

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E
PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Magno Nobumoto Hoshino

**AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE POR USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL**

Belo Horizonte

2021

Magno Nobumoto Hoshino

**AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE POR USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde e Suas Bases

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Mônica Freitas Ribeiro

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares

Belo Horizonte

2021

H825a Hoshino, Magno Nobumoto.
Autopercepção da saúde por usuários das Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil [manuscrito]. / Magno Nobumoto Hoshino. -- Belo Horizonte: 2021.
97f.: il.
Orientador (a): Maria Mônica Freitas Ribeiro.
Coorientador (a): Ricardo Tavares.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Autoimagem. 2. Autoavaliação (Psicologia). 3. Sistema Único de Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Centros de Saúde. 6. Violência. 7. Dissertação Acadêmica. I. Ribeiro, Maria Mônica Freitas. II. Tavares, Ricardo. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: BF 697

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

Folha de Aprovação

28/09/2021 14:24

SEI/UFMG - 0958568 - Ata



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

ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO: MAGNO NOBUMOTO HOSHINO

Realizou-se, no dia 14 de setembro de 2021, às 09:00 horas, Videoconferência / Centro de Pós Graduação, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE POR USUÁRIOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, MG, BRASIL*, apresentada por MAGNO NOBUMOTO HOSHINO, número de registro 2019714498, graduado no curso de MEDICINA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro - Orientador (UFMG), Prof(a). Luciana Diniz Silva (UFMG), Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Faculdade de Medicina/UFMG), Prof(a). Ricardo Tavares (UFOP)

A Comissão considerou a dissertação:

) Aprovada

) Reprovada

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

Belo Horizonte, 14 de setembro de 2021.

Prof(a). Maria Monica Freitas Ribeiro (Doutora)

Prof(a). Luciana Diniz Silva (Doutora)

Prof(a). Helian Nunes de Oliveira (Doutor)

Prof(a). Ricardo Tavares (Doutor)



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Diniz Silva, Professora do Magistério Superior**, em 14/09/2021, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Monica Freitas Ribeiro, Professora do Magistério Superior**, em 14/09/2021, às 11:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helian Nunes de Oliveira, Professor do Magistério Superior**, em 14/09/2021, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Tavares, Usuário Externo**, em 24/09/2021, às

https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1015881&infra_sistema... 1/2

28/09/2021 14:24

SEI/UFMG - 0958568 - Ata



10:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0958568** e o código CRC **FDD62896**.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

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

Reitora: Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves da Silva Junior

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Fernando Montenegro Campos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social (MPS): Prof. Raphael Augusto
Teixeira de Aguiar

Subchefe do MPS: Prof.^a Adalgisa Peixoto Ribeiro

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

Subcoordenadora PSPV: Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do PSPV- Membros titulares:

Prof.^a Andrea Maria Silveira

Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Prof.^a Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Prof. Tarcísio M. Magalhães Pinheiro

Prof.^a Elza Machado de Melo

Prof.^a Palmira de Fátima Bonolo

Representantes discentes:

Maria Beatriz Oliveira

Marcos Vinicius da Silva

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por sempre me incentivarem a aprender e nunca desistirem de mim mesmo quando os outros já o tinham.

À minha irmã Keila, incansável, determinada e caridosa.

Ao tio Taro que, in memoriam, deixo minha admiração pelo seu jeito peculiar de lecionar.

À Prof.^a Yvone que me apresentou à pesquisa em biologia molecular no Instituto Evandro Chagas.

Ao amigo Daniel Henrique, in memoriam, por ter me incentivado a cursar matérias isoladas na UFMG e a tantas reflexões.

Ao Prof. Raphael que ministrou a primeira aula que assisti numa matéria isolada e me convidou para aprofundar os estudos na Atenção Primária.

À Juliana que atenciosamente me apresentou à Prof.^a Luciana, que por sua vez me recebeu em sua sala, permitiu que a acompanhasse no ambulatório. Deu-me liberdade para encontrar a linha de pesquisa que eu mais me identificasse, com isso me introduziu à Prof.^a Elza.

À Prof.^a Elza por permitir que eu frequentasse o Para Elas e verificasse se seria aquela linha de trabalho que eu gostaria de me aprofundar.

Aos orientadores, Prof.^a Mônica e Prof. Ricardo, que com sua expertise, atenção plena, disponibilidade, paciência e cuidado conseguiram me apoiar, permitindo que o projeto saísse da ideia e se concretizasse.

Aos colegas do mestrado, que convivemos nesse tempo em comum com muito estudo, discussão de temas, refletindo soluções, conhecendo mais da academia.

E a todos que direta e indiretamente, apesar de não citados, contribuíram para a realização deste estudo.

“É parte da cura o desejo de ser curado.”

Sêneca

RESUMO

Introdução: O conceito de saúde é complexo e envolve não somente ausência de doença. A autopercepção da saúde avalia a condição de saúde, a qualidade de vida, morbidade e diminuição de funcionalidade, analisada pelo indivíduo e servindo como preditor de mortalidade. Para o Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde favorece o vínculo entre os profissionais e a população levando a promoção, prevenção, diagnóstico precoce, mudança de comportamento, suporte, direcionando para os recursos adequados. **Objetivo:** Avaliar a autopercepção da saúde entre usuários de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Método:** Estudo transversal, baseado no recorte de percepção de saúde do projeto “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”. A autoavaliação de saúde, pela pergunta “como você avalia a sua saúde?”, foi analisada em relação às variáveis selecionadas, sendo realizada análise univariada, bivariada, regressão logística e previsão para cenários caracterizadores. **Resultados:** Dos 1125 usuários, a análise univariada mostrou que a maioria eram do sexo feminino, com idade entre 35 a 44 anos, casados/união estável/amasiados, tinham o ensino médio, com renda familiar entre um a três salários mínimos, relataram atividade remunerada e não faziam consumo de bebida alcoólica. A autopercepção de saúde positiva foi relatada por 60,9%. Na análise bivariada houve associação estatisticamente significativa das variáveis explicativas com aqueles que referiram autopercepção positiva de saúde, em maior proporção: até os 24 anos de idade, nos casados/união estável/amasiados, com ensino superior/pós graduação, com renda familiar de quatro ou mais salários mínimos, naqueles em atividade remunerada, nos que se sentiram à vontade para falar com familiares, que se sentiram à vontade para falar com amigos, não tiveram problema de saúde, cuidaram frequentemente da saúde, procuraram atenção médica pela última vez entre 6 a 12 meses, dificilmente sentiram dores no corpo, dificilmente sentiram dores de cabeça ou enxaqueca, não tiveram algum familiar ou parente assassinado, não sofreram agressão psicológica/moral. O modelo de regressão logística mostrou que a chance de autopercepção de saúde positiva aumentou em: 44,3% se o indivíduo fosse casado ou vivesse maritalmente com alguém, 95,3% se estudasse pelo menos o ensino médio, 269,3% se não tivesse problemas de saúde, 94,7% se não sentisse dores no corpo, 51,2% se não sentisse dor de cabeça. E reduziu em 50,2% se não cuidasse da saúde e 31,8% se fosse à consulta médica com menos de seis meses. Os cenários caracterizadores tiveram diversidade de resultados dependendo da combinação das variáveis, com cada uma impactando de forma distinta. **Considerações finais:** Os resultados confirmam que a autopercepção de saúde é

ampla, não se trata somente do aspecto individual e do privado, mas se relaciona com recursos e oportunidades sociais, merecendo ser incluída nas políticas sociais. Embora a violência não tenha se associado à autoavaliação positiva de saúde, devido a sua magnitude deverá fazer parte de novos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Autopercepção da saúde. Autoavaliação da saúde. Sistema Único de Saúde. Atenção primária à saúde. Unidades básicas de saúde. Violência.

ABSTRACT

Introduction: Health is a complex definition and includes not only the absence of disease. The self-perceived health evaluates the health's condition, quality of life, morbidity and function decreasing, mostly analyzed by the individual and serving as mortality's predictor. For the National Public Health System, the Primary Care provides professionals and population attachment, promotion, prevention, early diagnosis, behavior changing, supporting, leading to suitable resources. **Objective:** To evaluate the self-perceived health among Basic Health Units users of Belo Horizonte, MG, Brazil. **Method:** A cross-sectional survey, based on part of health perception from the "Health Promotion Program and Violence Prevention in Primary Care" project. The self-rated health was analyzed by the question "how do you rate your health?", considering selected variables and then it was performed univariate analyzes, bivariate, logistic regression and characterized scenarios projection. **Results:** From 1125 users, the univariate analyzes revealed the majority were female, aged between 35 to 44 years, were married/consensual marriage/cohabitation, owned a high school degree, with family income between one to three times minimum wage, related to be performing a remunerated activity, with no alcoholic beverage consumption. The positive self-perceived health was reported by 60.9%. There was statistically significant relationship on bivariate analyzes between those individuals who related positive self-perceived health and explanatory variables, which greater proportion of each one were: up to 24 years old, married/consensual marriage/cohabitation, at university level/post graduate, with family income at least four times minimum wage, performing a remunerated activity, felt comfortable to talk to relatives, felt comfortable to talk to friends, did not have conditions, frequently looked after for their own health, looked for medical care for the last time in the past six to twelve months, rarely felt body ache, rarely felt headache or migraine, did not have any relative murdered, did not suffer psychological/moral aggression. The logistic regression model demonstrated that the positive self-perceived odds increased on: 44.3% if the person was married or on consensual marriage to somebody, 95.3% if studied at least the high school, 269.3% if did not have any condition, 94.7% if did not feel body pain, 51.2% if did not feel headache. And this model decreased by 50.2% if they did not take care about their own health and 31.8% if they looked for a medical appointment for less than six months. The characterized scenarios exhibited a variety of results depending on combination of variables, each one impacting in a different way. **Final considerations:** The results confirmed that the self-perceived health is broad. It is not only about individual and private aspects, but it links to resources and social scope, deserving to be

included in social policies. Although violence was not related to positive self-rated health, it must be included in new investigations about this subject due to its magnitude.

Keywords: Self-perceived health. Self-rated health. National Public Health System. Primary health care. Basic health units. Violence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Curva ROC e AUC do modelo final de regressão logística.	44
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis explicativas/independentes utilizadas para avaliação da autopercepção de saúde entre usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.	26
Quadro 2 -	Variáveis explicativas/independentes candidatas aprovadas na triagem para o modelo de regressão logística em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.	42
Quadro 3 -	Razões de chance de autopercepção de saúde positiva para os cinco cenários caracterizadores elaborados a partir da associação das variáveis do modelo final de regressão logística.	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Autopercepção de saúde em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.	32
Tabela 2 -	Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.	33
Tabela 3 -	Modelo final de análise de regressão logística: autopercepção de saúde positiva entre usuários da UBS em Belo Horizonte, MG, Brasil, segundo variáveis explicativas.	43

LISTAS DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEPSMSA/PBH	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
COEP /UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DNAmt	DNA mitocondrial
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgE	Imunoglobulina E
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SM	Salário(s) mínimo(s)
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	União Europeia
VIF	<i>Variance Inflation Factor</i>
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Considerações iniciais	15
1.2	Revisão da literatura.....	16
2	HIPÓTESE.....	23
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo geral.....	23
3.2	Objetivos específicos	23
4	MÉTODO	24
4.1	Delineamento do estudo	24
4.2	O projeto que deu origem ao estudo.....	24
4.3	A revisão da literatura do estudo.....	25
4.4	O estudo.....	25
4.4.1	Material	25
4.4.2	Análise dos dados	29
5	RESULTADOS	32
5.1	Descrição da amostra	32
5.2	Análise bivariada.....	40
5.3	Triagem para o modelo logístico	41
5.4	Regressão logística	42
5.5	Cenários caracterizadores	45
6	DISCUSSÃO	47
6.1	Análise univariada	47
6.2	Análise bivariada.....	48
6.2.1	Com significância estatística	48
6.2.2	Sem significância estatística.....	51
6.3	Regressão logística	55
6.4	Cenários caracterizadores	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXO A – Questionário para os usuários da Atenção Básica de Saúde.....	75
	ANEXO B – Aprovação do COEP/UFMG.....	90
	ANEXO C – Aprovação do CEPSMSA/PBH.....	91
	ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido	96

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

A iniciativa para realizar o mestrado profissional de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) surgiu da combinação da pesquisa aplicada no exercício da profissão aliada ao foco em promoção da saúde, pois atuando no cargo de médico de família lotado no centro de saúde essa combinação auxiliaria no melhor desempenho profissional.

Durante a trajetória profissional, ativamente vivenciada como generalista, em diversas cidades do Pará, tendo tido contato com indígenas durante o serviço militar obrigatório, exercendo a medicina no interior desse estado, atuando na medicina de família e comunidade, foi constatada forte presença assistencial já tão consolidada na saúde em geral. Percebeu-se que somente esse tipo de atitude dificilmente favoreceria, no longo prazo, ao indivíduo, à família, comunidade, nação. Dessa forma, privilegiando a longitudinalidade, buscando oferecer o melhor cuidado prestado possível, tornou-se necessário encontrar ferramentas de baixo custo, aplicáveis em diversas realidades, voltadas às ações de promoção da saúde e prevenção da violência.

A partir de então, através de frutíferas conversas com dedicados profissionais e buscas sobre essas linhas de pesquisa, houve a oportunidade de acompanhar o ambulatório “Para Elas” na Faculdade de Medicina da UFMG, onde foi confirmado que esse tipo de cuidado era possível, além disso exequível, através de ações de diversos profissionais, em conjunto, intersetorialmente, interdisciplinarmente e em constante construção. Dessa forma o tema autopercepção de saúde foi selecionado mediante sugestão da professora Elza após ter sido explicado o interesse em trabalhar com as atividades descritas anteriormente e as condições presentes na prática médica na atenção primária. A disponibilidade de um banco de dados resultante do inquérito anteriormente realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte e coordenado pela professora Elza, permitiria o recorte sobre a autopercepção em saúde e a investigação dos fatores socioambientais possivelmente relacionados.

Assim sendo, realizar esse estudo sobre autopercepção de saúde em usuários de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte auxiliaria na melhor prática profissional além de favorecer a aplicação da promoção da saúde e prevenção da violência.

1.2 Revisão da literatura

O conceito de saúde é complexo, amplo, relacionado a diversos fatores e que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946 definiu: “saúde é o estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Verifica-se, desde então, que a saúde não está mais relacionada à simples ideia de ausência de doença e que são envolvidos diversos aspectos que se modificam dinamicamente, servindo de base para a avaliação do estado de saúde, dessa forma devendo se considerar a influência dos determinantes sociais da saúde (DSS) (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012). A inclusão dos DSS permite uma avaliação mais integral, proporcionando melhor análise desse processo, o que colabora para melhorar as condições de saúde (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012; NAGELHOUT; ABIDI; VRIES, 2019; OMS, 1946; OMS, 2011; QUANDT XAVIER *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2018; RATHBUN; LOERZEL; EDWARDS, 2020).

Os DSS envolvem fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, ambientais, sendo um dos mais importantes os estruturais, pois produzem a estratificação social. Este último torna-se a causa mais profunda de iniquidades em saúde, pois de forma desigual favorece dentro das estruturas de poder, vantagens, acesso a recursos, interferindo nas condições de saúde dos indivíduos (OMS, 2011). Essas condições devem ser averiguadas de forma a entender que esses processos estão intimamente relacionados, influenciando na vida das pessoas e suas relações. Deve-se entender que, para haver uma saúde de boa qualidade é necessário o envolvimento de vários setores e atores para que promovam impactos importantes sobre a saúde, como preconiza a resolução WHA62.14 cujas recomendações gerais são “melhorar as condições de vida, combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos, e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções.” (OMS, 2011; WHO, 2011).

A avaliação do estado de saúde pode ser feita objetivamente como ausência ou presença de doença e subjetivamente pela autopercepção (ou autoavaliação) de saúde, sendo relacionada a diversos aspectos multidimensionais, cujo principal ponto baseia-se no conceito de saúde construído pelo próprio indivíduo (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012; LINDEMANN *et al.*, 2019). A autoavaliação de saúde tem sido utilizada como indicador simples, tanto em inquéritos de saúde como em estudos etiológicos, para condição de saúde, qualidade de vida, morbidade, diminuição de funcionalidade. É analisada de forma integrada pelo indivíduo, a partir de dados físicos, psicológicos, sociais, emocionais, servindo como preditor de mortalidade. Por ser uma ferramenta amplamente utilizada e pela confiabilidade

tem sido empregada em diversos estudos (ANDRADE *et al.*, 2012; ASCEF *et al.*, 2017; KIYAK, 1993; KRØLL *et al.*, 2017; LATHAM; PEEK, 2012; LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; LINDEMANN *et al.*, 2019; MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2014; RAGGI *et al.*, 2020; RATHBUN; LOERZEL; EDWARDS, 2020; VASCONCELLOS, 2017).

A autopercepção de saúde pode demonstrar também a influência das observações individuais, das necessidades do entrevistado sobre a sua vida, rotina, relações, como as relacionadas com o serviço de saúde. E ao entender o ponto de vista do sujeito, passa-se a oferecer uma atenção qualificada para as suas reais demandas (SAVASSI, 2010). Para tanto, a abordagem centrada na pessoa torna-se mister nesse processo, proporcionando à atenção primária um local favorável para que essa prática se desenvolva, a partir da construção de uma boa relação médico-paciente, facilitada pela continuidade do cuidado associada com atividades de educação permanente, como as realizadas para doenças crônicas em que as mudanças de comportamento têm apresentado grande importância na evolução dos indivíduos (HERRERO *et al.*, 2005; RAMOND-ROQUIN *et al.*, 2019; SAVASSI, 2010).

