a violência interpessoal e violência auto-inflingida.

No documento Impacto da Violência na saúde dos Brasileiros²³, fala-se de uma violência que muitas vezes é sofrida antes do nascimento de uma criança e se repete por toda vida. Neste caso, estamos falando da falta de acesso ao acompanhamento pré-natal pela gestante, parto não humanizado, entre outros aspectos que caracterizariam uma violência contra a mãe e o bebê. Foi sugerida pelos entrevistados a criação de políticas públicas permanentes voltadas à população em risco social. Tais políticas englobam a redistribuição de renda, acesso a atividades de capacitação e qualificação para inserir os jovens de forma competitiva no mercado de trabalho.

- Lazer, esporte e cultura

“Programas musical, esportivo, artesanato para a criança estar envolvendo a mente com uma coisa boa”

“Dar mais espaço aos jovens nas áreas de lazer e esporte”

“Projetos que venham trazer opções de lazer, trabalhos em ONG’s que possam trazer uma visão nova para a população. Há vida fora do tráfico”

Lazer, esporte e cultura também foram apontados como formas de prevenir a violência. Os discursos apresentaram a relação direta entre acesso a estes espaços e a redução da violência.

Aumentar os espaços de lazer para crianças e jovens, criar grupos de prática de esporte, ações sociais, eventos culturais foram alguns exemplos do que foi sugerido pelos entrevistados.

Segundo Noronha²⁴ os esportes e o lazer trabalham valores como cooperação, socialização, ética, disciplina, hábitos saudáveis, entre outros. A prática de esportes ainda estimula a superação de desafios, a interação de forma lúdica e espontânea. O desenvolvimento destes valores e habilidades parece favorecer a resolução de conflitos enaltecendo o diálogo e as soluções criativas em detrimento das atitudes violentas e impensadas^{12, 24}. A inclusão e o reconhecimento também podem ser obtidos através das atividades de esporte²⁴.

Grupo temático 2: Mudança social

As soluções agrupadas nesta temática apontam a prevenção da violência como uma responsabilidade da sociedade. Para tanto, fala-se de atuação das famílias, o reconhecimento e empoderamento do indivíduo para exercer seu papel de cidadão e do diálogo.

- Fortalecimento das famílias

“Em 1º lugar, os pais têm que dar o exemplo: não espancar, torturar, agredir verbalmente. Na escola eles têm que dar continuidades.”

“ [...] Uma criança sem referência, formando um adulto mal formado e [mal] informado. [...] Eu acho que o trabalho tem que ser lá atrás com a família, a conscientização do pai, da mãe.”

“Mulher gestante faz pré-natal e deveria começar a prevenir a violência desde este momento. Quem é o pai, a mãe e a partir daí as autoridades e apoiarem escola para a formação melhor”.

Além da educação escolar, a família também foi citada como importante para educar seus membros para a prevenção da violência. Esta educação parece estar associada a valores como respeito ao próximo, afeto, exemplo e tolerância. Entretanto, não fica claro se existe um conceito de família ideal, que atuaria como o que Bourdieu²⁵ chama de um instrumento estruturante de dominação e poder. Ou seja, poderia ocorrer a valorização da criação ou

manutenção de uma estrutura familiar “ideal” em detrimento das possíveis violências domésticas (físicas, morais e psicológicas) existentes e relações desiguais de poder entre adultos e crianças, homens e mulheres, idosos e adultos.

A ideia de apoio entre os familiares e exemplo de boas atitudes citadas pelos pesquisados corrobora com o descrito no estudo de Diniz, Santos & Lopes⁴ que traz a ideia de família como uma “*instituição afetiva*”, onde impera a harmonia e como consequência pode ser entendida como um lugar de proteção. É importante ressaltar que em tal estudo, essa dimensão hegemônica de família é também apontada como falha, uma vez que em vários casos a família é um local de violências.

Entretanto, podemos observar que pertencer a uma família por si só também não é suficiente para os entrevistados uma vez que, o fortalecimento da instituição familiar também foi citado como forma de prevenir a violência. Quando os entrevistados falam do fortalecimento dos valores familiares fica claro que se busca uma situação familiar onde não exista negligência, agressões verbais e torturas, e onde seja incentivada a responsabilidade e o cuidado entre os pais e filhos. Tal visão é também apontada pelo WHO¹², que afirma que as relações seguras, estáveis e cuidadosas entre pais ou responsáveis e filhos devem ser incentivadas desde o nascimento de maneira a evitar maus tratos e negligência e futuramente a reprodução de comportamentos agressivos ou violentos. Ainda sobre o papel da família, Machado Neto *et al*¹⁸ ressaltam ainda que uma atitude familiar adequada pode constituir uma forma de proteção aos agravos, principalmente em relação aos jovens.

- Reconhecimento e empoderamento

“Olhar mais, pesquisar sobre os moradores, cuidar dos jovens que usam drogas[...]”.

“Tendo orientação, estudo e palestra. Muita gente sofre violência dos pais e acaba cometendo os mesmos atos”

“Ter mais psicólogos, psiquiatras nos postos de saúde para auxiliar agressores e vítimas. Palestras para jovens, esportes, ginásticas para os jovens se manterem ocupados e não se envolverem nas drogas”.

Dentre as respostas analisadas, algumas foram caracterizadas pelo desejo da população de conhecer melhor a realidade para que se possa atuar sobre ela. Pesquisas sobre a violência na região, com publicação de dados, a criação de grupos de discussão, rodas de conversas, palestras e oferta de suporte psicológico foram sugestões que implicariam consequentemente no empoderamento da população. Estes mecanismos de suporte foram sugeridos para vítimas, agressores e população em geral. De acordo com a WHO¹², a identificação das vítimas e consequente apoio e assistência a elas é uma forma de eficiente de se quebrar ciclos de violência. Apesar de não ter sido citado de maneira clara, observamos aqui um desejo de reconhecimento dos indivíduos como parte de uma comunidade. O desejo de reintegrar os marginalizados que foi relatado implicaria na garantia do exercício dos direitos coletivos por todos os membros da comunidade, sem excluir nem mesmo os que cometem crimes. Guzmán & Albert²⁶ citam em seu trabalho que é a partir das igualdades e das diferenças que conseguimos nos comunicar e resolver os conflitos. Quando observamos os modelos de educação em saúde descritos na literatura, os modelos interativos, que preveem contato e troca de ideias de forma horizontal foram indicados como modelos com mais chances de dar certo^{18,20,27,28,29,30,31,32}.