Cada vez mais esse cuidado centrado na pessoa tem se confirmado como importante ferramenta para melhorar os desfechos de saúde, sendo que um dos maiores atributos desse método tem sido o foco na melhor saúde individual. Por isso, um estudo realizado em seis países latino americanos e caribenhos foi importante para mostrar que o modelo centrado na pessoa na atenção primária esteve associado com as autopercepções de saúde excelentes e muito boas em todos os países, e de acordo com os autores, foi o primeiro a encontrar essa associação. Os resultados sugeriram que para a autoavaliação de saúde, os elementos individuais apresentaram grande relevância e variaram de acordo com cada país, pois essas características diferenciaram as definições, os objetivos, as prioridades da atenção primária de cada local. E destacaram a relevância do modelo centrado na pessoa bem utilizado com intuito de melhorar a saúde da população (GUANAIS *et al.*, 2018).

A autopercepção em saúde tem sido estudada em sua associação com alterações biológicas, inclusive no nível molecular. No corpo humano para haver adaptação aos desafios da vida diária existem sistemas em que coexistem a proteção e o dano. E experiências estressantes ao longo do tempo poderiam levar a alterações fisiológicas o que aumentaria a possibilidade de o indivíduo adoecer (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012; MCEWEN; LETZ, 2013; TOMASDOTTIR *et al.*, 2016). Num estudo longitudinal de 12 meses com pacientes com asma alérgica, na Suécia, foi averiguado que a pior saúde autopercebida esteve associada com maiores níveis de imunoglobulina E (IgE) sazonal e IgE alimentar tanto em

homens quanto em mulheres independentemente da idade, do índice de massa corpórea (IMC), e sem ser reduzida pelo uso de corticosteroides ou antagonistas de receptores de leucotrienos, e não teve relação com os níveis de IgE perene ou IgE total. Entretanto quando avaliada durante o seguimento ao longo do período, o aumento da IgE perene foi associada com pior autopercepção de saúde. Além disso os resultados mostraram a significativa associação da pior atitude frente a doença com a inferior autoavaliação da saúde, trazendo uma nova informação da relação causal entre ambos, enfatizando-se a necessidade de entender os determinantes de saúde relacionados (LODIN *et al.*, 2017).

Estudos sugerem que a associação entre inflamação e situação de saúde pode ser influenciada pela disfunção mitocondrial. O declínio desta função é essencial para o desenvolvimento de doenças inflamatórias observadas em várias doenças agudas ou degenerativas, assim como no envelhecimento (LÓPEZ-ARMADA *et al.*, 2013). Assim a variação no DNA mitocondrial (DNAm) pode desempenhar um papel importante nas condições de saúde, devido a função dessa organela ser influenciada por diversos fatores de risco estando associada a desfechos de saúde. Sendo possível que o número de cópias de DNAm possa servir como biomarcador com potencial significância clínica. Foi encontrada relação positiva entre número de cópias de DNAm com melhor autopercepção em saúde após ajuste por idade, sexo e comorbidade e além disso existiram evidências da relação entre a baixa autopercepção de saúde com o menor números de cópias de DNAm (TAKAHASHI *et al.*, 2018).

Na questão do âmbito social, segundo Geib (2012), “a saúde como fenômeno social advém de um longo processo histórico sendo incorporado à Constituição da OMS em 1948 que propôs a melhora da saúde através da associação dos meios biomédicos, tecnológicos e sociais”. Cujo percurso passou pela década de 50, onde a erradicação da varíola tornou-se preponderante nos aspectos tecnológicos. Após isso, houve uma retomada do foco na comunidade no período de 1960 e 70 com educação sanitária, prevenção de doenças e a criação e ampliação de redes de atenção básica, quando os determinantes sociais voltaram à discussão, principalmente após a Conferência de Alma-Ata. Avanços e retrocessos ocorreram desde então e os anos de 1980 a 2000 foram de redução de investimentos sociais, com aumento de iniquidades na saúde. No Brasil em 2006, após a retomada da importância dos DSS pela OMS em 2005, começaram as estratégias para agir nesses determinantes (GEIB, 2012). Entretanto, este processo encontra-se em novo retrocesso com o avanço de políticas neoliberais.

Ao analisar a questão social e o capital social por Buck-McFadyen *et al.* (2019) foi

verificado que a melhor saúde física foi relacionada aos que acreditaram nas instituições, tiveram senso de pertencimento e engajamento cívico, enquanto ter acreditado nas pessoas e nas instituições foi associado à melhor saúde mental. Não foi verificada diferença entre a autopercepção de saúde dos entrevistados urbanos e rurais apesar dos últimos terem maior escore de capital social.

Por outro lado, o convívio social na forma de grupos, com participação profissional, proporcionou espaços que favoreceram a construção de significados para as políticas de saúde, trabalho em saúde e a maneira de lidar com as doenças crônicas. Demonstrando que a pluralidade das concepções da educação em saúde, uso social dos grupos legitimados por profissionais, caráter híbrido de terapia e apoio, favoreceram um modelo de relacionamento humano marcado pelo vínculo entre os indivíduos que reproduziu a ordem moral da instituição familiar baseada na cumplicidade, nos arranjos, as legitimações, as trocas e a confiança (AMARAL; TESSER; MÜLLER, 2013; MELO, 2016).

Agudelo-Suárez *et al.* (2016) evidenciaram que em países multiétnicos e multilinguísticos, como a Colômbia, a acumulação histórica de iniquidades tem impactado na saúde dos grupos étnicos minoritários levando a piores desfechos de saúde em relação a maioria da população. Introduzindo uma nova análise através dos indicadores de autopercepção na perspectiva socioepidemiológica.

Outro aspecto social é a relação da autopercepção de saúde em pessoas que vivem situações de violência. Essa exposição dos indivíduos pode acontecer de mais de uma forma de violência, a chamada polivitimização. Em estudo realizado na Estônia foi evidenciado que as mulheres que tinham sido expostas a três formas de violência, após ajuste dos fatores de confusão, tinham maior risco de reportar pior autopercepção de saúde, limitação de atividades diárias devido a problemas de saúde crônicos, sentimentos de depressão, insatisfação com a vida, estresse, preocupação devido a vida sexual e disfunção sexual (LIPPUS *et al.*, 2021; SANZ-BARBERO; BARÓN; VIVES-CASES, 2019). Quando voltado para o público adolescente, o trabalho realizado na cidade de Olinda (PE), Brasil, demonstrou a relação do comportamento violento escolar com a pior autopercepção de saúde, sentimento de tristeza, pensamentos suicidas, intimidação na escola, ser roubado na escola e falta de segurança escolar (SILVA *et al.*, 2018).

Por permitir a associação das influências sociais com o senso global de bem-estar, avaliado através do julgamento pessoal sobre a qualidade da saúde física, mental e adesão a tratamentos de saúde, a autopercepção de saúde é recomendada pela OMS para inquéritos como importante indicador da saúde populacional (ASCEF *et al.*, 2017; BRUIN; PICAUVET;

NOSSIKOV, 1996; GEIB, 2012; LATHAM; PEEK, 2012; MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015).

E em relação à avaliação da saúde das populações cobertas pela Atenção Primária à Saúde (APS), a OMS orienta a utilização da autopercepção de saúde, percepção de doença de longa duração, qualidade de vida, pois podem ser comparados com outras populações de outras nações em momentos temporais diversos sem esquecer que cada país apresenta um contexto único com vários determinantes que influenciam esse indicador subjetivo (BRUIN; PICAUVET; NOSSIKOV, 1996; PARK; LEE, 2013).

A autopercepção em saúde tem sido utilizada para a avaliação da qualidade de vida de grupos populacionais, sendo que o seu uso como instrumento de uma única questão teve bom desempenho, compatível com outras aplicações, validando-a cada vez mais (BILGEL; KARAHASAN, 2018). Boa parte dos estudos, nessa linha, têm focado em grupos específicos e uma minoria deles optou pela qualidade de vida na população geral, como os indivíduos atendidos pela atenção primária à saúde. Foi demonstrado que ter a saúde autorreferida como razoável ou ruim esteve associada à pior qualidade de vida nos domínios do WHOQOL-bref (instrumento mais resumido derivado do WHOQOL-100, mas que privilegia as características psicométricas, intencionalidade da análise de qualidade de vida) (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012; PODESTÁ *et al.*, 2013).

Dos 25 países da União Europeia (UE), anteriormente a janeiro de 2007, a autopercepção de saúde foi pior nos dez novos estados membros, com média de 61% de autoavaliação positiva da saúde, ao comparar com o resultado de 76% dos 15 membros mais antigos. Os países com a maior proporção de cidadãos com dificuldades nas atividades diárias, por doenças de longa permanência, estavam na Europa Oriental. Cerca de 25% da população da UE tem recebido tratamento médico de longo prazo para condições crônicas, somado a isso existem dificuldades culturais nas crenças dos pacientes e dos profissionais de saúde sobre seus papéis dentro da consulta em alguns países. Isso dificulta a mudança da prática clínica, a menos que os pacientes estejam dispostos a se envolverem mais com sua própria saúde, e para isso os profissionais devem estar preparados para dar suporte a eles nessa função, procurando encorajá-los a ter mais controle quando doentes, com cuidados de saúde voltados para equidade, promovendo desfechos favoráveis de saúde ao longo do tempo, podendo ser a ferramenta mais efetiva para melhorar a saúde pública (FORD-GILBOE *et al.*, 2018; LÓPEZ-TORREZ *et al.*, 2015; RUBERTON *et al.*, 2016; WHO, 2008).

No Brasil, o Projeto Bambuí foi o primeiro que utilizou a autoavaliação de saúde como desfecho em base populacional com idosos. Nele foi verificado que a autopercepção esteve

relacionada à condição socioeconômica, apoio social, saúde física, sintomas depressivos, acesso e utilização de serviços de saúde (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015). Em jovens, o estudo de Smith-Menezes e Duarte (2013), realizado em Sergipe, citou a escassez de estudos sobre esse grupo e investigou a associação de fatores citados anteriormente com a autoavaliação de saúde, tendo encontrado a escolaridade acima de oito anos e o fato de ser não fumante como fatores relacionados à autoavaliação positiva.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, no Brasil incluiu uma questão sobre autoavaliação de saúde. Das 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, sendo o resultado similar ao de 2013 (66,2%). Todavia 28,1% avaliaram, em 2019, seu estado de saúde como regular, e 5,8%, como ruim ou muito ruim. Nas grandes regiões, 71,9% da população residente do Sul avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, enquanto, no Nordeste, 56,7% declararam uma autoavaliação similar (BRASIL, 2020).

Para o Sistema Único de Saúde (SUS) a APS é a porta de entrada dos pacientes com capacidade para responder a 85% das necessidades, dos problemas de saúde da população geral, com a realização de serviços preventivos, curativos e de promoção de saúde, além de integrar os cuidados, lidar com o contexto de vida dos indivíduos. Tem sido demonstrado que a APS é mais equitativa e efetiva, mesmo em contextos de grande iniquidade social (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; BRASIL, 2009; KANG; LEE; KIM, 2019; KURSPAHIĆ-MUJČIĆ; ČALKIĆ; SIVIĆ, 2016; MILDESTVEDT *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2019; STARFIELD, 1994).

A APS favorece a formação de vínculos estreitos entre os profissionais e a população atendida, com a longitudinalidade, proporcionando a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o diagnóstico precoce. É auxiliada pelo conhecimento da comunidade em que o paciente está inserido, suas relações com o ambiente físico, social, cultural e as características da orientação comunitária, o que permite identificar as diversas inter-relações dimensionais da saúde e favorece a percepção integrada do indivíduo. Dessa forma a atenção primária promove uma importante função no processo de mudança de comportamento, ao servir como catalisadora, educar, direcionar o paciente para os recursos adequados, fornecer suporte, promover encorajamento através da longa jornada de mudanças, entender que esse processo é complexo e pouco entendido pela maioria no sistema de saúde (AGOSTINHO *et al.*, 2010; MICHIE *et al.*, 2009; PÉREZ-ROMERO *et al.*, 2016; POBLETE *et al.*, 2018; RAMOND-

ROQUIN *et al.*, 2019; WHO, 2014; WOLEVER *et al.*, 2017; YADAV *et al.*, 2020).

A maior satisfação com o serviço de APS foi associada à melhor autopercepção de saúde, justificando a reorganização do SUS por meio da ampliação da rede de serviços de APS com a Equipe de Saúde da Família (AGOSTINHO *et al.*, 2010; BRASIL, 2009; WHO, 2011). Portanto, o melhor conhecimento dos pacientes atendidos na atenção primária em relação à sua autoavaliação de saúde poderia influenciar na sua qualidade de vida, através de ações que nela impactem positivamente, realizadas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; ASCEF *et al.*, 2017).

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a autoavaliação de saúde e identificar seus fatores associados em usuários maiores de 16 anos da rede de APS em UBS de Belo Horizonte.

2 HIPÓTESE

Os usuários da APS em UBS de Belo Horizonte que avaliam melhor a sua própria saúde, teriam condições sociais, econômicas, culturais, familiares, mais favoráveis e menor exposição à violência.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a autopercepção da saúde entre usuários de UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.

3.2 Objetivos específicos

- Verificar determinantes sociais relacionados com a autopercepção positiva de saúde.
- Analisar o papel da exposição à violência na autoavaliação de saúde.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional, analítico, transversal, quantitativo, descritivo, baseado no recorte temático da percepção de saúde do banco de dados obtido pelos questionários semiestruturados, aplicados de março a dezembro de 2017, em usuários da APS de Belo Horizonte do projeto “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”.

4.2 O projeto que deu origem ao estudo

Para a realização do projeto “Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica” foi aplicado o questionário semiestruturado (ANEXO A) com 310 perguntas a partir dos temas: características pessoais e sócio familiares, trabalho, relações pessoais e comunitárias, relação do usuário com a UBS, assistência farmacêutica, assistência social, percepção de saúde, consumo de bebidas alcóolicas, matriciamento em saúde mental, atividades físicas, relações aos papéis de gênero, situações de violência na área de abrangência da unidade, enfrentamento da violência, doenças estigmatizantes.

O estudo foi realizado na cidade de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil, que apresenta o total de 152 Centros de Saúde e 589 equipes de Estratégia Saúde da Família em nove regionais de saúde. Na promoção à saúde são 78 Academias da Cidade em funcionamento (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2019).

A amostra foi obtida a partir de um plano de amostragem complexo envolvendo estratificação (nove regionais) e conglomeração em dois estágios (primeiro das UBS dentro de cada regional e segundo de usuários dentro de cada UBS), sendo selecionadas cinco UBS por regional, totalizando 45 UBS. Foram entrevistados 1125 usuários, com amostra calculada de margem de erro de 1,63%, sendo 25 usuários de cada uma dessas UBS. As entrevistas aconteceram nas UBS e os usuários selecionados por ordem de chegada, segundo tabela de número aleatórios (TNA), com critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano, ter idade maior de 16 anos, ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da atual em que fora entrevistado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) no projeto CAAE – 01140812.1.0000.5149 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Envolvendo Seres Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEPSMSA/PBH) no projeto CAAE – 01140812.1.3001.5140 com o número do parecer 1.512.402 (ANEXO C). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO D), foram informados da possibilidade de desistência de participação e do direito de sigilo durante a pesquisa. Os dados foram digitados em um banco de dados e conferidos duas vezes em momentos distintos, por pessoas diferentes.

4.3 A revisão da literatura do estudo

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando-se os descritores (DECS/MESH) seguindo a ordem de descritores nas bases MEDLINE/PubMed, LILACS em português, inglês, espanhol e francês para cada termo:

- 1) Autoimagem, *self concept, autoimagen, concept du soi*. Além dos termos livres sinônimos, relacionados, variações de grafia, siglas, acrônimos, palavras-chave indispensáveis ao conjunto de pesquisa: autopercepção de saúde, autopercepção da saúde, *self-perceived health, self perception, self perceptions, self-perception, self-perceptions*.
- 2) Centros de saúde, *health centers, centros de salud, centres de santé*.
- 3) Atenção primária à saúde, *primary health care, atención primaria de salud, soins de santé primaries*.
- 4) Pacientes, *patients, pacientes, patients*.

A seleção dos artigos foi feita a partir da leitura dos títulos e resumo a partir daqueles que citavam associação da autopercepção de saúde e determinantes de saúde.

Na Biblioteca Virtual de Saúde, sem uso de filtros, foram encontrados 209 artigos e utilizados 19. E na Pubmed, com filtro de publicações dos últimos cinco anos (2016 a 2021) e completos, foram encontrados 582 artigos e utilizados 33.

Além disso, foi feita busca nas referências dos artigos mais relacionados à temática pesquisada, assim como em teses, dissertações correlatas e pesquisa adicional ao *google scholar*.

4.4 O estudo

4.4.1 Material

Para o presente estudo a variável resposta/dependente escolhida foi a autopercepção de saúde, questão 97 (Q97) do questionário no tema “Percepção de Saúde”: “Em geral, como você avalia a sua saúde?” As alternativas de resposta foram: muito boa, boa, regular, ruim e

muito ruim. Para efeito de análise, as respostas muito boa e boa foram agrupadas como sendo percepção positiva da saúde e as respostas regular, ruim e muito ruim como sendo percepção negativa de saúde. Esse agrupamento foi feito para permitir a aplicação do modelo de regressão logística posteriormente e seguiu procedimento semelhante descrito na literatura (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015; MELO, 2016; VASCONCELLOS, 2017).