“Ajuda entre os moradores, apoio da PM [polícia militar], parceria entre a comunidade e a polícia”

“A força policial e a ajuda do posto médico. ”

“Sentar e conversar com a comunidade sobre os problemas de violência; Dar conselhos”.

Mudanças de atitude dentro das comunidades também foram sugeridas. Tais mudanças apontam para parcerias entre as comunidades e setores públicos, como a polícia e os postos de saúde. Sugere-se que a comunidade deve estar preparada para se proteger, acolher e aconselhar

seus membros. Neste sentido, podemos apontar que habilidades como consciência social e capacidade de gerenciar conflitos favorecerem a prevenção da violência¹².

Estas ideias apresentadas condizem com o que Guzmán & Albert²⁶ discutem sobre empoderamento. O empoderamento seria fazer políticas em que os sujeitos possam exercer suas capacidades e competências de forma individual e coletiva, a partir de suas realidades interagindo com os outros e promovendo mudanças. O desenvolvimento de habilidades de vida foi citado também no documento da WHO¹² como forma efetiva de se prevenir a violência.

Guzmán & Albert ²⁶ apontam o empoderamento e o reconhecimento como os fios condutores para a resolução pacífica de conflitos de forma que se temos capacidade de cometer atos violentos também somos capazes de nos relacionarmos com ternura e carinho.

- Diálogo

“Com conversas, um pouco mais de compreensão. Tem gente que corrige batendo, eu não acho isto certo não”.

“Dialogando mais, resolvendo tudo na conversa”

O diálogo foi citado como forma de resolver conflitos de forma pacífica e foi apontado como atitude a ser incentivada, pelos entrevistados. Esta ideia de resolução de conflitos através de diálogo vai ao encontro ao descrito no documento da WHO¹² e na Teoria de Jürgen Habermas - Teoria da Ação Comunicativa- da qual Melo³³ se utiliza para falar sobre o direito a saúde. Fala-se de intersubjetividade mediada pela linguagem gerando relações de solidariedade atingidas de forma racional. O diálogo, como forma de prevenção da violência deveria ser um diálogo isento de influências de poder e dinheiro de forma que todo sujeito pudesse exercer sua cidadania através do entendimento entre as partes. Autonomia e o exercício dos direitos individuais são elementos fundamentais para que ocorra o entendimento através do diálogo. No artigo de Santana *et al* ³², aponta-se que através do diálogo também pode-se

construir novos conhecimentos e significados, partindo das crenças que o usuário traz ao invés de haver imposição de novos hábitos ou práticas.

Grupo temático 3: Mudanças individuais

Este grupo temático aponta que mudanças de atitude individuais poderiam contribuir para a prevenção da violência. A fé e a religiosidade também foram apontadas como forma de promover mudanças individuais que poderiam contribuir com a prevenção da violência.

- Evitar atitudes que favorecem a violência

“Como eu te falei, evitar ficar saindo tarde de casa, bares que tem muito esse tipo de coisa assim”

“Com meus filhos eu [os] deixo trancados dentro de casa, porque se sair para a rua vai ter violência”

“Não provocar os outros, não fazer fofoca.”

Evitar atitudes que favorecem a violência foi sugerido como uma forma de prevenir a violência e aponta as possíveis vítimas da violência como responsáveis indiretos pelo acontecimento das mesmas. Em alguns casos falou-se de evitar usar drogas e evitar agredir os outros. Porém, em alguns casos falou-se de evitar atitudes que são normais, como por exemplo, sair de casa. Isso reflete um fenômeno descrito por Vicent Valla em 1993 como culpabilização da vítima³⁴. A culpabilização é evidente no discurso dos usuários da atenção básica que apontam como soluções para prevenção da violência a supressão de algum de seus direitos civis, que deveriam ser garantidos pelo Estado. Ou seja, as consequências da inoperância do estado ou a irresponsabilidade das instituições sociais para com os membros da comunidade acabam sendo mascaradas pelas atitudes individuais inadequadas. Podemos apontar aqui que tal ideia é equivocada e que limitação dos direitos individuais não podem ser consideradas como prevenção da violência, uma vez que supressão de direitos é, por si só, uma violência. É

preocupante o fato que a violência pode muitas vezes ser aceitável e justificada, conforme os quatro elementos apontados por Sanches & Ruiz².

Entretanto, estudos mostram que a adoção de novos padrões de comportamento ocorre quando os sujeitos conseguem compreender alguma mudança como importante para o seu bem-estar^{35, 36}. O estudo de *Pugliesi et al*³⁵ mostra a associação entre os termos “proteção”, “prevenção” e “responsabilidade” na adesão a um serviço de prevenção de agravos. Dessa forma, as ações de promoção e prevenção devem objetivar o desenvolvimento de juízo crítico, de autonomia^{18,27,28} e de auto cuidado^{27,37} de forma que o indivíduo se torne um agente consciente de suas escolhas e atitudes.

- Religiosidade e fé

“Conhecer a palavra de Deus e aceitar Jesus”

“Orações”

A fé foi citada pelos entrevistados em duas principais abordagens. A primeira em que Deus ou Jesus são apontados como detentores do poder de resolver o problema da violência, ou seja, para prevenir a violência seriam necessárias a oração e a evangelização das pessoas.

“[...] Se eles seguirem realmente uma religião, não irão entrar na violência”

“Eu acho que as pessoas deviam buscar mais a Deus e assim serem mais calmas[...]”

“Calma, paciência e fé”

A segunda abordagem parece estar mais relacionada a alguns valores. Neste grupo de respostas, é feita a associação entre a fé e religiosidade com o amor ao próximo e a paciência. Além disso, a associação entre seguir alguma religião e o não envolvimento com a violência também foi apontado. Segundo Ribeiro³⁸, a religiosidade pode realmente contribuir com a melhora da saúde mental e física, além de aumentar o bem-estar nas comunidades expostas à violência. Tal estudo também apontou que a religião teria papel importante para a reabilitação

de pessoas que já cometeram crimes. Entretanto, existem na literatura críticas aos excessos cometidos em nome de Deus e da religião, que podem ser também qualificados aqui como violências. Apesar disso, existe ainda uma relação bem positiva em relação a fé e a religião de forma a atuar na prevenção da violência e da criminalidade^{6,38}.

Considerações finais

A população de Ribeirão das Neves acredita que é possível prevenir a violência e os entrevistados fazem colocações que vão ao encontro das soluções apontadas em pesquisas científicas. Fica claro que eles reconhecem as violências coletivas e interpessoais como formas de violências que podem ser prevenidas.

Então, se a solução já é conhecida, porque a violência ainda é um problema, não apenas neste município como também em todo o mundo? Nos chama atenção o fato de que existe uma linha tênue entre a prevenção da violência e a prevenção da violência através da perpetuação da violência.

O medo e a insegurança geram demandas por soluções extremas, e ações violentas da polícia, das escolas, das famílias, das comunidades são muitas vezes justificadas. Não estamos falando apenas da violência física, mas de violação de direitos fundamentais. Fica evidente que qualquer política de prevenção da violência deve ser discutida com a população e as soluções devem ser construídas de maneira conjunta, de forma cooperativa.

Este estudo deixa claro que a população sozinha não é capaz de promover todas as mudanças necessárias para que o quadro de violência se altere, mas fica claro também o desejo do desenvolvimento da autonomia para mudar a realidade. A autonomia, o empoderamento e o

diálogo devem ser estimulados na mesma medida em que a polícia, os governos e comunidade apreendem os valores de reconhecimento e solidariedade.

REFERÊNCIA

01 World Health Organization. Reducing risks, promoting healthy life [versão online] 2002 [acesso 2014 mai 10]; 7- 8. Disponível em: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf

02 Sánchez MB, Ruíz PT. Percepción de inseguridad pública y justificación de la violencia de estado en un grupo de habitantes del estado de México: análisis de argumentos. *Act.Colom.Psicol.* 2011; 14 (2): 35-43.

03 Schraiber L, D'Oliviera AF, Hananda H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violence experienced: the nameless pain, *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2003; 7(12):41-54.

04 Diniz NMF, Santos MFS, Lopes RLM. Representações sociais da família e violência. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2007 Nov-Dez; 15(6).

05 Santos MAF, Ramires JCL. Percepção espacial da violência e do medo pelos moradores dos bairros Morumbi e Luizote de Freitas em Uberlândia/MG. *Socied. Natur.* Uberlândia, 2009 Abr; 21 (1): 131-145.

06 Melo, EM. Podemos Prevenir a Violência. Brasília: OPAS [versão online] 2010 [acesso em 2011 jun 03]; 1-50. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/podemos_prevenir_violencia_03_12_2010.pdf

07 Fuertes, L.F; Mafla, A.C; López, E.A. Análisis epidemiológico de trauma maxilofacial en Nariño, Colombia. **Revista CES Odontología.** v.23, n. 2, 2010.

08 Universidade Federal De Minas Gerais. UFMG. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM. Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica. [Projeto de pesquisa] 2012.

09 Caregnato RCA, Mutt R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 679-84.

10 Rocha A P. Polícia, violência e cidadania: o desafio de se construir uma polícia cidadã. *Rev. Bras. Secur. Pública.* São Paulo, 2013 Mar; 7(1): 84-100.

11 Feltran GS. O legítimo em disputa. As fronteiras do “mundo do crime” nas periferias de São Paulo. *Dilemas* 2008; 93-126.

12 World Health Organization. WHO. Violence Prevention: the evidence. Series of briefings on violence prevention, Geneve, 2010 [acesso 2014 abr 01] Disponível em:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/.

13 Campos MS. Escolha Racional e criminalidade: uma avaliação crítica do modelo. *Revista SJRJ*, Rio de Janeiro, 2008 [acesso 2013 mar 27]; 22: 93-110. Disponível em: http://www4.jfrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/article/viewFile/92/95.

14 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2014. [Citado em 10 jun 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=315460&idtema=75>.

15 Hoepfner C, Franco SCNA. Inércia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arq. Bras. Cardiol*, 2010; 95: 223-229.

16 Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli C, Abdon LCSL, Garcia MR, Bastos FI. Determinantes da experimentação do cigarro e do início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J. bras. pneumol*. 2010; 36: 674-682.

17 Nóvoa, A. Educação 2021: Para uma história do futuro. *Iberoameric. Educ*, Lisboa, 2009 Jan-Abr [acesso 2014 mar 20]; (49). Disponível em: http://www.rieoei.org/rie49a07_por.html.

18 Beserra, EP; Torres, C A; Pinheiro, P N C; Alves, M D S; Barroso, M G T. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. *Ciênc. saúde colet.*, 2011; 16 (Suppl1): 1563-70.

19 Lino, MM; Marcellino, L; Melo, GM; Schweitzer, MC; De Albuquerque, GL. Permanent Education to Communitarian Agents of Health: needs and challenges. *Saúde Transf. Social*, 2011; 1(1): 122.

20 Vargas, ICS; Sichieri, R; Sandre-Pereira, G; Da Veiga, GV. Avaliação de programa de prevenção de obesidade de adolescentes em escolas públicas. *Rev. saúde públ*. 2011; 45(1),59-68.

21 De-La-Hoz-Aguilar, FJ; Quejada-Perez, R; Yanez-Contreras, M. **Desempleo juvenil en Cartagena de Indias: un análisis transversal de sus causas y consecuencias.** *Pap. poblac [online]* 2013 [acesso 2012 mar 15], 19(75): 35-61. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252013000100003&script=sci_arttext

22 Rojas, Y. Self-directed and interpersonal male violence in adolescence and Young adulthood: a 30-year follow-up of Stockolm cohort. *Sociol. health illness*, 2012; 1-15.