E as demais variáveis foram classificadas como explicativas/independentes como listadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis explicativas/independentes utilizadas para avaliação da autopercepção de saúde entre usuários das UBS de Belo Horizonte, MG.

Q1. Sexo

Q2. Idade

Q6. Qual é o seu estado civil?

Q8. Qual é a sua escolaridade?

Q9. Quantas pessoas moram na sua casa?

Q10. Quem é o chefe da família?

Q22. Na sua casa, existem pessoas que necessitam de cuidador?

Q23. Qual é a renda familiar?

Q25. Qual é sua ocupação?

Q26. Atualmente você trabalha em atividade remunerada?

Q66. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com familiares?

Q67. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com amigos?

Q68. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da escola?

Q69. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais de saúde?

Q70. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da assistência social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)?

Q71. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com religiosos?

Q73. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de atividades esportivas, artísticas ou religiosas, em grupo?

Q74. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?

Q75. Suas dúvidas e demandas são acolhidas pela equipe de saúde?

Q94. Você tem algum problema de saúde?

Q95. Você utiliza o SUS?

Q98. Você cuida da sua saúde?

Q99. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica?

Q100. Você costuma sentir dores pelo corpo?

Q101. Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca?

Q111. Com que frequência você consome bebida alcoólica?

Q176. Você frequenta a academia da cidade?

Q195. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade?

Q196. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?

Q197. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado?

Q218. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da Unidade?

Q219. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão física?

Q220. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão verbal?

Q221. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão moral ou psicológica?

Q222. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão sexual?

Q223. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão *bullying* (intimidação)?

Q296. Este posto de saúde/UBS desenvolve ações de prevenção da violência?

Q297. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região?

Fonte: Elaboração própria

Para efeito de análise estatística as variáveis foram recodificadas para melhorar a distribuição de frequências e foram assim distribuídas:

As variáveis Q1, Q22, Q26, Q66, Q67, Q68, Q69, Q70, Q71, Q75, Q94, Q95, Q176,

Q196, Q197, Q219, Q220, Q221, Q222, Q223, Q296, Q297, não foram modificadas.

A questão Q98 cuidar da sua saúde, frequentemente (sempre, quase sempre), dificilmente (raramente, nunca, só quando estou doente) e não informado. A questão Q100 costumar sentir dores pelo corpo e Q101 costumar sentir dores de cabeça ou enxaqueca foram agrupadas em: frequentemente (sempre, quase sempre), dificilmente (raramente, nunca), não informado.

A questão Q111 sobre frequência de consumo de bebida alcóolica foi agrupada em sim (todos os dias, alguns dias na semana, só nos finais de semana, raramente), não (nunca), não informado. Assim como a Q195 em relação ter presenciado algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade foi agrupada em sim (sempre, quase sempre), não (raramente, nunca), não informado (não informado). E a questão Q218 nos últimos 12 meses, quantas vezes ter sofrido alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da unidade como foi uma questão aberta, devido as diferentes respostas foram agrupadas em sim (≥ 1), não (nenhuma), não informado.

Tanto Q73 e Q74, participação em atividades esportivas, artísticas ou religiosas em grupo e associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares nos últimos 12 meses, as respostas foram agrupadas em três: sempre (mais de uma vez por semana), raramente (uma vez por semana, de duas a três vezes por mês, algumas vezes no ano, uma vez no ano) e nunca (nenhuma vez, não informado).

A pergunta Q99 que tratou da última vez que procurou atenção médica foi agrupada em: há menos de seis meses, entre seis a 12 meses, mais de 12 meses (entre um ano e menos de dois anos, entre dois anos e menos de três anos e três anos ou mais) e não informado.

Para Q6, estado civil, agruparam-se as respostas casado(a) ou união estável ou amasiado devido ao entendimento legal de serem equivalentes para análise, da mesma forma como divorciado(a) ou separado(a) ou viúvo(a) foram agrupados por caracterizarem situações de vida sem companheiro fixo e foi deixada separada solteiro(a) devido ao fato de estar solteiro possa ainda viver com os pais ou outras pessoas, resultando em: solteiro, casado/união estável/amasiado, divorciado/separado/viúvo e não informado.

Para Q2, idade, como a resposta foi obtida pela data de nascimento, optou-se pela classificação da OMS, utilizada pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), sendo que a primeira faixa de 15 a 24 anos da OMS e 18 a 24 anos no Vigitel foi colocada como “até 24 anos”, as seguintes ficaram: 25 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64, maior ou igual a 65 anos (BRASIL, 2019).

Em Q8, escolaridade, houve o agrupamento das respostas em: sem escolaridade

(analfabeto e ensino fundamental incompleto), ensino fundamental (fundamental completo e médio incompleto), ensino médio (médio completo e superior incompleto), ensino superior (superior completo e pós graduação) e não informado.

Sobre Q9, quantidade de pessoas que moram em casa foi uma pergunta aberta e as respostas foram reunidas em três estratos: uma, duas a três e maior ou igual a quatro pessoas. Devido a média do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Brasil em 2010 ter sido de 3,3 pessoas por domicílio e assim como Almeida-Brasil *et al.* (2017) que encontraram relação de melhor qualidade de vida quando havia convívio com até três pessoas por domicílio.

Em Q23, relativa à renda familiar, foi agrupada inicialmente em: menos de um salário mínimo (SM), de um a três SM, quatro ou mais SM (quatro a cinco SM foram agrupadas com acima de cinco SM por não terem proporção significativa perante os estratos anteriores) e não informado. Faixas similares de renda foram utilizadas por Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) e Reichert, Loch e Capilheira (2012).

Em Q25, a ocupação foi obtida por pergunta aberta e não permitiu uma classificação adequada mesmo após sua reclassificação conforme a CBO 2002 (BRASIL, 2019). Muitas respostas geraram dúvidas e, mesmo após esse processo, ficaram tantas profissões que o resultado não foi elencado para análise.

Em Q10, chefe da família, era uma questão aberta com uma ou mais respostas que foram agrupadas em: mulher, homem, mulher e homem, sem chefe e não informado.

O banco de dados foi construído e recodificado usando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20 e as análises estatísticas foram realizadas no *software R*, versão 4.0.5, R Core Team (2021).

4.4.2 Análise dos dados

A análise dos dados baseou-se nas distribuições univariadas e bivariadas para descrever o comportamento da autopercepção de saúde em relação ao perfil sócio econômico e demais aspectos listados no Quadro 1. O teste qui quadrado de homogeneidade foi utilizado para testar a afirmação de que diferentes populações (sexo, faixa etária, escolaridade, etc) têm a mesma proporção de entrevistados com avaliação positiva de saúde.

Após a análise de frequência foi realizada dicotomização para aumentar o N das categorias das variáveis qualitativas e para utilização na regressão logística, facilitando a interpretação das razões de chance.

A regressão logística é um tipo de modelo de regressão para ajustar dados binários. A variável resposta não é contínua, mas binária, e segue uma distribuição binomial. Os aspectos teóricos e práticos sobre esse modelo podem ser obtidos em Lindsey (1997).

A função logística ou logit é usada para transformar uma curva com formato S em uma reta e para mudar a amplitude da proporção de 0 a 1 para $-\infty$ a $+\infty$. Neste caso, a função logística é definida como o logaritmo natural (ln) das chances de autopercepção positiva de saúde, em que p é a probabilidade de autopercepção positiva de saúde.

Neste trabalho foi ajustado um modelo de análise de regressão logística para analisar a relação entre a probabilidade de autopercepção positiva de saúde e as variáveis explicativas referentes aos fatores sócio demográficos e clínicos (Quadro 1).

O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (autopercepção positiva de saúde) é similar as probabilidades previstas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste H_0 significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980) e Lemeshow e Hosmer (1982). Inicialmente, na fase de triagem, isto é, seleção das variáveis para o modelo final, todas as variáveis explicativas foram ajustadas individualmente com a variável resposta. Nesses ajustes, quando o teste estatístico era significativo para um nível de significância de até 25%, a variável era selecionada ao modelo final.

As variáveis que passaram pela triagem foram ajustadas simultaneamente com a variável resposta, devendo obter nesta última análise uma significância estatística a um nível de 5%, em todas as variáveis, obtendo-se, portanto, o modelo final. Foram obtidas as razões de chances (*Odds Ratio*, OR) para cada variável incluída no modelo final e seus respectivos intervalos com 95% de confiança. Para o modelo final foi testada a multicolinearidade entre as variáveis utilizando o fator de inflação da variância (VIF) (HAIR *et al.*, 1995). E foi feita a curva ROC para avaliar a habilidade diagnóstica do modelo tomando como base a área sob a curva que sintetiza a sensibilidade e a especificidade simultaneamente (MANDREKAR, 2010).

A regressão logística permite estimar a probabilidade associada à ocorrência de determinado evento em face de um conjunto de variáveis explicativas. A transformação Logit é responsável por linearizar o modelo em seus parâmetros.

$$\text{Logit} = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \sum \beta_i X_i$$

Os termos α e β_i , neste modelo, representam os parâmetros desconhecidos que serão estimados com base nos dados amostrais obtidos pelo método da máxima verossimilhança.

Desse modo, conhecendo as estimativas dos parâmetros α e β_i , e condicionando aos valores das variáveis independentes para um indivíduo, pode-se aplicar a fórmula abaixo para calcular a probabilidade deste indivíduo ter o sucesso (p).

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i X_i)}}$$

Conforme Hosmer (2013) e Machado (2016), calculamos o p para alguns cenários hipotéticos para a nossa discussão, com intuito de avaliar a probabilidade de um indivíduo com determinadas características apresentar uma avaliação positiva de saúde.

5 RESULTADOS

Para esse estudo foram utilizados como base 1125 questionários respondidos. E em relação à variável resposta (autopercepção de saúde) os dados encontrados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Autopercepção de saúde em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Em geral, como você avalia sua saúde?	n	%
Positiva	685	60,9
Negativa	416	37,0
Não informado	24	2,1
Total	1125	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A Tabela 2 traz os resultados das análises uni e bivariadas.

5.1 Descrição da amostra

Do total da amostra 73,8% foram do sexo feminino, 20,4% com idade entre 35 a 44 anos (média de idade de 44,3 anos e mediana de 44 anos). No estado civil 47,7% referiram serem casados/união estável/amasiados, na escolaridade 41,4% responderam ter o ensino médio, a renda familiar foi para 67,6% entre um a três salários mínimos (SM). Em relação ao exercício atual de atividade remunerada 51,3% responderam afirmativamente. Sobre o consumo de bebida alcoólica 63,1% responderam que não o fazem.

Em relação ao número de moradores na casa, 48,5% responderam quatro ou mais e como chefe de família 53,6% disseram ser o homem. E 91,5% disseram que não tem pessoas que necessitam de cuidador em casa.

Nas perguntas sobre se sentir à vontade para falar sobre questões pessoais com familiares, amigos, respectivamente, foi dito que sim por 70,9%, 60,7%.

A questão sobre ter algum problema de saúde foi respondida afirmativamente por 53,6%. Em relação a cuidar da própria saúde 81,5% disseram que frequentemente o fazem. Na última vez que procuraram atenção médica 77,1% o fizeram há menos de seis meses. Na questão de sentir dores no corpo 51,4% disseram frequentemente e em relação às dores de cabeça ou enxaqueca 60,3% relataram dificilmente senti-las.

Se nos últimos 12 meses com qual frequência participaram de atividades esportivas,

artísticas ou religiosas, em grupo, 45,9% responderam que nunca. De reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares 82,9% também nunca participaram. Se as dúvidas e demandas foram acolhidas pela equipe de saúde 58,1% disseram que sempre são.

Na investigação se o participante (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado 70% negaram. E quando perguntados se nos últimos 12 meses tinham sofrido alguma agressão nas formas física, verbal, moral/psicológica, sexual, intimidação, negaram respectivamente: 88,7%, 74,2%, 80,8%, 94%, 89,7%.

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sexo									
Feminino	491	59,2	319	38,4	20	2,4	830	73,8	0,0539
Masculino	194	65,8	97	32,9	4	1,4	295	26,2	
Faixa etária (em anos)									
Até 24	112	70,9	41	25,9	5	3,2	158	14,0	< 0,0001
De 25 a 34	141	68,4	57	27,7	8	3,9	206	18,3	
De 35 a 44	150	65,5	74	32,3	5	2,2	229	20,4	
De 45 a 54	113	58,5	76	39,4	4	2,1	193	17,2	
De 55 a 64	103	52,3	92	46,7	2	1,0	197	17,5	
65 ou mais	66	46,5	76	53,5	0	0,0	142	12,6	
Estado civil									
Solteiro	246	61,8	140	35,2	12	3,0	398	35,4	< 0,0001
Casado/União estável/Amasiado	351	65,4	178	33,1	8	1,5	537	47,7	
Divorciado/Separado/Viúvo	87	46,3	97	51,6	4	2,1	188	16,7	
Não informado	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	0,2	
Escolaridade									
Sem escolaridade	131	42,1	173	55,6	7	2,3	311	27,6	< 0,0001
Ensino fundamental	162	63,8	89	35,0	3	1,2	254	22,6	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continua)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Ensino médio	321	68,9	133	28,5	12	2,6	466	41,4	
Ensino superior/Pós-graduação	70	75,3	21	22,6	2	2,2	93	8,3	
Não informado	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	
Número de moradores na casa									
1	36	48,6	37	50,0	1	1,4	74	6,6	0,0806
2 ou 3	310	61,4	186	36,8	9	1,8	505	44,9	
4 ou mais	339	62,1	193	35,3	14	2,6	546	48,5	
Gênero do chefe da família									
Mulher	252	57,4	177	40,3	10	2,3	439	39,0	0,2673
Homem	380	63,0	212	35,2	11	1,8	603	53,6	
Mulher e Homem	42	63,6	22	33,3	2	3,0	66	5,9	
Sem chefe	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	0,9	
Não informado	4	57,1	3	42,9	0	0,0	7	0,6	
Existem pessoas que necessitam de cuidador na sua casa?									
Sim	49	55,1	40	44,9	0	0,0	89	7,9	0,2777
Não	633	61,5	372	36,2	24	2,3	1029	91,5	
Não informado	3	42,9	4	57,1	0	0,0	7	0,6	
Renda familiar									
Menos de 1 SM	61	45,5	68	50,7	5	3,7	134	11,9	< 0,0001
De 1 a 3 SM	463	60,9	281	37,0	16	2,1	760	67,6	
4 ou mais SM	112	74,2	36	23,8	3	2,0	151	13,4	
Não informado	49	61,3	31	38,8	0	0,0	80	7,1	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continuação)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Atualmente, você trabalha em atividade remunerada?									
Sim	379	65,7	181	31,4	17	2,9	577	51,3	0,0022
Não	296	56,5	222	42,4	6	1,1	524	46,6	
Não informado	10	41,7	13	54,2	1	4,2	24	2,1	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com familiares?									
Sim	511	64,0	275	34,5	12	1,5	798	70,9	0,0033
Não	171	54,3	140	44,4	4	1,3	315	28,0	
Não informado	3	25,0	1	8,3	8	66,7	12	1,1	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com amigos?									
Sim	439	64,3	236	34,6	8	1,2	683	60,7	0,0143
Não	244	56,7	178	41,4	8	1,9	430	38,2	
Não informado	2	16,7	2	16,7	8	66,7	12	1,1	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da escola?									
Sim	211	62,1	120	35,3	9	2,6	340	30,2	0,7976
Não	462	61,0	289	38,2	6	0,8	757	67,3	
Não informado	12	42,9	7	25,0	9	32,1	28	2,5	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da saúde?									
Sim	489	60,7	306	38,0	11	1,4	806	71,6	0,4585
Não	195	63,3	108	35,1	5	1,6	308	27,4	
Não informado	1	9,1	2	18,2	8	72,7	11	1,0	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continuação)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da assistência social no CRAS?									
Sim	336	60,6	211	38,1	7	1,3	554	49,2	0,6318
Não	346	62,2	201	36,2	9	1,6	556	49,4	
Não informado	3	20,0	4	26,7	8	53,3	15	1,3	
Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com religiosos?									
Sim	404	60,7	251	37,7	11	1,7	666	59,2	0,5663
Não	279	62,6	162	36,3	5	1,1	446	39,6	
Não informado	2	15,4	3	23,1	8	61,5	13	1,2	
Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de atividades esportivas, artísticas, ou religiosas, em grupo?									
Sempre	291	61,1	179	37,6	6	1,3	476	42,3	0,9590
Raramente	82	61,7	50	37,6	1	0,8	133	11,8	
Nunca	312	60,5	187	36,2	17	3,3	516	45,9	
Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?									
Sempre	28	62,2	16	35,6	1	2,2	45	4,0	0,9773
Raramente	90	61,2	54	36,7	3	2,0	147	13,1	
Nunca	567	60,8	346	37,1	20	2,1	933	82,9	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continuação)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Suas dúvidas e demandas são acolhidas pela equipe de saúde?									
Sempre	413	63,1	230	35,2	11	1,7	654	58,1	0,5164
Quase sempre	151	59,2	101	39,6	3	1,2	255	22,7	
Raramente	91	58,0	64	40,8	2	1,3	157	14,0	
Nunca	30	58,8	21	41,2	0	0,0	51	4,5	
Não informado	0	0,0	0	0,0	8	100,0	8	0,7	
Você tem algum problema de saúde?									
Sim	285	47,3	315	52,2	3	0,5	603	53,6	< 0,0001
Não	398	78,3	101	19,9	9	1,8	508	45,2	
Não informado	2	14,3	0	0,0	12	85,7	14	1,2	
Você utiliza o SUS?									
Sim	649	61,6	393	37,3	11	1,0	1053	93,6	1,0000
Não	34	61,8	21	38,2	0	0,0	55	4,9	
Não informado	2	11,8	2	11,8	13	76,5	17	1,5	
Você cuida da sua saúde?									
Frequentemente	584	63,7	325	35,4	8	0,9	917	81,5	0,0021
Difícilmente	100	51,5	91	46,9	3	1,5	194	17,2	
Não informado	1	7,1	0	0,0	13	92,9	14	1,2	
Quando foi a última vez que você procurou atenção médica?									
Há menos de 6 meses	514	59,3	349	40,3	4	0,5	867	77,1	0,0062
Entre 6 a 12 meses	116	72,0	41	25,5	4	2,5	161	14,3	
Há mais de 12 meses	55	66,3	25	30,1	3	3,6	83	7,4	
Não informado	0	0,0	1	7,1	13	92,9	14	1,2	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continuação)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Você costuma sentir dores pelo corpo?									
Frequentemente	285	49,3	283	49,0	10	1,7	578	51,4	< 0,0001
Difícilmente	400	74,9	133	24,9	1	0,2	534	47,5	
Não informado	0	0,0	0	0,0	13	100,0	13	1,2	
Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca?									
Frequentemente	233	53,8	196	45,3	4	0,9	433	38,5	< 0,0001
Difícilmente	452	66,7	219	32,3	7	1,0	678	60,3	
Não informado	0	0,0	1	7,1	13	92,9	14	1,2	
Você consome bebida alcoólica?									
Sim	254	64,5	130	33,0	10	2,5	394	35,0	0,1367
Não	424	59,7	284	40,0	2	0,3	710	63,1	
Não informado	7	33,3	2	9,5	12	57,1	21	1,9	
Você frequenta a Academia da Cidade?									
Sim	77	66,4	38	32,8	1	0,9	116	10,3	0,2873
Não	599	60,8	373	37,9	13	1,3	985	87,6	
Não informado	9	37,5	5	20,8	10	41,7	24	2,1	
Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade?									
Sim	385	59,3	255	39,3	9	1,4	649	57,7	0,0690
Não	296	64,9	156	34,2	4	0,9	456	40,5	
Não informado	4	20,0	5	25,0	11	55,0	20	1,8	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Continuação)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?									
Sim	307	58,9	208	39,9	6	1,2	521	46,3	0,1341
Não	364	63,5	202	35,3	7	1,2	573	50,9	
Não informado	14	45,2	6	19,4	11	35,5	31	2,8	
Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado?									
Sim	176	56,8	130	41,9	4	1,3	310	27,6	0,0396
Não	502	63,7	277	35,2	9	1,1	788	70,0	
Não informado	7	25,9	9	33,3	11	40,7	27	2,4	
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da Unidade?									
Não	515	62,3	301	36,4	10	1,2	826	73,4	0,4633
Sim	150	59,5	100	39,7	2	0,8	252	22,4	
Não informado	20	42,6	15	31,9	12	25,5	47	4,2	
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma agressão física?									
Sim	40	54,8	32	43,8	1	1,4	73	6,5	0,2416
Não	623	62,4	364	36,5	11	1,1	998	88,7	
Não informado	22	40,7	20	37,0	12	22,2	54	4,8	
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma agressão verbal?									
Sim	146	60,3	93	38,4	3	1,2	242	21,5	0,6120
Não	521	62,4	305	36,5	9	1,1	835	74,2	
Não informado	18	37,5	18	37,5	12	25,0	48	4,3	