23 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. O impacto da violência na saúde do brasileiro. Brasília [versão online] 2005 [acesso em 2011, jun 10]; 10-32. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=CseveosmP2>

24 Noronha, V organizador. Pensando sobre políticas públicas de lazer para juventude em contextos de vulnerabilidade social: contribuições a partir de pesquisa em Ribeirão das Neves- Minas Gerais - Belo Horizonte, 2009; IV: 101-121.

- 25** Bourdieu, P. O poder simbólico. [versão online] 1989 [acessado 2014 jan 01]; (cap1) : 1-16. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/94143/mod_resource/content/1/Bourdieu%20-%20O%20Poder%20Simb%C3%B3lico.pdf
- 26** Guzmán, VM; Albert, SP. Nuevas formas de resolución de conflictos: transformación, epoderamiento y reconocimiento. *Katálisis*, Florianópolis, 2006 Jan-Jun; 9(1): 27-37.
- 27** Casarin, MR; Piccoli, JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde colet.* 2011, 16(9): 3925-32.
- 28** Santos, ZMDA; Caetano, JA; Moreira, FGA. Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial: uma tecnologia educativa em saúde. *Ciênc. Saúde colet.* 2011; 16(11):4385-94.
- 29** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Pactos Pela Saúde: Política Nacional de Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 7:60p. [acessado 2011 jun 01]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>. Acesso em: 03/06/2011.
- 30** Mori, ALPM; Heimann, JC; Dórea, EL; Bernik, MMS; Storpirtis, S. Pharmaceutic guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. *Braz. J. Pharm. Sci.* 2010; 46(2):353- 362.
- 31** Rafael, RMR; Costa, FS; Oliveira, AR, Nascimento, RMS. Users' knowledge and practices about the pap smear in the family health strategy. *Revi Enferm UFPE* [online], 2011; 5(1):75.
- 32** Santana, MCCC; Goulart, BNG; Chiari, BM; Melo, AM; Silva, EHAA. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. *Ciênc. saúde colet.*, 2010; 15 :411-417.
- 33** Melo, EM. Ação Comunicativa, Democracia e Saúde, *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro 2005; 10: 167-178.
- 34** Valla, VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro; 1998; 14(2 Supl):7-18.
- 35** Pugliesi, MV; Tura, LFR; Andreazzi, MFS. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2010; 10(1):75-84.
- 36** Reinas, CA; Nunes, GO; Mattos, M. The self-care with arteriovenous Fistula conducted by chronic renal failure. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 3(1):505.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho, conseguimos identificar a população idosa com baixa escolaridade, sem atividade laboral e de baixa renda como a mais vulnerável a sofrer violência. Estes idosos, que apresentam a segunda maior frequência de uso na Atenção Primária local, encontraram um local onde poderão falar sobre a violência vivida e buscar orientações. O fato das entrevistas terem ocorrido dentro dos postos de saúde abriu uma nova perspectiva de que estes locais são sim locais de acolhimento das dores não só físicas, mas também psicológicas.

Para o município de Ribeirão das Neves fica o desafio de acolher a população que sofre violências não fatais e atuar de forma preventiva, desde a gestação e da infância de maneira que se possa mudar a questão da violência para as futuras gerações. Ou seja, o sujeito deverá sobreviver à juventude, que apresenta uma das 60 maiores taxas de homicídio do Brasil e ter um envelhecimento saudável e sem violência. Sabemos que este é apenas um primeiro passo e outros trabalhos surgirão sobre o tema, de maneira a enriquecer as informações sobre o fenômeno da violência no município. Para tanto, sugerimos que a parceria Município-Universidade seja reforçada para a construção de maneira colaborativa de um programa de prevenção da violência.

Concluimos este trabalho com o anseio de contribuir de forma efetiva com a sensibilização dos gestores da saúde local para o tema da violência na Atenção Primária e, futuramente, contribuir com melhorias na qualidade de vida de toda a população.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface- Comunicação, Educação e Saúde**. v.9, n.16 p.39-52. Set2004/Fev 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> Acesso em 10/05/2012> Acesso em 12 nov 2012.
- BESERRA, E. P; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p.1563-70, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pactos pela saúde: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 v.4, 60p. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em 11 nov 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pactos Pela Saúde: Política Nacional de Promoção de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. V.7, 60p. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf>> Acesso em 03 jun 2011.
- BRASIL. Portaria GM/**Ministério da Saúde**. Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília. N. 96, p. 1-28. Seção 1e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>> Acesso em 12 jun 2011.
- BRASIL. Portaria GM/ **Ministério da Saúde**. Nº 936 de 19 de maio de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-936.htm>> Acesso em 28 out 2013.
- CAREGNATO, R.C.A; MUTT, R.2006. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 679-84, Out-dez 2006
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B; FRANÇA-JUNIOR, I; LUDERMIR, A.B; PORTELLA, AP; DINIZ, CS; COUTO, MT; VALENÇA, O. Fatores Associados À Violência Por Parceiro Íntimo Em Mulheres Brasileiras. **Saúde Pública**, v.43, n.2, p. 299-310, 2009.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. Secretaria Executiva do Ministério de Saúde. **Informações de saúde**. Estatísticas Vitais. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 10 mai 2014.

DINIZ, N.M.F; SANTOS, M.F.S; LOPES, R.L.M. Representações sociais da família e violência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.6, Nov/dez 2007

ESPÍNDOLA, C.R., BLAY, S.L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.2, p.301-6, 2007.

FAVA, S.M.C.L; NUNES, Z; BORGES; M.F.C; GONÇALVES, M.S.N. Health education and treatment adherence in the historical cultural. **Saúde&Transformação Social**,v.2, n.1, p.81, 2011.

FUERTES, L.F; MAFLA, A.C; LÓPEZ, E.A. Análisis epidemiológico de trauma maxilofacial en Nariño, Colombia. **Revista CES Odontología**. v.23, n. 2, 2010.

GARVIN, E.C; CANNUSCIO, C.C; BRANAS, C.C. Greening vacant lots to reduce violent crime: a randomised controlled trial. **Injury Prevention**, v.19, p.198–203, 2013.

GONÇALVES, J.R.L; SILVA, L.C; SOARES, P.P.B; FERREIRA, P.C.S; ZUFFI, F.B; FERREIRA, L.A. Perception and conduct of health professionals about domestic violence against the elderly. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v.6, n.1, p.194-202, jan/mar 2014. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/2869>, Acesso em 02 jun 2014.