Tabela 2 - Autopercepção de saúde por variável explicativa em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil. (Conclusão)

Variáveis explicativas	Como o senhor avalia a sua saúde?						Total		Valor p
	Positiva		Negativa		Não informado		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma agressão moral/psicológica?									
Sim	86	53,4	73	45,3	2	1,2	161	14,3	0,0195
Não	577	63,5	322	35,4	10	1,1	909	80,8	
Não informado	22	40,0	21	38,2	12	21,8	55	4,9	
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma agressão sexual?									
Sim	6	54,5	5	45,5	0	0,0	11	1,0	0,8456
Não	656	62,0	390	36,9	12	1,1	1058	94,0	
Não informado	23	41,1	21	37,5	12	21,4	56	5,0	
Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma agressão <i>bullying</i> (ou intimidação)?									
Sim	32	53,3	27	45,0	1	1,7	60	5,3	0,1970
Não	631	62,5	367	36,4	11	1,1	1009	89,7	
Não informado	22	39,3	22	39,3	12	21,4	56	5,0	
Este posto de saúde/UBS desenvolve ações de prevenção da violência?									
Sim	44	57,9	31	40,8	1	1,3	76	6,8	0,1181
Não	186	57,6	132	40,9	5	1,5	323	28,7	
Não sei	447	63,9	245	35,1	7	1,0	699	62,1	
Não informado	8	29,6	8	29,6	11	40,7	27	2,4	
Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência que atue aqui na região?									
Sim	67	59,8	44	39,3	1	0,9	112	10,0	0,7254
Não	601	62,0	357	36,8	11	1,1	969	86,1	
Não informado	17	38,6	15	34,1	12	27,3	44	3,9	
Total	685	60,9	416	37,0	24	2,1	1125	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Análise bivariada

A relação entre a variável resposta e as explicativas evidenciou na análise bivariada que autopercepção de saúde teve associação significativa com: Q2 faixa etária, Q6 estado civil, Q8 escolaridade, Q23 renda familiar, Q26 atividade remunerada, Q66 falar com familiares, Q67 falar com amigos, Q94 ter problemas de saúde, Q98 cuidar da própria saúde, Q99 última vez ao médico, Q100 sentir dores no corpo, Q101 sentir dores de cabeça/enxaqueca, Q197 ter parente ou familiar próximo assassinado, Q221 nos últimos 12 meses ter sofrido agressão moral/psicológica.

Dentre essas variáveis citadas anteriormente a autopercepção de saúde positiva teve maior proporção: nas faixas etárias mais jovens, que atingiu 70,9% até os 24 anos, no estado civil casado/união estável/amasiado (65,4%), aumentou conforme o grau de escolaridade sendo 75,3% naqueles com ensino superior/pós graduação, com o aumento da renda familiar, sendo maior na faixa de quatro ou mais SM (74,2%), naqueles que trabalharam em atividade remunerada (65,7%), sentiram-se à vontade para falar com familiares (64%), sentiram-se à vontade para falar com amigos (64,3%), em quem não teve problema de saúde (78,3%), quem cuidou frequentemente da saúde (63,7%), foi maior para quem procurou atenção médica pela última vez entre 6 a 12 meses (72%), quem dificilmente sentiu dores no corpo (74,9%), dificilmente sentiu dores de cabeça ou enxaqueca (66,7%), não teve algum familiar ou parente assassinado (63,7%), não sofreu agressão psicológica/moral (63,5%).

5.3 Triagem para o modelo logístico

Com os resultados da análise bivariada, baseados na literatura e seguindo os objetivos do trabalho foram selecionadas, para a triagem do modelo de regressão logística, 34 variáveis candidatas.

Após realização da triagem para o modelo logístico (se $p < 0,25$), 20 variáveis foram significantes, porém a Q296 (sobre o posto de saúde/UBS desenvolver ações de prevenção da violência) foi retirada da análise por não ser possível estabelecer uma conexão entre saber se o centro de saúde tem ação de prevenção da violência e a autopercepção de saúde e devido ao percentual de desconhecimento do tópico questionado ter sido muito alto (62,1% responderam que não sabiam). Então, as 19 variáveis explicativas restantes foram selecionadas para serem analisadas no modelo de regressão logística, encontrando-se listadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis explicativas/independentes candidatas aprovadas da triagem do modelo de regressão logística em usuários das UBS de Belo Horizonte, MG, Brasil.

Q1. Sexo
Q2. Idade
Q6. Qual é o seu estado civil?
Q8. Qual é a sua escolaridade?
Q23. Qual é a renda familiar?
Q26. Atualmente você trabalha em atividade remunerada?
Q66. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com familiares?
Q67. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com amigos?
Q94. Você tem algum problema de saúde?
Q98. Você cuida da sua saúde?
Q99. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica?
Q100. Você costuma sentir dores pelo corpo?
Q101. Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca?
Q195. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade?
Q196. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade?
Q197. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado?
Q219. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão física?
Q221. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão moral ou psicológica?
Q223. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum tipo de violência: agressão <i>bullying</i> (intimidação)?

Fonte: Elaboração própria

5.4 Regressão logística

As variáveis explicativas anteriormente analisadas foram selecionadas, a partir dos resultados do modelo ajustado pela técnica de regressão logística binária e estão dispostas na Tabela 3. Para esse ajuste, tem-se a significância observada (valor p) para o teste de Hosmer-Lemeshow, os coeficientes ajustados e suas respectivas significâncias estatísticas, as

estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares com 95% de confiança.

Tabela 3 - Modelo final de análise de regressão logística: autopercepção de saúde entre usuários da UBS em Belo Horizonte, MG, Brasil, segundo variáveis explicativas.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)	VIF
Modelo: Autopercepção de saúde positiva (Hosmer, Lemeshow, p = 0,683)			
Estado Civil	0,366 (0,009)	1,443 (1,098 ; 1,896)	1,010
Escolaridade	0,669 (<0,0001)	1,953 (1,483 ; 2,571)	1,017
Você tem algum problema de saúde?	1,306 (< 0,0001)	3,693 (2,756 ; 4,950)	1,070
Você cuida da sua saúde?	-0,698 (<0,0001)	0,498 (0,345 ; 0,718)	1,079
Quando foi a última vez que você procurou atenção médica?	-0,382 (0,035)	0,682 (0,478 ; 0,974)	1,062
Você costuma sentir dores pelo corpo?	0,666 (<0,0001)	1,947 (1,461 ; 2,595)	1,091
Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca?	0,413 (0,005)	1,512 (1,135 ; 2,014)	1,085

Legenda: OR = *Odds Ratio* / IC = Intervalo de Confiança / VIF = *Variance Inflation Factor*

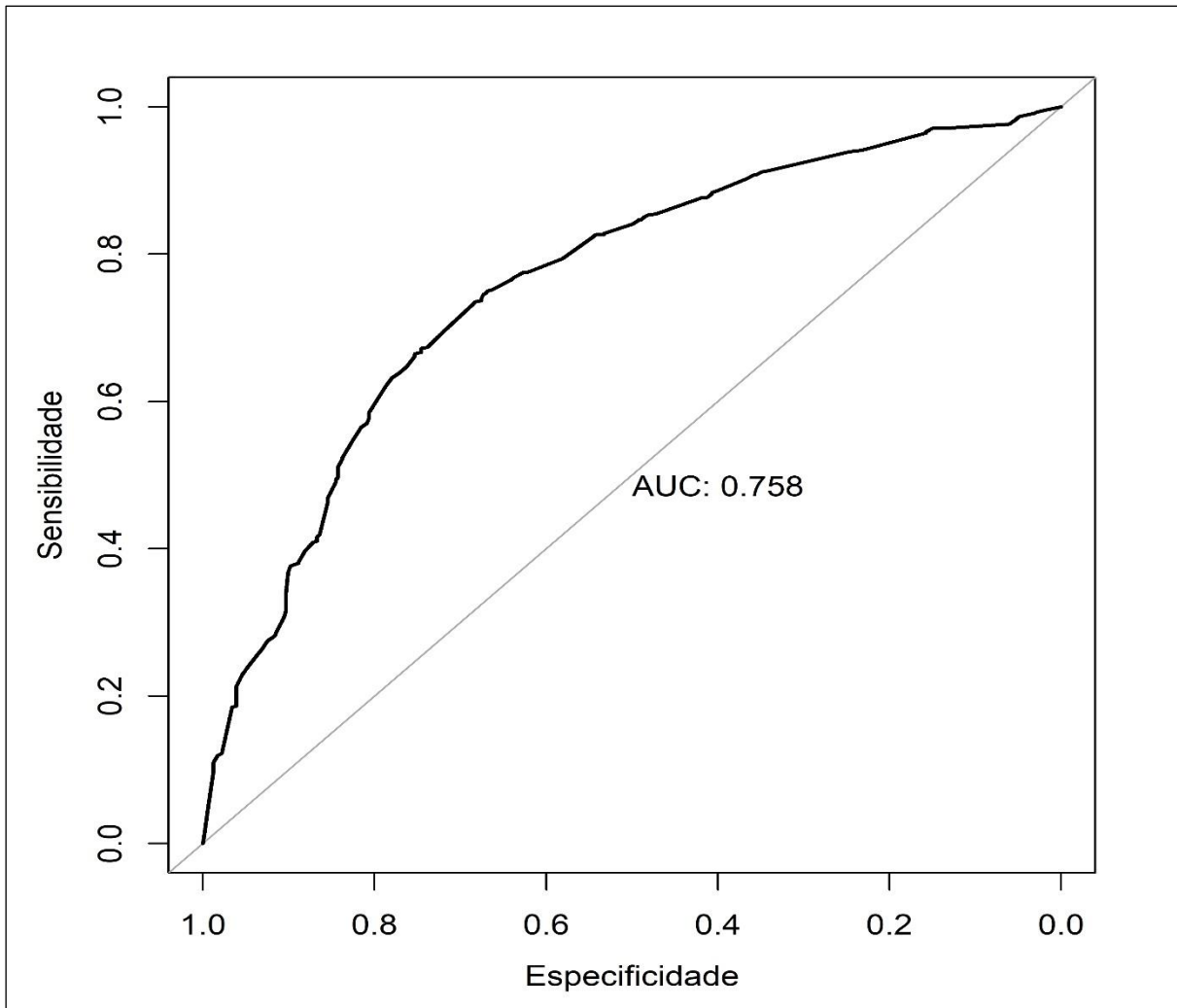
Fonte: Dados da pesquisa.

Houve investigação da multicolinearidade para verificar possíveis preditores que estivessem contribuindo para aumentar a variância. A Tabela 3 mostrou que todas as variáveis obtiveram fator de inflação de variância abaixo de dez, conforme Hair *et al.* (1995), portanto foi descartada a possibilidade da presença de multicolinearidade.

A partir das sete variáveis que foram estatisticamente significativas na regressão logística, construiu-se a curva ROC para avaliar a performance diagnóstica do modelo a partir da área sob a curva (*area under the curve* = AUC) (MANDREKAR, 2010). A Figura 1 apresenta o resultado satisfatório ou aceitável de 0,758 para representar o poder

classificatório, conforme Hosmer, Lemeshow e Sturdivant (2013).

Figura 1 - Curva ROC e AUC do modelo final de regressão logística.



Fonte: Dados da pesquisa.

No modelo, verificou-se que a variável resposta "autopercepção positiva de saúde" foi explicada pelas variáveis: "Estado civil", "Escolaridade", "Você tem algum problema de saúde?", "Você cuida da sua saúde?", "Quando foi a última vez que você procurou atenção médica?", "Você costuma sentir dores pelo corpo?", "Você costuma sentir dores de cabeça ou enxaqueca?"

E esse modelo mostrou que:

a) a chance de autopercepção de saúde positiva aumentou em:

- 44,3% se o paciente fosse casado ou vivesse maritalmente com alguém;
- 95,3% se o paciente estudasse pelo menos o ensino médio;
- 269,3% se o paciente não tivesse problemas de saúde;
- 94,7% se o paciente não sentisse dores no corpo;

- 51,2% se o paciente não sentisse dor de cabeça.
- b) a chance de autopercepção de saúde positiva reduziu em:
- 50,2% se o paciente não cuidasse da saúde;
 - 31,8% se o paciente fosse à consulta médica com menos de seis meses.

5.5 Cenários Caracterizadores

A partir desses resultados foram avaliados os cenários hipotéticos para cálculo da razão de chances de uma pessoa com as características descritas no cenário ter uma avaliação positiva de saúde. Nas simulações de cenários foram calculadas as razões de chance com base nos fatores descritos e foram agrupados no Quadro 3.

Como pode ser visto no Quadro 3, os cenários caracterizadores dos indivíduos demonstraram que as probabilidades estimadas para a autopercepção positiva de saúde tiveram: a pessoa no cenário um com 0,94, em que se percebe grande influência das respostas favoráveis. Seguindo para o indivíduo no cenário quatro com 0,91, uma resposta desfavorável (sentindo enxaqueca ou dor de cabeça) apresentou impacto no resultado. Em seguida, o paciente no cenário cinco com 0,69 com duas respostas desfavoráveis (com problemas de saúde, não cuida da própria saúde) reduziu a chance de resposta em relação à situação anterior. Passou-se para alguém no cenário três com 0,40 em que apresentou cinco respostas não favoráveis (não casada, com dores no corpo, sentindo enxaqueca ou dor de cabeça, última procura de atenção médica há menos de seis meses, não cuida da própria saúde) e por fim o sujeito no cenário dois com 0,15 em que sete cenários negativos (não casada, escolaridade até ensino fundamental, com problema de saúde, com dores no corpo, sentindo enxaqueca ou dor de cabeça, última procura de atenção médica há menos de seis meses, não cuida da própria saúde) foram apresentados. Verificou-se a diversidade de resultados dependendo da combinação das variáveis, com cada uma impactando de forma distinta.