HAIR, J.F; BLACK, W.C; BABIN, J.B; ANDERSON, R. E; TATHAM, R. L. Segmentation Analysis. In *Multivariate Data Analysis*. 6th edition. Edited by Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. **Prentice-Hall**: Copyright; 2006, p.427-481.

KRUG, E.G et al eds. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva - 2002. p 3-22. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/chap1.pdf> Acesso em 03 jun 2011.

LABRONICI, L.M; FEGADOLI, D; CORREA, M.E.C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, v.44, n2, p.401-6, 2010.

LINO, M.M; MARCELLINO, L; MELO, G.M; SCHVEITZER, M.C; DE ALBUQUERQUE, G.L. Permanent Education to Communitarian Agents of Health: needs and challenges. **Saúde&Transformação Social**, v.1, n.1, p.122, 2011.

LIPTON, R; YANG, X; BRAGA, A.A; GOLDSTICK, J; NEWTON, M; RURA, M. The Geography of Violence, Alcohol Outlets, and Drug Arrests in Boston. **American Journal of Public Health**, v.103, n. 4, Apr 2013.

MELO, E.M; MELO, M.A.M; PIMENTA, S.M.O; LEMOS, S.M.A; CHAVES, A.B; PINTO, L.M.N. A violência rompendo interações. As interações superando a violência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**., Recife, v.7, n.1, p. 89-98, jan. / mar., 2007.

MELO, E.M. Podemos Prevenir a Violência. Brasília: OPAS, 2010. p 1-50. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/podemos_prevenir_violencia_03_12_2010.pdf> Acesso em 03 jun 2011.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.647-647, mai-jun, 2004.

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v.IV, n.3, p.513-531, nov.1997-fev. 1998.

PAHL, K; BROOK, J; LEE J. Joint Trajectories of Victimization and Marijuana Use and Their Health Consequences Among Urban African American and Puerto Rican. **Journal of Behavioral Medicine**, v.36, n.3, p. 305–31, jun. 2013.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. PUC MINAS. Rede de avaliação e capacitação para a implementação dos planos Diretores Participativos- estudo de caso, Ribeirão das Neves- Minas Gerais. 2008.

RAFAEL, R.M.R; COSTA, F.S; OLIVEIRA, A.R; NASCIMENTO, R.M.S. Users' knowledge and practices about the pap smear in the family health strategy. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, v.5, n.1, p.75, 2011. Disponível em: <www.unig.br/noticias/noticias_2011/artigo_enfermagem_papanicolau.pdf>. Acesso em: 11 ago 2012

RIBEIRÃO DAS NEVES. Secretaria Municipal de Saúde. Núcleo de Saúde e cultura de paz de Ribeirão das Neves. 2012.

RIBEIRO, W.S; MARI, J.J; QUINTANA, M.I; DEWEY,M.E; LACKO, S.E; VILETE, L.M.P; FIGUEIRA, I; BRESSAN, R.A; MELLO, M.F; PRINCE, M;. FERRI, C.P; COUTINHO, E.S.F; ANDREOLI, S.B. The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **Plos One**, v.8, n 5, May 2013.

RODRIGUES, R.I; CERQUEIRA, D.R.C; LOBÃO, W.J.A; CARVALHO, A.X.Y. Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.29-36, jan, 2009.

SÁNCHEZ, M.B; RUÍZ, P.T. Percepción de inseguridad pública y justificación de la violencia de estado en un grupo de habitantes del estado de México:análisis de argumentos. **Acta Colombiana de Psicología**, v.14, n.2, p. 35-43, 2011.

SANTANA, M.C.C.P; GOULART, B.N.G; CHIARI, B.M; MELO, A.M; SILVA, E.H.A.A. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.411-417, 2010.

SANTOS, M.A.F; RAMIRES, J.C.L. Percepção espacial da violência e do medo pelos moradores dos bairros Morumbi e Luizote de Freitas em Uberlândia/MG. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, v.21, n.1, p.131-145, Abr. 2009.

SCHRAIBER, L.B; BARROS, C.R.S; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.2, p. 237-4, 2010.

SCHRAIBER, L; D'OLIVIERA, A.F; HANANDA, H; FIGUEIREDO, W; COUTO, M; KISS, L; DURAND, J; PINHO, A. Violence experienced: the nameless pain. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12,p.41-54, 2003.

STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International Journal for Equity in Health**. Editorial. 2011. v.10, p.15. Disponível em: <<http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>>. Acesso em 10 jul 2014.

TEIXEIRA-FILHO, F. S, RONDINI, C. A, SILVA, J. M; ARAÚJO, M. V. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência. **Psicologia & Sociedade**; v.25, n.1, p.90-102, 2013.

UFMG. Núcleo de Promoção de Saúde e Paz/DMPS/FM. Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica. Projeto aprovado pelo COEP em 2012.

VIVIESCAS-VARGAS, D. P; IDROVO, A. J; LÓPEZ-LÓPEZ, E; UICAB-POOL, G; HERRERA-TRUJILLO, M; BALAM-GÓMEZ, M; HIDALGO-SOLÓRZANO, E. Effective coverage to manage domestic violence against women in Mexican municipalities: limits of metrics. **Revista da Escola de Enfermagem. USP**, v. 47, n.4, p.781-7, 2013.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência dos municípios brasileiros 2008. Brasília: **RITLA**, Instituto Sangari, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, 2008. P. 29-45.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência: Homicídios e juventude no Brasil. 2013. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude, 2013. P 60-66

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Main messages from World health report 2013: Research for universal health coverage 2013. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2013/main_messages/en/index.html> Acesso em 30 nov 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Reducing risks, promoting healthy life- 2002, p. 7-8. Disponível em <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf> Acesso em 07 set 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Preventing Violence and reducing its impacts: How development agencies can help. France, 2008, p. 3-10. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=bEDF+08ln2>> Acesso em 20 mai 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Violence Prevention: the evidence. **Overview**. 2010, 10p. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/> Acesso em 01 abr 2014.