Quadro 3 - Razões de chance de autopercepção de saúde positiva para os cinco cenários caracterizadores elaborados a partir da associação das variáveis do modelo final de regressão logística.

Cenários	Probabilidades
1. Qual a chance de uma pessoa casada, de escolaridade além do ensino fundamental, que não tenha problemas de saúde, cuida da própria saúde, ter procurado atenção médica há mais de seis meses, não sentir dores no corpo, sem sentir enxaqueca ou dor de cabeça e ter autopercepção positiva de saúde?	0,9420
2. Qual a chance de alguém não casado, escolaridade até ensino fundamental, com problemas de saúde, não cuidando da própria saúde, ter procurado atenção médica há menos de seis meses, sentir dores pelo corpo, sentir enxaqueca ou dor de cabeça e ter autopercepção positiva de saúde?	0,1527
3. Qual a chance de uma pessoa não casada , escolaridade até ensino fundamental, sem problemas de saúde, com dores no corpo, sentindo enxaqueca ou dor de cabeça, que a última procura de atenção médica faz menos de seis meses, não cuida da própria saúde ter autopercepção positiva de saúde?	0,3995
4. Qual a chance de uma pessoa casada, escolaridade além do ensino fundamental, sem problemas de saúde, sem dores no corpo, sentindo enxaqueca ou dor de cabeça , que a última procura de atenção médica faz mais de seis meses, cuida da própria saúde ter autopercepção positiva de saúde?	0,9149
5. Qual a chance de uma pessoa casada, escolaridade além do ensino fundamental, com problemas de saúde , sem dores no corpo, sem sentir enxaqueca ou dor de cabeça, que a última procura de atenção médica faz mais de seis meses, não cuida da própria saúde ter autopercepção positiva de saúde?	0,6866

Fonte: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise univariada

O perfil da amostra deste estudo teve maioria do sexo feminino de usuários (73,8%), representando bem o público que no geral frequenta o centro de saúde da atenção primária, resultado similar ao estudo de Brandao, Giovanella e Campos (2013) em que obtiveram 84% de mulheres. Deve-se lembrar que os serviços e atividades da atenção primária historicamente foram voltados ao público materno infantil, com diversas ações prioritárias para esses grupos. No geral nota-se que as mulheres além de cuidarem mais da própria saúde, responsabilizam-se e organizam atendimentos para seus familiares e amigos (BRANDAO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Em relação à autopercepção de saúde não houve diferença significativa entre os sexos na amostra avaliada em concordância com os achados do estudo feito comparando japoneses e sul coreanos (PARK; LEE, 2013). Assim como Herrero *et al.* (2005), em Guadalajara, não encontraram diferença entre os sexos em relação a autopercepção de saúde, acreditando que seja pela relativa juventude da amostra do estudo (média de 59 anos IC95%: 58,6-60,3 com 43,8% da amostra entre 44 a 55 anos). Corroborando com esses achados, Borim, Barros e Neri (2012) não verificaram diferença entre as frequências de homens e mulheres que avaliaram a saúde de forma positiva ou negativa. Entretanto Reichert, Loch e Capilheira (2012) encontraram que as mulheres adultas e idosas perceberam de maneira mais negativa sua saúde em relação aos homens e quando avaliados adolescentes não constataram diferenças entre os sexos. E por outro lado Bilgel e Karahasan (2018) verificaram que os homens tiveram menor probabilidade de utilizar cuidados preventivos e foram mais otimistas na sua autopercepção da saúde que as mulheres. Por tanto maior investigação do papel do sexo na autopercepção de saúde ainda é necessária.

A autopercepção de saúde foi respondida como positiva por 60,9% da amostra desta pesquisa, assim como obtido por Ascef *et al.* (2017) em que 57% avaliaram sua saúde como muito boa ou boa e de forma semelhante Almeida-Brasil *et al.* (2017) encontraram que 58% auto referiram a saúde como boa ou excelente. Na mesma linha, Agostinho *et al.* (2010) obtiveram que 78,3% (IC95%: 74,9-81,3%) dos avaliados responderam-na como boa. Pela PNS do IBGE, do ano de 2019, das 159,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais de idade, 66,1% autoavaliaram sua saúde como boa ou muito boa, sendo o resultado similar ao do ano de 2013 que foi de 66,2% (BRASIL, 2020).

Por outro lado, Reichert, Loch e Capilheira (2012) mostraram que nos adultos a proporção de resposta negativa foi de 22,3% (IC95%: 20,8%-23,9%). Esses estudos apresentaram resultados similares aos encontrados nesta pesquisa, podendo estar mais relacionado ao perfil da população estudada com a combinação de diversos fatores (condições de vida, trabalho, psicossociais, econômicos, culturais e comportamentos individuais) associados ao entendimento subjetivo que cada indivíduo tem da sua saúde (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017; AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012).

Embora não estudada neste trabalho, há autores que mostraram a associação da qualidade de vida com a autopercepção de saúde. Como Azevedo, Friche e Lemos (2012) em que 53,6% dos indivíduos avaliaram a sua saúde como boa ou muito boa e verificaram a relação dos que se perceberam como saudáveis (77,3%) com aqueles que apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida pelo WHOQOL-bref. Relatando que não encontraram nenhum estudo na literatura que tenha procurado essa associação. Por sua vez, quando investigada, a saúde autorreferida razoável ou ruim foi associada com pior qualidade de vida em todos os domínios do WHOQOL-bref (ALMEIDA-BRASIL *et al.*, 2017).

6.2 Análise bivariada

6.2.1 Com significância estatística

A idade média da amostra estudada foi de 44,3 anos, com mediana de 44 anos, semelhante a amostra analisada por Brandao, Giovanella e Campos (2013) que encontraram uma média de 30 a 39 anos. E em relação à autopercepção de saúde positiva houve maior proporção nas faixas etárias mais jovens com destaque para aqueles que tinham até 24 anos, resultado verificado também por Agostinho *et al.* (2010) em que os indivíduos na faixa etária de 18 a 45 anos perceberam a saúde como melhor do que os com idade superior aos 46 anos. Assim como Herrero *et al.* (2005) e Reichert, Loch e Capilheira (2012) encontraram que quanto mais a idade avançava, a prevalência de autopercepção regular/ruim aumentava. Inclusive Reichert, Loch e Capilheira (2012), mesmo considerando somente os adultos de 20 a 64 anos, perceberam a permanência da relação progressiva da idade com a pior autopercepção da saúde.

Nos estudos realizados com idosos, a maior parte deles relatou a autopercepção de saúde como regular a ruim, mesmo quando realizados em cidades com perfis socioeconômicos diferentes como o estudo em idosos comparando Campinas (SP) e Belém

(PA), em que na primeira cidade houve maior avaliação da saúde como positiva em relação à segunda (MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015). Os autores Reichert, Loch e Capilheira (2012) sugeriram que essa relação da pior autopercepção da saúde com o envelhecimento ocorreria pelo aumento da incidência de doenças ao avançar da idade e que haveria uma associação da concepção de saúde pelos indivíduos como a ausência de doença.

A renda familiar, para 67,6% da amostra estudada, foi de um a três salários mínimos (SM), semelhante ao perfil de renda encontrado por Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) na amostra da cidade de Belém (PA) com renda familiar < 1 a 3 SM (65,5%), enquanto houve diferença com Campinas (SP) em que 45,8% estavam nessa faixa de renda. Assim como encontrado por Agostinho *et al.* (2010) em que as classes C, D e E continham 55,3% dos entrevistados, também apresentaram resultados compatíveis Reichert, Loch e Capilheira (2012) em que os adultos os níveis econômicos C, D e E corresponderam a 74,8%.

A proporção de indivíduos com autopercepção positiva de saúde diminuiu com a redução da renda, com 74,2% para quatro ou mais SM, 45,5% para menos de um SM na amostra estudada. Achados semelhantes foram encontrados por Brasil (2020) em que o grupo com renda per capita mais elevada apresentou 86,4% a própria saúde como boa ou muito boa, em contrapartida aqueles sem rendimento ou até um quarto do salário mínimo, somente 55,5% tiveram a mesma percepção. Com resultados semelhantes Bilgel e Karahasan (2018), na Turquia, considerando todos os quintis de renda verificaram que os entrevistados que estiveram na base inferior dos quintis tenderam a reportar níveis pessimistas de saúde. Os autores do estudo relacionaram a autopercepção negativa de saúde com o fato de diversos fatores como má nutrição, cuidado inapropriado, riscos de saúde relacionados em residir em áreas que usam aquecimento não ecológico de baixo custo. Portanto é importante frisar que a saúde do indivíduo não é afetada somente pela sua condição socioeconômica, mas pelas condições macroeconômicas no qual está inserido, além das estruturais oferecidas pela sociedade (MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015).

Seguindo essa lógica, o fato de atualmente trabalhar em atividade remunerada, apresentou associação com autopercepção de saúde positiva. Assim como em Brasil (2020) em que 73,8% avaliaram sua saúde como boa ou muito boa, enquanto aqueles que estiveram fora da força de trabalho somente 51,3% avaliaram de forma positiva. Resultado em conformidade com Agostinho *et al.* (2010) em que a boa autopercepção esteve relacionada com os indivíduos que estavam empregados (32%; IC95%: 28-36%; $p < 0,001$). Park e Lee (2013) encontraram que a situação de estar empregado esteve associado positivamente com a autoavaliação da saúde dos sul coreanos na quarta e quinta década de vida (OR=1,520;

$p < 0,05$). Uma hipótese que pode ser considerada é a de que além de impactar na renda e na própria sobrevivência, haveria uma autoestima mais elevada entre esses indivíduos. Por outro lado, a autopercepção de saúde positiva poderia aumentar a inserção econômica e social deles.

A autopercepção de saúde positiva teve relação com a questão de se sentir à vontade para conversar sobre questões pessoais com familiares (64%) e amigos (64,3%). Esse resultado concorda com o de Poblete *et al.* (2018), em estudo realizado no Chile, em que verificaram que o maior apoio social teve forte relação com a melhor autopercepção de saúde. Demonstraram que existe um potencial a ser trabalhado em intervenções que aumentem esse tipo de apoio e assim obtenham melhores resultados na saúde, além de focar somente num problema específico.

Em estudo realizado na Coreia do Sul foi feita a análise da autoavaliação de saúde com relação à comunicação familiar, e foi verificada que a boa autopercepção de saúde aumentou em esposas quando ambos os cônjuges referiram altos níveis de comunicação familiar. Entretanto, com relação aos maridos, essa relação anteriormente referida não foi significativa. Deve ser lembrado que o intenso diálogo familiar facilitaria a interação entre seus membros e poderia, positivamente, influenciar na sua condição mental (KANG; LEE; KIM, 2019). Observando-se então que a presença de relações amistosas com familiares e amigos possam favorecer o apoio social, impactando positivamente na autoavaliação de saúde.

Não ter tido algum familiar ou parente que foi assassinado (63,7%; $p=0,0396$) e nos últimos 12 meses não ter sofrido agressão moral/psicológica (63,5%; $p=0,0195$), tiveram associação significativa com a autopercepção positiva de saúde. No desfecho oposto Andrade, Azeredo e Peres (2020) verificaram que a violência interpessoal, comunitária/por desconhecidos, isolada teve relação com autopercepção da saúde regular ($OR=1,38$) e ruim ($OR=1,79$). Também mostrando essa relação Petersson *et al.* (2021) constataram que o relato de violência emocional, física, sexual, durante toda a vida da pessoa reduziu a autoavaliação de saúde para razoável ou ruim, comparado aos que não foram vítimas.

Abordando esse tema, que engloba a segurança e justiça associada à saúde, WHO (2010) apresentou como abordagem deste DSS que as taxas de violência, assim com o número de doenças e ferimentos tendem a aumentar em populações cujo sistema igualitário foi deficiente, somado à questão da prevalência de doenças mentais estarem ligadas à violência, ao crime e ao encarceramento.

Aspectos como o entendimento sobre o tema, coragem profissional, vontade de abordar o assunto, receio de se expor, possam ter interferido nos resultados obtidos na amostra estudada. Considerando que essa é uma relação pouco explorada na literatura, sugere-

se abordar mais esse tema em outras investigações principalmente voltadas para prevenção da violência que abordem uma combinação de conscientização, vontade para agir e repertório de estratégias de seguimento (SANZ-BARBERO; BARÓN; VIVES-CASES, 2019; TOMASDOTTIR *et al.*, 2016).

6.2.2 Sem significância estatística

Algumas das variáveis estudadas, embora não tendo tido associação com a avaliação positiva de saúde merecem ser comentadas por já terem sido descritas, apresentado associação na literatura ou pela sua importância.

Foi encontrado, sobre o número de moradores em casa, que 44,9% tinham de duas a três pessoas e 48,5% com quatro ou mais, sendo constatado que a maioria residia acompanhada. E Agostinho *et al.* (2010) obtiveram que o número médio de moradores por casa foi de 3,6 (DP=1,6), sendo relatado que ter três a cinco habitantes por moradia apresentou maior porcentagem de boa percepção de saúde (63,3%; IC95%: 59,9-66,5; p=0,022).

Sobre ter pessoas que necessitam de cuidador em casa, 91,5% responderam que não apresentaram. Essa pergunta buscou avaliar se ter alguém que necessite de cuidados poderia impactar na saúde do entrevistado. Sobre esse assunto, Rathbun, Loerzel e Edwards (2020) mostraram o empecilho social pautado na dificuldade de cuidar de si próprio devido à responsabilidade como cuidador, tanto para as crianças quanto outros entes queridos. E todos os grupos avaliados referiram que colocaram seus membros da família à frente deles mesmos, e sua saúde pessoal foi prejudicada.

Partindo para a visão de quem é cuidado, Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004) mostraram como a incapacidade de realizar atividades da vida diária, acima de duas, piorou a própria percepção da saúde. Enquanto que Borim, Barros e Neri (2012) verificaram que os idosos que moravam sozinhos apresentaram melhor autoavaliação de saúde quando comparados àqueles que viviam com duas ou mais pessoas, provavelmente por serem mais independentes, terem melhor saúde física, situação financeira relacionada à renda, sem necessitar do cuidado de terceiros e assim administrarem a si próprios com mais autonomia (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). Possivelmente, no estudo atualmente realizado, o pequeno número de pessoas que tinham alguém com necessidade de cuidado possa ter influenciado no resultado encontrado.

Em relação ao chefe de família, 53,6% responderam ser o homem, mostrando

proporção semelhante aos 59,5% de homens e 40,5% de mulheres obtidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que informou que a pessoa de referência (denominação também utilizada para chefe de família) está tendo mudança com o aumento na proporção de famílias chefiadas por mulheres no Brasil. Discute-se cada vez mais como a maior escolaridade e a participação no mercado de trabalho estão promovendo mudanças nos arranjos familiares (BRASIL, 2015).

Sentir-se à vontade para falar sobre questões pessoais com profissionais da escola, de saúde, assistência social no CRAS, com religiosos, assim como a questão se as dúvidas e demandas foram acolhidas pela equipe de saúde, não mostraram associação com a autopercepção de saúde. Entretanto, na literatura, em relação a essas questões Ruberton *et al.* (2016) mostraram que a atitude de humildade médica esteve relacionada com maior efetividade na atuação profissional, melhor saúde percebida e sendo visto como bom comunicador. E uma explicação para isso acontecer seria o fato dos médicos com atitudes humildes guiarem os pacientes a agirem na promoção de saúde. Outro ponto já relatado, sobre a relação paciente-profissional e que fez aumentar a probabilidade do usuário ter boa autopercepção de saúde, foi estar satisfeito com a última consulta (RP=1,19; IC95%: 1,11-1,27), demonstrando como a avaliação do atendimento percebido pelo indivíduo pode contribuir na qualidade dessa relação com o profissional e na percepção de saúde do sujeito (AGOSTINHO *et al.*, 2010). Por outro lado, Pérez-Romero *et al.* (2016) encontraram a relação da insatisfação do paciente, com a atenção prestada pelo médico de família, aumentando conforme a saúde foi pior percebida (RP ajustada=2,24; IC95%: 1,31-3,82). Então há evidências de que a relação entre o profissional e o cliente interfere na autopercepção de saúde do último.

Sobre a participação nos últimos 12 meses em atividades esportivas, artísticas ou religiosas, em grupo, e de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares, foi percebida a pouca participação. Por outro lado, Park e Lee (2013) verificaram o efeito positivo da atividade física na autopercepção de saúde (OR=1,244). Enquanto Quandt Xavier *et al.* (2015) demonstraram que a maioria dos indivíduos relataram não participar de nenhum grupo religioso, associação, conselho de saúde, apenas do grupo de hipertensos e diabéticos. Considerando que foi identificado que os grupos favoreceram a socialização entre seus integrantes, promoveram melhora do humor e aumento das atividades de lazer, inclusive havendo encontros entre os participantes fora do grupo. Uma abordagem mais voltada à promoção de saúde nos grupos seria mais interessante devido sua efetividade em relação à prevenção, ampliando os benefícios dos grupos sobre a

melhor qualidade de vida, apoio social, participação, autonomia e podendo melhorar a função educativa dos serviços da APS (AMARAL; TESSER; MÜLLER, 2013).