YEHUDA, R; HYMAN, S.E. The impact of terrorism on brain, and behavior: what we know and what we need to know. **Neuropsychopharmacology**, v.30, p.1773-80, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados²

QUESTIONÁRIO USUÁRIOS

01. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 1. []

SEXO: ____

IDADE: ____

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES

02. Qual o seu estado civil? 2. []

- Casado (a)
- Solteiro (a)
- União estável
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)
- Separado (a) ou desquitado (a) judicialmente

03. Cor 3. []

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda

04. Qual o seu grau de instrução? 4. []

- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) incompleto
- Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) completo
- Superior incompleto
- Superior completo
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado

14. Qual é a renda familiar? 14. []

- Até 1 salário mínimo (R\$622,00)
- De 2 a 3 salários mínimos
- De 4 a 5 salários mínimos
- Acima de 5 salários mínimo
- Não sabe

TRABALHO

15. Sobre seu trabalho: 15. []

- Trabalha e está em atividade atualmente
- Trabalha, mas não está em atividade atualmente.
- Já trabalhou, mas não trabalha mais.
- Nunca trabalhou

VIOLÊNCIA

39. Você já presenciou algum evento ²violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 39. []

- Sim
- Não

41. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 41. []

- Sim.
- Não

² As variáveis não relevantes para o estudo foram suprimidas

42. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado? 42. []

Sim

Não

Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?

43. Física sim não 43 []

44. Verbal sim não 44 []

45. Moral ou Psicológica sim não 45 []

46. Sexual sim não 46 []

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

91. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência? 91. []

ANEXO

Anexo A– Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Usuário

Sujeitos acima 18 anos

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

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa. 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. As pesquisadoras 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.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2012.

Pesquisadores:

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. 34099945/91843408

Prof. Dr. Paulo Sérgio Miranda - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG. Tel. 34631853

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Antônio Leite Alves Radicchi- – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Victor Hugo de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina//UFMG

Bernardo Monteiro de Castro – – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Soraya de Almeida Belisário – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Souza– Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Renata Cristina de Souza Ramos – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Doriana Ozolio Alves Rosa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Gisele Marcolino Saporetti – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Clarisse Carvalho Leão Machado – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

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

Telefax (31) 3409-4592.

Anexo B- Manual de trabalho de campo

MANUAL DO TRABALHO DE CAMPO³

IMPORTANTE

É fundamental ter conhecimento do material de orientação da pesquisa antes de iniciar a entrevista. Leia todo o manual antes de iniciar a entrevista.

Verifique se o questionário está com todas as páginas e questões previstas. Caso encontre alguma irregularidade, comunique o centro de apoio imediatamente.

Verifique se o equipamento para gravação das questões abertas está pronto para uso. Atenção: a distribuição das duplas por Unidades deve ser adotada segundo as tabelas 6, 7, 8, 9 e 10 do Roteiro.

1. Informações Gerais

Cada dupla receberá, na saída de BH, uma pasta, contendo o material necessário para a orientação da pesquisa, com informações sobre logística (Roteiro: horários, endereços, telefones, transporte, etc.) e informações sobre a pesquisa (Manual).

Parte do material necessário (fichas de identificação do entrevistado, questionários e termos de consentimento) será entregue em Ribeirão das Neves

Cada dupla de entrevistadores irá para uma Unidade de Saúde, munido do material necessário.

Chegando à Unidade, cada dupla deverá:

- procurar o responsável na UBS (o pessoal do Município já está avisado) e se apresentar a ele;
- pedir o telefone e avisar os pontos de apoio (ver número no roteiro da pesquisa de cada dia) de que já se encontra no local;
- conversar com o responsável e preencher a **folha de identificação da Unidade** com as informações solicitadas; nome da Unidade, nº de equipes, cobertura, composição da equipe de saúde da família e descrição de outros profissionais da Unidade.
- distribuir os questionários aos profissionais para que eles próprios preencham (se for possível agrupá-los, melhor); haverá uma folha explicativa de alguns conceitos que poderá ficar à disposição deles; marcar o tempo para recolher o questionário respondido;
- iniciar a abordagem do usuário por ordem de chegada, obedecendo a tabela gerada por números aleatórios.

Todas as entrevistas (profissionais e usuários) deverão ser precedidas da seguinte informação:

Esta é uma pesquisa, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com o Município de Ribeirão das Neves, sobre promoção de saúde e prevenção da violência na Atenção Básica. Será importante para fornecer subsídios úteis para a formulação de Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da violência. Solicitamos sua cooperação, respondendo ao questionário.

Em seguida, deve ser solicitada ao entrevistado a assinatura do termo de consentimento.

Atenção: em cada Unidade, serão entrevistados **12 usuários** e **7 profissionais** (1médico, 1 enfermeiro, 3 agentes comunitários, 1 auxiliar de enfermagem, 1 psicólogo ou outro profissional que atue na Unidade, nesta ordem. Na ausência destes últimos, entreviste mais 1 das 4 primeiras categorias.).

Cada questionário, tanto de profissionais como de usuários, se acompanha de uma ficha de identificação do entrevistado. Ficha e questionário devem ser preenchidos com o **mesmo número de identificação**.

Atenção: Não esquecer de colocar o número de identificação na ficha e no questionário.

Os questionários e fichas de cada Unidade (tanto de usuário como de profissionais) serão recebidos em envelopes, nos quais virão escritos os respectivos números de identificação (ex. dupla 1: questionários de 1 a 12; dupla 14: "questionários de 410 - 422"; no caso de profissionais: dupla 1 de 1 a 7; dupla 3 de 15 a 21). Cada ficha de identificação e seu questionário correspondente deverão ser preenchidos, no momento da entrevista, com um dos números escritos no envelope, obedecendo a ordem das entrevistas (ex. dupla 1: a primeira ficha e o primeiro questionário deverão ser preenchidos com o número 1; o último com o número 12; no caso da dupla 14: a primeira ficha e o primeiro questionário deverão ser preenchidos com os números 410 e o último com o número 422 e assim por diante).

Atenção: cada vez que um integrante da dupla retirar um questionário para iniciar a entrevista, deve riscar o número deste questionário, obedecendo rigorosamente a ordem das entrevistas.