O convívio social, estudado por Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), mostrou que frequentar clubes e/ou associações, cultos religiosos e ter satisfação com relacionamentos pessoais apresentou associação com a melhor avaliação de saúde. Segundo Geib (2012), as redes sociais favoreceriam o estabelecimento de relações de solidariedade e confiança, sendo verificado sua deterioração em sociedades desiguais, promovendo uma pior situação de saúde. Seriam afetados principalmente os idosos, pois suas redes acabariam sendo o único recurso para lidar com a vida cotidiana, principalmente com as limitações de alguma doença. A dificuldade de participação na comunidade enfraqueceria sua interação social e colocaria em risco o apoio social recebido anteriormente, pois este último basear-se-ia na relação de reciprocidade, então perpetuando esse ciclo vicioso. É interessante salientar que Borim, Barros e Neri (2012) encontraram a relação da autoavaliação da saúde como muito boa e excelente naqueles que referiram não ter religião e discutiram que esse achado contrariou o senso comum, e por isso, precisaria ser melhor investigado. É possível que a amplitude da pergunta realizada pode ter dificultado sua adequada avaliação.

A utilização do SUS teve resposta negativa por 4,9% dos indivíduos. Deve-se lembrar que a entrevista foi feita na UBS (pertencente ao SUS), com usuários que tiveram pelo menos uma consulta no local antes da pesquisa, ou seja, muito provavelmente não conheciam o sistema em que estavam inseridos. Embora o percentual dos que desconheciam utilizar o SUS tenha sido pequeno é significativo pois a pesquisa aconteceu dentro de um equipamento pertencente ao SUS. Esse resultado diferiu do obtido por Herrero *et al.* (2005), em que os indivíduos avaliados diferenciaram os sistemas de saúde, sendo que 81,8% disseram que utilizavam o sistema público e 14% o público e o privado. A orientação aos usuários sobre o SUS é muito importante para a defesa dessa importante política pública, devendo fazer parte das políticas de educação em saúde. Em estudo realizado no Nepal por Yadav *et al.* (2020), os pacientes com pouca educação em saúde tiveram dificuldade em sentir-se entendidos, apoiados por cuidadores, tiveram informação insuficiente para cuidar da sua própria saúde, foram incapazes de encontrar boa informação e de entendê-la, tanto quanto saber o que fazer, não conseguindo utilizar adequadamente o sistema de saúde. Dessa forma é mister abordar mais esse tema com a comunidade, os profissionais, os pacientes.

Em relação ao consumo de bebida alcoólica 63,1% responderam que não faziam, assim como os 85% encontrados por Geib (2012). No estudo de Bilgel e Karahasan (2018) foi verificado que a autopercepção de saúde não foi afetada pelo consumo regular de bebida

alcoólica, porém quando esses indivíduos foram divididos por sexo, os homens nessa condição foram mais prováveis de terem níveis pessimistas de saúde e de recorrerem a cuidados preventivos. Sendo mister relatar que o consumo abusivo de álcool juntamente com a obesidade, fumo, sal, aumento pressão sanguínea, aumento da glicose sérica, favorecem a mortalidade prematura por condições crônicas relacionadas, tornando-se um importante alvo como verificado pela WHO (2008).

Em relação à participação da academia da cidade, que tem por objetivo promover a realização de atividade física, 87,6% referiram que não participavam. Esse resultado não permitiu afirmar sedentarismo, pois não foi questionado. A atividade física regular, na literatura, é associada à melhor avaliação de saúde. Assim como Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) cujos entrevistados belenenses que avaliaram a saúde de forma positiva disseram ser fisicamente ativos. Em estudo realizado na Turquia foi obtido que a frequência de pelo menos três vezes na semana de atividade física foi relacionada com maior otimismo sobre a autopercepção de saúde, e por sua vez a baixa assiduidade de uma a duas vezes por semana, com dez minutos de caminhada, não tiveram impacto significativo na autopercepção de saúde (BILGEL; KARAHASAN, 2018). E Oliveira *et al.* (2019), avaliando idosos, mostraram associação significativa entre a autopercepção de saúde e a autoestima, e essa por sua vez quando elevada correlacionou-se com a prática de atividades físicas moderadas e de baixa intensidade.

Por outro lado, quando analisada a autopercepção negativa foi encontrado, por Lindemann *et al.* (2019), maior prevalência para os inativos fisicamente (RP=1,29; IC95%: 1,10-1,51). Devendo-se lembrar que a realização de atividade física, associada a mudança na alimentação, uso de tabaco e álcool podem contribuir para redução de doenças crônicas (GEIB, 2012).

Não ter presenciado algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade, não conhecer alguém que foi assassinado no bairro/ou vizinhança da unidade, nos últimos 12 meses não ter sofrido alguma violência física (ou agressão) na vizinhança e/ou território da unidade, não ter tido agressão física nem verbal, nos últimos 12 meses não ter sofrido alguma agressão de intimidação, não saber se este posto de saúde/UBS desenvolvia ações de prevenção da violência, não ter conhecimento de algum movimento ou iniciativa voltada para abordagem e prevenção da violência que atue na região, não tiveram associação significativa com a autopercepção positiva de saúde. Como já citados anteriormente, Andrade, Azeredo, Peres (2020) constataram que a violência interpessoal, comunitária/por desconhecidos, isolada teve relação com autopercepção da saúde regular (OR=1,38) e ruim (OR=1,79) e Petersson *et*

al. (2021) mostraram que o relato de violência emocional, física, sexual, durante toda a vida da pessoa reduziu a autoavaliação de saúde para razoável ou ruim, comparado aos que não foram vítimas. Em Olinda (PE), Silva *et al.* (2018) avaliando estudantes observaram a associação de ter sofrido intimidação na escola com a autopercepção negativa de saúde (OR=1,85; IC95%: 1,50-2,29; $p < 0,001$).

Ainda sobre a questão de violência, a pergunta se nos últimos 12 meses tinha sofrido alguma agressão sexual, foi observado por Sanz-Barbero, Barón e Vives-Cases, (2019) que as mulheres expostas a violência físico/sexual por parceiro íntimo tiveram maior probabilidade de ter pior autopercepção da saúde. Assim como Cruz e Irffi (2019) observaram que mulheres da área urbana relataram violência do tipo sexual por pessoa conhecida e nenhuma da área rural relatou, mas quando o agressor era desconhecido, houve maior relato de violência sexual pelas mulheres da área rural em relação às da área urbana. Sendo levantada a diferença pela provável subnotificação em áreas rurais e constatado, então, que a violência sofrida por pessoa conhecida em geral reduziu a probabilidade de que a mulher julgasse a sua saúde como muito boa, associando-se ainda com a probabilidade de que a saúde fosse auto avaliada como regular. E num estudo feito na Islândia, com mulheres, foi verificado que aquelas que tinham história de violência tenderam a classificar a sua saúde como pior e referiram sintomas mais graves durante o início da gravidez, comparadas com as que não tiveram história de violência. A diferença foi altamente significativa para sintomas mentais e emocionais, incluindo preocupações, ansiedade e depressão (TOMASDOTTIR *et al.*, 2016).

Embora não evidenciada associação na população estudada, é necessário abordar o tema violência com um olhar mais acurado, atencioso, devido suas múltiplas formas, apresentações, implicações, convocando à discussão ampla, fomentando a melhor forma de mitigá-la através de medidas preventivas eficientes. Devendo-se lembrar que a violência naturalizada não é vista como tal, é necessário trazer o tema para discussão podendo nomeá-la, torná-la evidente para quem a sofre e permitir que se fale sobre ela. Como o estudo utilizou respostas objetivas dadas a um pesquisador, não permitiu saber se algumas formas não foram relatadas porque não foram identificadas ou por receio da exposição. Isso levanta a discussão sobre a cultura e ações de paz, a necessidade de esclarecimento e conscientização sobre a violência.

6.3 Regressão logística

As variáveis que mostraram associação com autopercepção positiva de saúde no

Modelo de Regressão Logística encontram-se discutidas a seguir.

O estado civil casado aumentou a chance de avaliação positiva em 44%. Lima-Costa, Firmo, Uchôa (2004) encontraram que 50,8% dos que consideraram a própria saúde positiva eram casados ou moravam juntos. Essa relação positiva da convivência com um parceiro poderia ser pelo fator protetor que uma rede social de apoio favoreceria. E nesse mesmo artigo, quando a autoavaliação de saúde dos casados (OR=1,0) foi comparada com outras situações conjugais, obteve-se pior relação nos divorciados/separados (OR=1,65; IC95%: 1,01-2,71; $p=0,035$) e viúvos (OR=1,30; IC95%: 1,02-1,68; $p=0,035$). Além disso, uma constatação interessante foi feita por Bilgel e Karahasan (2018), que não verificaram nenhum impacto do estado civil na autopercepção de saúde em toda a amostra, porém encontraram que os solteiros tiveram a menor probabilidade de realizar os cuidados preventivos, supondo que os mesmos tenderiam a ser menos conscientes e cuidadosos acerca de sua saúde em relação aos casais que poderiam monitorar o estado de saúde um do outro, persuadindo o seu parceiro a procurar cuidado médico. Outra explicação dos autores é que os solteiros tenderam a ser mais jovens na Turquia comparados aos não solteiros, sendo menos prováveis de terem vivido problemas de saúde e assim menos necessidade de terem usado o sistema de saúde. E por outro lado Park e Lee (2013) encontraram que os japoneses e sul coreanos, nas segunda e terceira décadas de vida, que viviam com um cônjuge tiveram correlação negativa com relação a autoavaliação positiva de saúde.

Abordando outra perspectiva Almeida-Brasil *et al.* (2017) que investigaram a qualidade de vida percebida por usuários constataram que viver sem companheiro (OR=-2,7; IC95%: -5,3 a -0,2; $p<0,05$) esteve negativamente associado ao domínio das relações sociais.

Como observou-se, os resultados foram muito variados, com diversos cenários podendo ter fatores subjacentes não investigados, tornando-se importante mais investigações. Uma possibilidade a ser estudada seria a mudança dos arranjos familiares, pois cada vez mais é elevado o número de famílias sem cônjuge e com filhos, sendo mais expostas à vulnerabilidade social (BRASIL, 2015).

Ter escolaridade além do ensino fundamental (maior que oito anos) aumentou em 95,3% a chance de autoavaliação de saúde positiva na amostra analisada. Esse achado confirmou o que é relatado na literatura por Brasil (2020) e Borim, Barros e Neri (2012), em que conforme aumentou-se o grau de instrução, houve maior percentual da saúde considerada boa ou muito boa. Naqueles sem instrução ou com o fundamental incompleto foi de 47,9% e com superior completo foi de 84,4% (BRASIL, 2020). Na literatura, Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) observaram que aqueles que avaliaram a própria saúde positivamente tiveram

nove ou mais anos de escolaridade. Na mesma linha Smith-Menezes e Duarte (2013) obtiveram que nos jovens com oito ou mais anos de escolaridade a probabilidade foi três vezes maior de terem melhor autoavaliação da saúde em relação aos menos escolarizados (OR ajustado=2,91; IC95%: 1,53-5,54). Bilgel e Karahasan (2018) observaram que à medida que diminuiu o grau de instrução, os níveis de autopercepção de saúde foram mais pessimistas e os indivíduos que possuíam somente educação primária tiveram menor propensão a usar os serviços de cuidados preventivos. Entretanto, não existiu evidência conclusiva sobre o impacto da educação no uso dos cuidados de saúde. Pode estar relacionada por fatores como má nutrição, cuidados inadequados, porém sabe-se que a baixa escolaridade compromete o acesso à educação em saúde, que promove a adoção de comportamentos saudáveis e mobilização social para melhoria das condições de vida (GEIB, 2012). Entretanto, Agostinho *et al.* (2010) trouxeram a contribuição de que aqueles com maior escolaridade (acima de 13 anos) tiveram 18% de boa percepção de saúde quando comparados com 30% daqueles com menor escolaridade (um a oito anos).

E quando o desfecho foi a autopercepção negativa obteve-se menor prevalência naqueles com maior escolaridade (RP=0,52; IC95%: 0,35-0,78) (LINDEMANN *et al.*, 2019). No estudo de Mantovanni, De Lucca e Neri (2015), os idosos que tiveram entre um a oito anos de escolaridade apresentaram relação com autopercepção saúde negativa. E Almeida-Brasil *et al.* (2017) obtiveram as médias de qualidade de vida menores dentre os indivíduos com até oito anos de estudo ($p < 0,001$). Discute-se a influência dos anos de estudo no processamento de informações, emprego adequado da educação em saúde, adesão ao tratamento, entendimento da relação entre as mudanças de hábitos de vida e desfechos de saúde (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004; LINDEMANN *et al.*, 2019; SMITH-MENEZES; DUARTE, 2013; YADAV *et al.*, 2020).

Não ter problema de saúde teve a maior relação positiva com a variável explicativa, aumentando em 269,3% a chance de avaliação positiva. Esse resultado está de acordo com o que já foi descrito por outros autores. Como nos participantes que referiram, em Belém (PA), o menor número de doenças crônicas e avaliaram a própria saúde de forma positiva (MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015). E em Agostinho *et al.* (2010), os que referiram ausência de doença crônica, 75,6% (IC95%: 71,8-79,1; $p < 0,001$) apresentaram autopercepção da saúde como boa. Latham e Peek (2012) estabeleceram a capacidade da autopercepção de saúde como preditor de morbidade de forma inicial, sugerindo que foi um preditor independente significativo de morbidade geral, causa específica, excluindo câncer. Sendo constatado que para todas as condições crônicas estudadas (artrite, doença cardíaca

coronariana, câncer, diabetes, doença pulmonar, acidente vascular cerebral), com exceção do câncer, a autoavaliação da saúde positiva esteve associada com a diminuição da probabilidade de adoecimento, como no caso de risco de acidente vascular cerebral (0,65). Sendo evidenciado que a sensibilidade da autopercepção de saúde estimou a mortalidade, morbidade, limitações funcionais (LINDEMANN *et al.*, 2019).

Um estudo com amostra feminina de baixo status socioeconômico na Flórida, Estados Unidos da América (EUA), mostrou que as mulheres que se auto perceberam como não saudáveis apresentaram o maior número de comorbidades. E essas condições médicas especialmente penalizaram as “não saudáveis”, fazendo com que se sentissem definidas pelas suas doenças, sugerindo o impacto que o diagnóstico da doença levaria à maior autopercepção negativa da saúde (RATHBUN; LOERZEL; EDWARDS, 2020). No estudo de Lindemann *et al.* (2019), o maior número de doenças crônicas não transmissíveis auto referidas apresentaram maior prevalência de autopercepção negativa da saúde (RP=2,40; IC95%: 2,08-2,76). Também Reichert, Loch e Capilheira (2012) demonstraram que a prevalência da autopercepção de saúde regular/ruim em adultos e idosos aumentou com o número de morbidades relatadas. Nessa mesma linha Bilgel e Karahasan (2018) encontraram relação significativa entre problemas crônicos de saúde e a pior autoavaliação da saúde, sugerindo que isso aumente o uso de medicação e a chance dos pacientes procurarem por atendimento. Mostrando nessa variável estudada a influência da concepção individual, relações pessoais, condições de vida, independência, morbidades, contato com o sistema de saúde. Portanto, observou-se que o entendimento da saúde não está restrito somente aos doentes e não doentes (BILGEL; KARAHASAN, 2018; MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

O fato de não cuidar da própria saúde reduziu a chance de sua autoavaliação positiva em 50,2% neste trabalho. A pergunta realizada abrange vários aspectos da pessoa como o autocuidado, automonitoramento, autogestão, mas ela é dependente do entendimento individual. Para sua análise foi considerado que ela se referia aos conceitos citados no sentido de promoção de saúde, prevenção de doenças e na sua relação com a autopercepção de saúde.

Rathbun, Loerzel e Edwards (2020) em trabalho realizado na Flórida (EUA), constataram que a falta de auto priorização e autocuidado foi uma das principais características das mulheres que se disseram como não saudáveis, as quais se perceberam definidas pela sua condição de saúde e medicações consumidas. Elas não se sentiram no controle de suas vidas e geralmente estavam esgotadas em cuidar dos outros em detrimento delas mesmas.

Por outro lado, foi verificado, por Kane *et al.* (2020), com adolescentes diabéticos do tipo 1, que o aumento no autocuidado foi associado com maior probabilidade da autoavaliação de saúde ser boa ou excelente (OR=1,94; IC95%: 1,19-3,15). Segundo WHO (2008), os esforços no autocuidado encorajariam os usuários a reduzirem a dependência dos profissionais através de abordagem baseada em parceria, responsabilidades em proteger sua própria saúde, diminuindo a demanda por recursos de ponta, sendo umas das melhores formas de aprimorar o cuidado consigo mesmo e assegurar a sustentabilidade futura dos sistemas de saúde.

Na mesma linha, com o automonitoramento em combinação com a técnica de mudança de comportamento de auto regulação é provável reforçar a efetividade da intervenção voltada para promover a adoção de atividade física e alimentação saudável (MICHIE *et al.*, 2009; YADAV *et al.*, 2020).