³ Os trechos do manual não relevantes para este estudo foram suprimidos.

Em cada envelope, há questionários e fichas sobressalentes, caso haja perda. Erros pequenos poderão ser consertados.

Atenção: correções deverão ser claras e confirmadas, para evitar dúvidas no momento da digitação.

As entrevistas deverão ser feitas em local que propicie um mínimo de privacidade. Peça ajuda ao responsável pela Unidade.

Em caso de confirmação de casos de violência em curso, é necessário fazer o encaminhamento do usuário, precedido do consentimento verbal do mesmo.

Peça ajuda ao responsável pela Unidade.

Os casos poderão ser encaminhados para:

1. NAVCV - Núcleo de Atendimento à vitmas de Crimes Violentos (específico para crimes violentos como estupro, tentativa de omissídio, tortura, etc)
2. Hospital São Judas Tadeu, que é referência no caso de violência sexual no município (a violência deve ter sido feita até 72 horas antes da entrevista).
3. O CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial) - casos em violência contra crianças e adolescentes
4. CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
5. Serviços de saúde mental: NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial): Acolher (centro) Clara Mente (região II)

Material de cada dupla

2. Aprovação da Pesquisa no COEP/UFMG
3. Anuência do Secretário de Ribeirão das Neves para realização da Pesquisa
4. Roteiro da Pesquisa (Horários e locais de saída, retorno, Unidades, endereços, telefones, duplas, etc.)
5. Folha de identificação da Unidade de Saúde
6. Envelope contendo 15 questionários de usuário e fichas de identificação.
7. Envelope contendo 10 questionários de profissionais e fichas de identificação.
8. Termos de consentimento livre e esclarecido de profissionais e usuário para serem assinados pelos respectivos entrevistados
9. Tabela de números aleatórios
10. 1 envelope vazio para armazenar as pesquisas realizadas com usuários
11. 1 envelope vazio para armazenar as pesquisas realizadas com profissionais
12. Manual do entrevistador
13. 2 canetas esferográficas, crachá, lanches do dia, água mineral
14. Balas para oferecer aos entrevistados
15. Recipientes para colocar as balas

INSTRUÇÕES SOBRE OS QUESTIONÁRIOS

ATENÇÃO

1. Todas as questões aceitam apenas UMA alternativa
2. Não preencher os espaços entre colchetes
3. NSA = não se aplica= sempre que se pergunta algo referente a uma situação que não ocorre, por exemplo, quantas doses você bebe por semana, para uma pessoa que em pergunta anterior já declarou não beber.

II. QUESTIONÁRIOS DE USUÁRIOS

1. Número de identificação: é um dos números escritos no envelope. Colocar na **ficha de identificação do entrevistado e no questionário.**
2. Estado civil: é a condição declarada
3. Cor: condição declarada
4. Sempre colocar apenas o maior grau obtido
5. Inclui todas as pessoas que moram na mesma casa (parentes e não parentes)
6. Chefe de família: deve-se indicar a pessoa que se responsabiliza pelos membros desta família. Trata-se da percepção do entrevistado: pode ser pai, mãe, tio(a), irmão (ã), avô(avó), ou outro. Quando não houver o chefe da família colocar NSA (não se aplica)
7. Marque a alternativa predominante. Se houver mais de uma, escreva a segunda ao lado e explique que é a segunda.
8. Inclui gatos, extensões, etc.

9. Sobre o lixo do domicílio: marcar a alternativa predominante. Se houver mais de uma, escrever ao lado e explicar que é a segunda.
10. Refere-se ao acesso no domicílio.
11. Além de indicar o número de pessoas com trabalho remunerado, mencionar quem são estas pessoas e as respectivas idades. Ex: pai (35 anos), irmão 1 (18anos), irmão 2 (16anos), etc.
12. Pessoas com mais de 60 anos morando na mesma casa (parentes e não parentes)
13. Pessoas com mais de 60 anos que demandam cuidados de alguém
14. Salário mínimo, valor = R\$ 622,00
15. Fazer uma pequena introdução. Ex: Agora vamos falar um pouco sobre a sua ocupação ou seja, o trabalho. Então, lê as alternativas para o entrevistado.
16. A alternativa não se aplica deve ser marcada para a pessoa que trabalha
17. Idem
18. Idem
19. Idem
20. Idem
21. No caso de mais de um trabalho, escolha o principal. Militar =(exército, marinha, aeronáutica, polícia militar ou corpo de bombeiros militar. Empregado do setor público inclui empresas de economia mista. Empregador = quando tiver pelo menos um empregado remunerado. Conta própria = não tem empregados remunerados]
22. Não se aplica: pessoa trabalha
23. Idem
24. Idem
25. Idem
26. Idem
27. Idem
28. Idem
29. Idem
30. Idem
31. Idem
32. Citar as pessoas da família que estão desempregadas, quem são elas (pai, avó, adolescente, etc) e suas respectivas idades. Desconsiderar as pessoas com menos de 16 anos e com mais de 60 anos
33. Questões pessoais referem-se à questões íntimas, de caráter privativo.
34. Idem
35. Incluir qualquer atividade esportiva e/ou artística
36. Incluir atividades associativas em geral
37. Trabalho voluntário – sem remuneração, vínculo ou obrigatoriedade
38. Atividades religiosas de qualquer religião. Não inclua situações como casamento, batizado, ou enterro
39. Qualquer tipo ou âmbito de evento violento: física, verbal, moral, psicológica, sexual, patrimonial ou econômica. Quanto ao âmbito a violência pode ser auto-infligida, interpessoal, institucional, coletiva.
40. Idem
41. Homicídio na área da Unidade
42. Homicídio na família (inclui parentes distantes)
43. Agressão física – implica contato corporal (tapa, murro, empurrão, etc.). Sofrida pelo entrevistado.
44. Agressão verbal - por palavras. Sofrida pelo entrevistado.
45. Agressão moral ou psicológica: entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões de outrem. Inclui agressão do tipo isolamento, exclusão, ridicularização, difamação, perseguição, ameaça, humilhação, insulto, etc. Sofrida pelo entrevistado.
46. Agressão sexual: envolve assédio, toques, abusos, estupro, incesto, exploração sexual, etc. Sofrida pelo entrevistado.
47. Refere-se ao instrumento usado na agressão
48. **Substituir a palavra usuário por alguém da família. Pergunte quem é essa pessoa: ()pai? ()mãe? ()irmão, ()tio, ()avô, ()filho etc.).** Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
49. **Acrescentar chefe (A alternativa fica assim: chefe ou colega de trabalho)**
50. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
51. Idem
52. Idem
53. Idem
54. **Substituir agente público por vizinho**
55. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
56. Idem