Corroborando com isso os achados de Ramond-Roquin *et al.* (2019), realizado em Quebec, em que programas de atenção primária voltados ao manejo e prevenção de patologias crônicas que apresentaram suporte à autogestão e motivação obtiveram aumento no acesso aos serviços, melhora da motivação, situação de saúde, modificação de comportamento de saúde, qualidade de vida, habilidades de autogestão, assim como o aumento da satisfação ao nível do paciente.

Uma das formas de suporte ao autocuidado com a saúde seria através do acesso aos serviços de saúde. Nesse raciocínio os resultados de Ford-Gilboe *et al.* (2018) sugeriram que melhorar o acesso ao cuidado não é o suficiente, mas a forma como é organizado e fornecido importaria ao paciente e influenciaria nos desfechos de saúde. Medeiros *et al.* (2016) mostraram a associação entre autopercepção negativa de saúde e dificuldade para utilização dos serviços de saúde, justificado pela autopercepção estar relacionada com a presença de morbidade, fragilidade e outras condições que determinam maior necessidade de procura por serviços médicos.

A telemedicina tem sido relatada como ferramenta que poderia ajudar no seguimento de pacientes crônicos, aumentando sua participação no manejo da enfermidade, como verificado por López-Torrez *et al.* (2015). Os autores verificaram que o uso dessa ferramenta promoveu ao final do estudo, elevada satisfação e melhora no nível de autopercepção de saúde.

O fato de ter procurado por atenção médica com menos de seis meses reduziu a chance de avaliação positiva em 31,8%, assim como Agostinho *et al.* (2010) encontraram que a utilização do serviço com pelo menos quatro consultas ao ano diminuiu a probabilidade de

boa autopercepção de saúde (RP=0,85; IC95%: 0,82-0,92; $p<0,001$). Sobre o número de consultas, na distribuição de frequência, a maior porcentagem dos belenenses (73,29%) que avaliaram positivamente sua saúde compareceu a apenas uma consulta médica nos últimos 12 meses (MANTOVANNI; DE LUCCA; NERI, 2015).

Analisando também o desfecho oposto Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) mostraram que os idosos de Campinas (SP) que avaliaram negativamente a própria saúde foram os que tinham ido a três ou mais consultas médicas no ano anterior (OR=2,10; IC95%: 1,01-4,38; $p=0,048$). Foram obtidos resultados condizentes com Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004), em que houve a pior autoavaliação de saúde com duas a três consultas médicas nos últimos 12 meses (OR=2,20; IC95%: 1,21-3,99) e acima de quatro (OR=2,79; IC95%: 1,53-5,09). Sendo encontrado no trabalho de Kurspahić-Mujčić, Čalkić e Sivić (2016), realizado em Sarajevo, Bósnia e Herzegovina, que através da pontuação do *Short Form Health Survey* 36 (SF-36), nos idosos acima de 65 anos, a pior percepção geral de saúde aumentou o número de visitas aos médicos de família (OR=0,960; IC95%: 0,927-0,994; $p=0,021$). Entretanto, os pacientes dessa faixa etária que eram socialmente pouco funcionais fizeram menos visitas aos seus médicos de família (OR=1,041; IC95%: 1,005-1,079; $p=0,024$), ocasionando que não resolvessem suas demandas de saúde. Mostrando assim a importância de políticas que procurem manter essas pessoas ativas e independentes, melhorando seu funcionamento social para favorecer o uso por elas dos serviços da atenção primária (KURSPAHIĆ-MUJČIĆ; ČALKIĆ; SIVIĆ, 2016).

Apesar de não abordado nesse estudo, Mantovanni, De Lucca e Neri (2015) encontraram que, em Belém (PA), houve forte associação da autoavaliação negativa com internação hospitalar por uma noite.

Não é possível dizer em que medida a pior autopercepção da saúde resulta em procura mais recente do atendimento médico ou se o fato de ter um problema de saúde, agudo ou crônico, que demandou a consulta médica, levou a pior autopercepção da saúde.

Os pacientes que não referiram sentir dores tiveram chances aumentadas em 94,7% de avaliar a autopercepção de saúde como positiva. Raggi *et al.* (2020), durante o seguimento de 5,2 anos de pacientes que não tinham relatado dor inicialmente, referir autopercepção de saúde não boa foi um dos fatores de risco para a existência de dor durante esse acompanhamento. Os que auto relataram a saúde como moderada ou ruim, tiveram a chance aumentada de desenvolver dor ao longo do acompanhamento, sendo respectivamente (OR=1,57; IC95%: 1,36-1,82; $p<0,001$) e (OR=2,20; IC95%: 1,71-2,83; $p<0,001$). Em estudo conduzido em Goiânia (GO) foi verificada relação da dor crônica em idosos com a pior

autopercepção de saúde, sendo que aqueles que perceberam negativamente a saúde tiveram maior chance de relatar dor crônica em relação aos que a avaliaram positivamente (OR=4,2; IC95%: 2,5-7,0; $p<0,0001$). Trazendo valorosa contribuição, pois verificou que aqueles que referiram uma doença, aumentaram a chance de apresentar dor crônica em quase duas vezes (OR=1,8; IC95%: 1,2-2,7; $p<0,0001$). E sobre a intensidade da dor crônica foi demonstrado que quando usada uma escala numérica de dor, os menores escores apresentaram as melhores avaliações de saúde (PEREIRA *et al.*, 2014). Demonstrando o quanto a variável dor tem relevância na autopercepção de saúde, inclusive quando analisada a dor crônica que demonstra ser importante tanto para os estudos quanto para a prática clínica, necessitando de investigação em estudos longitudinais, intervenções, abordagens, mensuração, manejo adequado para esse público (BRUIN; PICA VET; NOSSIKOV, 1996; PEREIRA *et al.*, 2014).

Não apresentar dores de cabeça ou enxaqueca foi fator positivo para autoavaliação de saúde, aumentando a chance de avaliação positiva em 51,2%. Analisando o desfecho oposto, Krøll *et al.* (2017) verificaram em pacientes que tiveram a presença de enxaqueca juntamente com cefaleia tensional e dor no pescoço, houve associação com pior autopercepção de saúde (OR não ajustado=39,2; IC95%: 13,32-115,15; $p<0,001$) comparados com controles de pacientes saudáveis. De acordo com os autores, esse foi o primeiro estudo a investigar a prevalência de enxaqueca, cefaleia tensional e dor no pescoço numa população com enxaqueca clínica e avaliar atividade física, bem estar psicológico percebido e autopercepção de saúde. Sugerem, portanto, que esses pacientes devem ter intervenções individualizadas para aumentar o nível de atividade física e melhorar os fatores anteriormente investigados.

A ausência de dores crônicas ou recorrentes como a enxaqueca, associadas a melhor autoavaliação de saúde positiva pode ser muito relevante para a abordagem clínica dos usuários que delas padecem.

6.4 Cenários caracterizadores

Os cenários caracterizadores dos indivíduos conforme Hosmer e Lemeshow (2013) e Machado (2016) permitiram verificar a probabilidade estimada da autopercepção de saúde positiva de acordo com as combinações das variáveis que interferiram em cada situação apresentada. A diversidade de situações que podem aparecer na APS necessita ser individualizadas e analisadas com esmero, indo muito além das combinações exibidas neste estudo. Existem inúmeras outras possíveis e o mais importante seria o impacto que podem promover individualmente, pois dependem de diversos fatores como o entendimento, a

percepção, o contexto, a dinâmica de vida de cada sujeito. Entender que esses fatores podem interferir na autopercepção positiva de saúde poderia trazer significativa contribuição se aplicada à prática clínica.

E é interessante notar que a averiguação dessas variáveis durante a anamnese poderia permitir ao profissional verificar concordâncias e discrepâncias entre a autopercepção avaliada durante o atendimento (pela composição dessas variáveis respondidas) em relação à autopercepção referida pelo paciente. Principalmente nessas situações discrepantes abrir-se-ia um leque de possibilidades a serem investigadas com uma escuta mais qualificada, ao procurar entender quais outros componentes estariam influenciando, como fatores sociais, ambientais, emocionais, econômicos, culturais, laborais, assédios, violências, outros.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contemplou a autopercepção de saúde dos usuários de forma quantitativa, do tipo transversal, tendo as limitações inerentes ao método. E para entender de forma mais aprofundada os questionamentos em aberto, estudos longitudinais ou qualitativos poderiam ser realizados para trazer novas contribuições.

Um ponto importante não abordado foi o tema de saúde oral, que teve associação com a autoavaliação de saúde em outros estudos, sendo sugeridas investigações no assunto.

Por outro lado, uma das qualidades desse estudo foi ter utilizado uma amostra representativa da população de usuários da APS do SUS em Belo Horizonte, dando maior credibilidade e robustez aos dados obtidos.

Quanto às associações encontradas com a autopercepção positiva de saúde, pensando em propostas de atuação do serviço de saúde, podemos dividi-las em:

a) clínicas:

- a autopercepção positiva de saúde foi associada com não sentir dores no corpo e não sentir dores de cabeça. Essas são condições que devem ser questionadas e quando presentes, avaliadas na sua intensidade, sendo passíveis de múltiplas abordagens interdisciplinares, interprofissionais no sentido de minorá-las.
- a autopercepção positiva de saúde foi negativamente associada a ter algum problema de saúde. Embora apresente uma abordagem mais limitada, pois nem sempre os problemas de saúde são evitáveis, as medidas de prevenção e promoção de saúde no sentido de evitar ou postergar o aparecimento de doenças, principalmente as crônicas, são possíveis e desejáveis. Tornando-se um alerta para o melhor acolhimento desses usuários, com escuta qualificada, baseada na atenção centrada na pessoa.

b) sociais:

- a autopercepção positiva de saúde foi positivamente associada com o fato de viver maritalmente com alguém. Embora essa seja uma condição pessoal, muita das vezes de escolha própria, conhecer a situação e arranjo são fundamentais para poder oferecer o suporte social adequado para aqueles que vivem sozinhos, podendo ter efeito benéfico na autopercepção de saúde;
- a autopercepção positiva de saúde foi positivamente associada com maior escolaridade. O profissional da assistência deve conhecer a escolaridade do indivíduo, mas precisa reconhecê-la não somente como ferramenta instrumental do

sujeito para lidar com as informações, escolhas e manejo da sua própria saúde, mas favorecendo-o a exercer seu papel social, cidadania, responsabilidade, senso crítico, interveniência. Além disso, a escolaridade pode auxiliar a forma como o serviço oferecerá o melhor cuidado construído, adequado às necessidades, capacidades e desejo do indivíduo.

c) gestão de serviços:

- a autopercepção positiva de saúde foi negativamente associada com não cuidar da própria saúde. Sendo que o cuidado da própria saúde é multifatorial, relacionado com várias habilidades e interagindo em diversas áreas, como já discutido anteriormente. E um dos aspectos que o serviço de saúde poderia atuar seria na educação em saúde apoiando o sujeito na gestão da própria saúde;
- a autopercepção positiva de saúde foi negativamente associada com consulta há menos de seis meses. Avaliar a fundo as pessoas que procuram o serviço, tentando entender seu real motivador, se é causa ou consequência por algo subjacente que provoque a demanda pela consulta, mais uma vez buscando realizar atendimentos centrados na pessoa, com espaço de fala sem interrupção, acolhimento adequado, poderia melhorar a eficiência do serviço.

Embora a violência não tenha se associado com a autopercepção em saúde no modelo final deste estudo, as experiências com elas têm um largo espectro de efeitos na saúde, devendo fazer parte de novos estudos sobre o tema. Programas efetivos para prevenir a violência são provavelmente dependentes de uma combinação de contexto de grande conscientização, vontade de agir e repertório de estratégias de seguimento.

Um dos aspectos mais importantes são ações complementares de diversos atores e setores, em que a sociedade deve realizar essa discussão para propor mudanças, não somente responsabilizando os serviços ou os indivíduos, mas responsabilizando-se por iniciativas modificadoras estruturais, culturais, socioeconômicas em formas de políticas efetivamente aplicadas e participativas.

A autoavaliação de saúde foi percebida não apenas como ausência de doença, mas também como um constructo relacionado aos aspectos sociais como as próprias redes sociais, os demográficos, culturais, econômicos e em menor magnitude, com os comportamentais, expectativas, visões de mundo, das personalidades. Apesar de muito dependente da análise subjetiva e por isso ter apresentado limitações, torna-se uma ferramenta de fácil aplicação podendo ser utilizada em pesquisa e na prática clínica visando a mortalidade, morbidade e limitação funcional. A autoavaliação de saúde não se trata somente do domínio individual e

do privado, mas também dos recursos e oportunidades sociais, portanto, merecendo ser incluída nos âmbitos políticos e nas políticas sociais.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R.; OLIVEIRA, M. C.; PINTO, M. E. B.; BALARDIN, G. U.; HARSHEIM, E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 9–15, 2010. Disponível em: <DOI: 10.5712/rbmfc5(17)175>. Acesso em: 27 junho de 2021.
- AGUDELO-SUÁREZ, A. A.; MARTÍNEZ-HERRERA, E.; POSADA-LÓPEZ, A.; ROCHA-BUELVAS, A. Ethnicity and Health in Colombia: What Do Self-Perceived Health Indicators Tell Us? **Ethnicity & Disease**, v.26, n.2, p.147-156, Spring, 2016. Disponível em: <DOI:10.18865/ed.26.2.147>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- ALMEIDA-BRASIL, C.C.; SILVEIRA, M. R.; SILVA, K. R.; LIMA, M. G.; FARIA, C. D. C. M.; CARDOSO, C. L.; MENZEL, HANS-JOACHIM K.; CECCATO, M. G. B. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p.1705-1716, 2017. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232017225.20362015>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- AMARAL, R. P. DO; TESSER, C. D.; MÜLLER, P. Benefícios dos grupos no manejo da hipertensão arterial sistêmica: percepções de pacientes e médicos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.28, p.196–202, 2013. Disponível em: <DOI: 10.5712/rbmfc8(28)762>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- ANDRADE, A. B.; AZEREDO, C. M.; PERES, M. F. T. Exposure to Community and Family violence and self-rated health in the Brazilian population. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, e200039, 2020. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497202000039>. Acesso em: 30 de julho de 2021.
- ANDRADE, F. B.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. A. O.; TEIXEIRA, D. S. C. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.10, p.1975-1985, 2012. Disponível em: <DOI:10.1590/s0102-311x2012001000014>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- ASCEF, B. O.; HADDAD, J. P. A.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; GUIBU, I. A.; COSTA, K. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; SOEIRO, O. M.; LEITE, S. N.; SILVEIRA, M. R. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.51, n. suppl.2, p.22s, 2017. Disponível em: <DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007134>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- AZEVEDO, G.P.G.C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. **Revista Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**, v.17, n.2, p.119-27, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-80342012000200004>. Acesso em: 27 de junho de 2021.
- BILGEL, F.; KARAHASAN, B. C. Self-rated health and endogenous selection into primary care. **Social science & medicine**, v.197, p.168-182, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.11.057>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.769-780, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>>. Acesso em: 29 de julho de 2021

BRANDAO, A. L. R. B S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.103-114, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100012>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). FONTOURA, N.; REZENDE, M. T.; MOSTAFA, J.; LOBATO, A. L. **Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça - 1995 a 2015**. 5p. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf>. Acesso em: 29 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. BVS. Atenção primária em saúde. **Segunda Opinião Formativa - SOF, Qual a efetividade e eficiência da APS?** Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul, 10 ago. 2009. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/qual-a-efetividade-e-eficiencia-da-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões / IBGE. **Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. ISBN 978-65-87201-33-7. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>>. Acesso em: 20 de julho de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Vigitel Brasil 2018 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2018**, Brasília, DF. 132p, 2019. ISBN 978-85-334-2705-1. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações - CBO 2002**. 420p. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbsite/pages/informacoesGerais.jsf;jsessionid>>. Acesso em: 17 de março de 2020.

BRUIN, A.; PICAVET, H. S. J.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys, towards international harmonization of methods and instruments. **World Health Organization Regional Publications European Series**, n.58, p.1-161, 1996. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107328>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

BUCK-MCFADYEN, E. B.; AKHTAR-DANESH, N.; ISAACS, S.; LEIPERT, B.; STRACHAN, P.; VALAITIS, R. Social capital and self-rated health: A cross-sectional study

of the general social survey data comparing rural and urban adults in Ontario. **Health and Social Care in the Community**, v.27, n.2, p.424-436, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1111/hsc.12662>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

CRUZ, S. M.; IRFFI, G. Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.24, n.7, p.2531-2542, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232018247.23162017>. Acesso em: 29 de julho de 2021.

FORD-GILBOE, M.; WATHEN, C. N.; VARCOE, C.; HERBERT, C.; JACKSON B. E.; LAVOIE, J. G. *et al.* How Equity-Oriented Health Care Affects Health: Key Mechanisms and Implications for Primary Health Care Practice and Policy. **The Milbank Quarterly**, v.96, n.4, p.635-671, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1111/1468-0009.12349>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.123-133, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fbHvqCDM5Hcx5VKY3SXXXjP/?format=pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

GUANAIS, F.; DOUBOVA, S. V.; LESLIE, H. H.; PEREZ-CUEVAS, R.; GARCÍA-ELORRIO, E.; KRUK, M. E. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross sectional survey. **PloS Medicine**, v.15, n.10, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1371/journal.pmed.1002673>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

HAIR, J. F. JR.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; Black, W. C. **Multivariate Data Analysis**. 3rd ed, New York: Macmillan, 1995. Disponível em <https://www.researchgate.net/post/Multicollinearity_issues_is_a_value_less_than_10_acceptable_for_VIF> acesso em 27 de julho de 21.