57. **Substituir a palavra usuário por alguém da família. Pergunte quem é essa pessoa:** ()pai? ()mãe? ()irmão? ()tio?, ()avô?, ()filho? etc.). Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
58. **Acrescentar chefe (A alternativa fica assim: chefe ou colega de trabalho)**
59. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
60. Idem
61. Idem
62. Idem
63. **Substituir agente público por vizinho**
64. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
65. Idem
66. **Substituir a palavra usuário por alguém da família. Pergunte quem é essa pessoa:** ()pai? ()mãe? ()irmão? ()tio? ()avô? ()filho? etc.). Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
67. **Acrescentar chefe (A alternativa fica assim: chefe ou colega de trabalho)**
68. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
69. Idem
70. Idem
71. Idem
72. **Substituir agente público por vizinho**
73. Não se aplica deve ser usado caso a pessoa não tenha sido agredida
74. Idem
75. Qualquer tipo de violência (física, moral ou psicológica, verbal, sexual)
76. Opinião
77. Pode incluir colega de trabalho, vizinho, amigo, conhecido, estranho
78. Idem
79. Idem
80. Idem
81. Ideação suicida
82. Tentativas concretas
83. Opinião livre do usuário. Gravar
84. Opinião livre do usuário.
85. Qualquer tipo de ação cujo objetivo seja prevenir, controlar, combater a violência
86. Iniciativa de saúde ou de qualquer outro setor; do sistema ou da comunidade
87. Opinião livre do usuário
88. Qualquer tipo de movimento; qualquer tipo de violência
89. Qualquer tipo de iniciativa, qualquer tipo de agressor
90. Em especial, prefeito e secretários municipais, vereadores, homens e mulheres públicos
91. Opinião livre. Gravar
92. Qualquer plano pago
93. Qualquer procedimento de qualquer nível do SUS
94. Diagnosticado por médico ou sentido pelo entrevistado
95. Percepção do entrevistado
96. Percepção do entrevistado. Não incluir dor de cabeça
97. Idem
98. Qualquer tipo de atendimento
99. Percepção
100. Poucos dias – 1 ou 2; vários dias 3 a 5 dias; metade – 7 dias ou mais; quase todos dias – 10 dias ou mais
101. Idem
102. Idem
103. Idem
104. Idem
105. Idem
106. Idem
107. Idem
108. Idem
109. Idem
110. Marcar de 1 a 7 dias
111. 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada. Não se aplica deve ser marcada para quem não bebe
112. Mesmo em pequenas quantidades
113. Não se aplica para quem não bebe

114. Drogas diferentes do álcool e do tabaco. Incluir medicamentos. Em qualquer tempo da vida. Familiar
115. Idem, entrevistado.
116. Idem, nos últimos seis meses
117. Para homens
118. Para mulheres
119. Para ambos
120. Qualquer tipo de esporte ou exercício físico. Não considere fisioterapia
121. 1 a 7 dias
122. Marque apenas uma atividade (a principal)
123. Não se aplica é para quem não faz nenhuma atividade
124. Incluir horas de trabalho sentado, deslocamento, horas de lazer, etc.
125. Idem
126. Todas as seguintes perguntas (126 a 142) referem-se à opinião do entrevistado

ANEXO C- Aprovação COEP



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

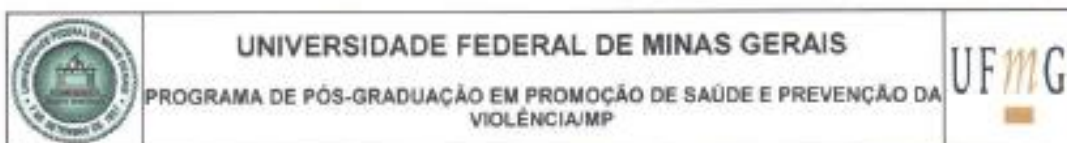
DECISÃO

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 D- ATA DE DEFESA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA CAROLINA ALVES REYNALDO - 2012753722

Realizou-se, no dia 25 de agosto de 2014, às 14:00 horas, sala 029 - Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Avaliação de vulnerabilidade e de possibilidades de superação da violência na Atenção Primária em Saúde*, apresentada por CAROLINA ALVES REYNALDO, número de registro 2012753722, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Efigênia Ferreira e Ferreira - Orientadora (UFMG), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar (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, 25 de agosto de 2014.



Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira (Doutora)

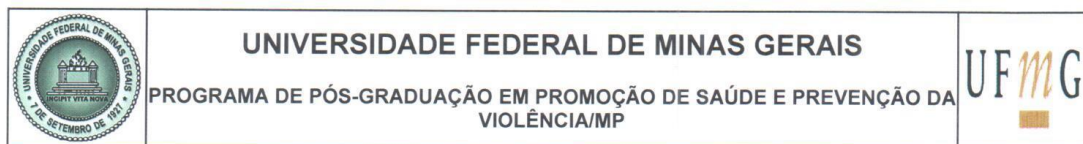


Prof(a). Elza Machado de Melo (Doutora)



Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar (Doutora)

ANEXO E- FOLHA DE APROVAÇÃO



FOLHA DE APROVAÇÃO

**Avaliação de vulnerabilidade e de possibilidades de superação da violência na
Atenção Primária em Saúde**

CAROLINA ALVES REYNALDO

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.

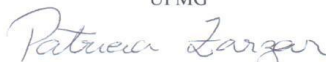
Aprovada em 25 de agosto de 2014, pela banca constituída pelos membros:



Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador
UFMG



Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG



Prof(a). Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar
UFMG

Belo Horizonte, 25 de agosto de 2014.