HERRERO, A. D.; BLANCO, M. J. N.; PÉREZ, Á. H.; ALCÁZAR, A. H.; PERTEGUER, R. M. Calidad de vida autopercebida y satisfacción de los sujetos de 40 a 85 años en el Área de Salud de Guadalajara. **Revista Clínica de Medicina de Familia**, v.1, n.1, p.26-31, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169617604005>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

HOSMER JR, D.W.; LEMESHOW, S.; STURDIVANT, R.X. **Applied logistic regression**. 3 ed, New York: John Wiley & Sons, 2013.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. **Communications in Statistics**, A10, p.1043-1069, 1980.

KANE, N. S.; HOOGENDOORN, C. J.; COMMISSARIAT, P. V.; SCHULDER, T. E.; GONZALEZ, J. S. Glycemic control and self-rated health among ethnically diverse adolescents with type 1 diabetes. **Pediatric Diabetes**, v.21, n.1, p.69-76, 2020. Disponível em: <DOI: 10.1111/pedi.12928>. Acesso em: 29 de julho de 2021.

KANG, S. Y.; LEE, J. A.; KIM, Y. S. Impact of family communication on self-rated health of couples who visited primary care physicians: A cross-sectional analysis of Family Cohort

Study in Primary Care. **PloS One**, v.14, n.3, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1371/journal.pone.0213427>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

KIYAK, H. A. Age and culture: influences on oral health behaviour. **International Dental Journal**, v.43, n.1, p.9-16, 1993. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8478130/>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

KRØLL, L. S.; HAMMARLUND, C. S.; WESTERGAARD, M. L.; NIELSEN, T.; SLOTH, L. B.; JENSEN, R. H.; GARD, G. Level of physical activity, well-being, stress and self-rated health in persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. **The Journal of Headache and Pain**, v.18, n.1, p.46, 2017. Disponível em: <DOI 10.1186/s10194-017-0753-y>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

KURSPAHIĆ-MUJČIĆ, A.; ČALKIĆ, M.; SIVIĆ, S. Impact of self-rated health among elderly on visits to family physicians. **Medicinski glasnik: official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton**, v.13, n.2, p.161-166, 2016. Disponível em: <DOI: 10.17392/857-16>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LATHAM, K.; PEEK, C.W. Self-Rated Health and Morbidity Onset Among Late Midlife U.S. Adults. **The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v.68, n.1, p.107–116, 2013. Disponível em: <DOI:10.1093/geronb/gbs104>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D.W. A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models. **American Journal of Epidemiology**, v.115, n.1, p.92-106, 1982.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-34, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LINDEMANN, I.L., REIS, N.R., MINTEN, G.C., MENDOZA-SASSI, R.A. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.1, p.45-52, 2019. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232018241.34932016.>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LINDSEY, J. K. **Applying generalized linear models**. New York: Springer. 1997
LIPPUS, H.; LAANPERE, M.; PART, K.; RINGMETS, I.; KARRO, H. Polyvictimization and the Associations Between Poor Self-Perceived Health, Dissatisfaction With Life, and Sexual Dysfunction Among Women in Estonia. **Journal of Interpersonal Violence**, v.36, n.7-8, p.3922-3940, 2021. Disponível em: <DOI: 10.1177/0886260518780412>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LODIN, K; LEKANDER, M.; SYK, J.; ALVING, K.; ANDREASSON, A. Associations between self-rated health, sickness behaviour and inflammatory markers in primary care patients with allergic asthma: a longitudinal study. **Primary Care Respiratory Medicine**, v.27, n.1, p.67, 2017. Disponível em: <doi:10.1038/s41533-017-0068-0>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

LÓPEZ-ARMADA, M. J.; RIVIERO-NAVEIRA, R. R.; VAAMONDE-GARCÍA, C.;

VALCÁRCEL-ARES, M. N. Mitochondrial dysfunction and the inflammatory response. **Mitocondrion**, v.13, n.2, p.106-118, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.mito.2013.01.003>>. Acesso em: 30 de julho de 2021.

LÓPEZ-TORRES, J.; RABANALES, J.; FERNÁNDEZ, R.; LÓPEZ, F. J.; PANADÉS, L.; ROMERO, V. Resultados de un programa de telemedicina para pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. **Gaceta Sanitaria**, v.29, n.1, p.55-58, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.003>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MACHADO, D. F. C. A influência das redes sociais na imagem do destino e na intenção de visita. **Cultur - Revista de Cultura e Turismo**, v.10, n.2, 2016. Disponível em <<https://periodicos.uesc.br/index.php/cultur/article/view/1604>> acesso em 23 de julho de 21.

MANDREKAR, J. N. Receiver Operating Characteristic Curve in Diagnostic Test Assessment. **Journal of Thoracic Oncology**. v.5, n.9, p.1315-1316, September 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/JTO.0b013e3181ec173d>> acesso em 27 de julho de 21.

MANTOVANI, P.E.; DE LUCCA, S.R.; NERI, A.L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3653-3668, 2015. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-812320152012.20492014>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MCEWEN, B. S.; LETZ, L. Lifetime experiences, the brain and personalized medicine: An integrative perspective. **Metabolism Clinical and Experimental**, v.62, s.1, p.s20-s26, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2012.08.020>>. Acesso em: 25 de julho de 2021.

MEDEIROS, S.M.; SILVA, L. S. R.; CARNEIRO, J. A.; RAMOS, G. C. F.; BARBOSA, A. T. F.; CALDEIRA, A. P. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3377-3386, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-812320152111.18752015>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MELO, L.P. É como uma família: significados atribuídos a grupos de educação em saúde sobre diabetes por profissionais da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p.2497-2505, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-812320152118.18812015>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MICHIE, S.; ABRAHAM, C.; WHITTINGTON, C.; MCATEER, J.; GUPTA, S. Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. **Health Psychology**, v.28, n.6, p.690-701, 2009. Disponível em: <DOI: 10.1037/a0016136>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MILDESTVEDT, T.; HERIKSTAD, V. V.; UNDHEIM, I.; BJORVATN, B.; MELAND, E. Factors associated with self-rated health in primary care. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.36, n.3, p.317-322, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1080/02813432.2018.1499590>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma**

abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2005.

NAGELHOUT, G. E.; ABIDI, L.; VRIES, H. How Do Health and Social Networks Compare between Low-Income Multiproblem Households and the General Population? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.16, n.24, 4967, 2019. Disponível em: <DOI:10.3390/ijerph16244967>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

OLIVEIRA, D. V.; NASCIMENTO, M. A.; FERNANDES, A.; FRANCO, M. F.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. R. A. Self-esteem among older adults treated at basic health units and associated factors. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v.13, n.3, p.133-40, 2019. Disponível em: <DOI: 10.5327/Z2447-211520191900029>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Nova Iorque, 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30/07/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS, 2011. 56p. Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PARK, J. H.; LEE, K. S. Self-rated health and its determinants in Japan and South Korea. **Public Health**, v.127, n.9, p.834-843, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.12.012>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PEREIRA, L. V.; VASCONCELOS, P. P.; SOUZA, L. A. F.; PEREIRA, G. A.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.22, n.4, p.662-669, 2014. Disponível em: <DOI: 10.1590/0104-1169.3591.2465>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PÉREZ-ROMERO, S.; GASCÓN-CÁNOVAS, J. J.; SALMERÓN-MARTÍNEZ, D.; PARRA-HIDALGO, P.; MONTEAGUDO-PIQUERAS, O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención Primaria. **Revista de Calidad Asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial**, v.31, n.5, p.300-308, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1016/j.cali.2016.01.004>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PETERSSON, C.; SWAHNBERG, K.; PETERSON, U.; OSCARSSON, M. Experience of violence and self-rated health: Do youths disclose their experiences when visiting a Youth Centre in Sweden. **Scandinavian Journal of Public Health**, v.49, p.277-284, 2021. Disponível em: <DOI: 10.1177/1403494820921690>. Acesso em: 30 de julho de 2021.

POBLETE, F.; BARTICEVIC, N.; SAPAG, J. C.; TAPIA, P.; BASTÍAS, G.; QUEVEDO, D. *et al.* Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. **Revista Médica de Chile**, v.146, n.10, p.1135-1142, 2018. Disponível em: <DOI:10.4067/S0034-

98872018001001135>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PODESTÁ, M.H.M.C.; SOUZA, W. A.; VILAS BOAS, O. M. G. C.; MARTINS, A. D.; BRAZ, C. L.; FERREIRA, E. B. Qualidade de vida dos usuários da atenção primária à saúde: perfil e fatores que interferem. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 316-326, ago./dez. 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5033208.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde**. Belo Horizonte, MG. 2019. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude>>. Acesso em: 16 de abril de 2020.

QUANDT XAVIER, S.; CEOLIN, T.; ECHEVARRÍA-GUANILO, M. E.; DA COSTA MENDIETA, M. Concepción de salud y autocuidado de la población masculina de una Unidad Básica de Salud. **Enfermería global**, Murcia, v.14, n.40, p.44-54, oct. 2015. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria, 2021. ISBN 3-900051-07-0. Disponível em <URL <http://www.R-project.org>> acesso em 27 de junho de 21.

RAGGI, A.; LEONARDI, M.; MELLOR-MARSÁ, B.; MONETA, M. V.; SANCHEZ-NIUBO, A.; TYROVOLAS, S.; GINÉ-VÁZQUEZ, I.; HARO, J. M.; CHATTERJI, S.; BOBAK, M.; AYUSO-MATEOS, J. L.; ARNDT, H.; HOSSIN, M. Z.; BICKENBACH, J.; KOSKINEN, S.; TOBIASZ-ADAMCZYK, B.; PANAGIOTAKOS, D.; CORSO, B. Predictors of pain in general ageing populations: results from a multi-country analysis based on ATHLOS harmonized database. **The Journal of Headache and Pain**, v.21, n.45, 2020. Disponível em: <DOI:10.1186/s10194-020-01116-3>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RAMOND-ROQUIN, A.; CHOUINARD, M. C.; DIALLO, B. B.; BOUHALI, T. B.; PROVOST, S.; FORTIN, M. Chronic disease prevention and management programs in primary care: Realist synthesis of 6 programs in Quebec. **Canadian Family Physician**, v.65, n.8, p.559-566, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31413028/>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RATHBUN, K. P.; LOERZEL, V.; EDWARDS, J. Personal Perception of Health in Urban Women of Low Socioeconomic Status: A Qualitative Study. **Journal of Primary Care & Community Health**, v.11, p.1-6, 2020. Disponível em: <DOI: 10.1177/2150132720925951>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

REICHERT, F.F.; LOCH, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3353-3362, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/53t8YhndtZrCMbkZV865tdP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

RUBERTON, P. M.; HUYNH, H. P.; MILLER, T. A.; KRUSE, E.; CHANCELLOR, J.; LYUBOMIRSKY, S. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. **Patient Education and Counseling**, v.99, n.7, p.1138-

1145, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.012>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

SANZ-BARBERO, B.; BARÓN, N.; VIVES-CASES, C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. **Plos One**, v.14, n.10, e0221049, p.1-12 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.5, n.17, p.3-5, 2010. Disponível em: <DOI: 10.5712/rbmfc5(17)135>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

SILVA, B. R. V. S.; SILVA, A. O.; PASSOS, M. H. P.; SOARES, F. C.; VALENÇA, P. A. M.; MENEZES, V. A.; COLARES, V.; SANTOS, C. F. B. F. Negative self-perceived health associated with school violence in adolescents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.9, p.2909-2916, 2018. Disponível em: <DOI: 10.1590/1413-81232018239.12962018>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

SMITH-MENEZES, A.; DUARTE, M. F. S. Fatores associados à saúde positiva autorreferida em jovens ativos na região nordeste, Brasil. **Revista Brasileira Medicina Esporte**, v.19, n.1, p.8-10, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1517-86922013000100001>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v.344, n.8930, p.1129-1133, 1994. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)> Acesso em: 27 de junho de 2021.

TAKAHASHI, P. Y.; JENKINS, G. D.; WELKIE, B. P.; MCDONNELL, S. K.; EVANS, J. M.; CERHAN, J. R.; OLSON, J. E.; THIBODEAU, S. N.; CICEK, M. S.; RYU, E. Association of mitochondrial DNA copy number with self-rated health status. **The Application of Clinical Genetics**, v.11, p.121-127, 2018. Disponível em: <DOI: 10.2147/TACG.S167640>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

TOMASDOTTIR, M. O.; KRISTJANSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, A.; GETZ, L.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; OLAFSDOTTIR, O. A.; SIGURDSSON, J. A. History of violence and subjective health of mother and child. **Scandinavian journal of primary health care**, v.34, n.4, p.394-400, 2016. Disponível em: <DOI: 10.1080/02813432.2016.1249060>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

VASCONCELLOS, L.J. DE. **Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais**. 2017. 151f. dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) - Programa de Pós graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUBD-AXGGUB>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WOLEVER, R.Q.; CALDWELL, K. L.; MCKERNAN, L. C.; HILINGER, M. G. Integrative Medicine Strategies for Changing Health Behaviors: Support for Primary Care. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v.44, n.2, p.229-245, 2017. Disponível em: <doi: 10.1016/j.pop.2017.02.007>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde / Rio declaration on social determinants of health**. World Health Organization. Rio de Janeiro. World Health Organization. 21 oct. 2011. 7p. Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 265 p., Switzerland, 2014. ISBN 978 92 4 156485 4. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;sequence=1>. Acesso em: 27 de junho de 2021.


WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Government of South Australia. Adelaide Statement on Health in All Policies**. Adelaide: WHO, 2010. 4p. ISBN 9789241599786 Disponível em: <https://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Where are the patients in decision-making about their own care?** Regional Office for Europe, Health Evidence Network, European Observatory on Health Systems and Policies. COULTER, A.; PARSONS, S.; ASKHAM, J. *et al.* Regional Office for Europe. Estonia, 18p, Jun. 2008. ISSN 1997-8073. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107980>>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

YADAV, U. N.; LLOYD, J.; HOSSEINZADEH, H.; BARAL, K. P.; BHATTA, N.; HARRIS, M. F. Levels and determinants of health literacy and patient activation among multi-morbid COPD people in rural Nepal: Findings from a cross-sectional study. **PloS One**, v.15, n.5, p.1-16, 2020. Disponível em: <DOI:10.1371/journal.pone.0233488>. Acesso em: 27 de junho de 2021.

ANEXO A – Questionário para os usuários da Atenção Básica de Saúde

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

 <p>Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência</p>	Questionário n°:
	Regional:
	UBS:
	Data:
Nome do entrevistador:	

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

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quais os tipos de **trabalho infantil** que você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade?

208. Prestação de serviços/comércio () 1. Sim () 2. Não
 209. Doméstico () 1. Sim () 2. Não
 210. Nas ruas () 1. Sim () 2. Não
 211. Exploração Sexual () 1. Sim () 2. Não
 212. Tráfico de Drogas () 1. Sim () 2. Não
 213. Artístico () 1. Sim () 2. Não
 214. Desportivo () 1. Sim () 2. Não
 215. Religioso () 1. Sim () 2. Não
 216. Mendicância () 1. Sim () 2. Não
 217. Outros. Quais? _____ () 888. Não se aplica.

218. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma **violência física (ou agressão)** na vizinhança e/ou território da Unidade?

Nos últimos 12 meses você sofreu algum tipo de violência?

219. Agressão física () 1. Sim () 2. Não
 220. Agressão verbal () 1. Sim () 2. Não
 221. Agressão moral ou psicológica. () 1. Sim () 2. Não
 222. Agressão sexual () 1. Sim () 2. Não
 223. *Bullying* (intimidação) () 1. Sim () 2. Não

Atenção: Se respondeu TODAS as questões NÃO, pule para a questão 290

(Observação: NSA = NÃO SE APLICA)

A **violência física (ou agressão)** mais grave que você sofreu nos últimos doze meses foi cometida por:

224. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 225. Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 226. Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 227. Com algum tipo de objeto/substância de ferro, pedra, outros, etc. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 228. Envenenamento. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 229. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe **agrediu fisicamente**?

230. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 231. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 232. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 233. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 234. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 235. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 236. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 237. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 238. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 239. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 240. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 241. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quem lhe **agrediu verbalmente**?

242. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 243. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 244. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 245. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 246. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 247. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 248. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 249. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 250. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 251. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 252. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 253. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe **agrediu moral ou psicologicamente**?

254. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 255. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 256. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 257. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 258. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 259. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 260. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 261. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 262. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 263. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 264. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 265. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe **agrediu sexualmente**?

266. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 267. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 268. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 269. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 270. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 271. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 272. Profissional educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 273. Profissional educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 274. Profissional serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 275. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 276. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 277. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

Quem lhe **submeteu bullying ou intimidação**?

278. Familiar. Quem? _____ () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 279. Chefe ou colega de trabalho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 280. Bandido, ladrão ou assaltante. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 281. Polícia. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 282. Profissional de saúde (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 283. Profissional de saúde (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 284. Profissional da educação (serviço público) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 285. Profissional da educação (serviço privado) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 286. Profissional do serviço judiciário () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 287. Vizinho. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 288. Desconhecido. () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA
 289. Outro. Especifique: _____ () 888. NSA

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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

Agradecemos muito pela sua colaboração e disponibilidade!

ANEXO B – Aprovação do COEP/UFMG

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

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

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

DECISÃO

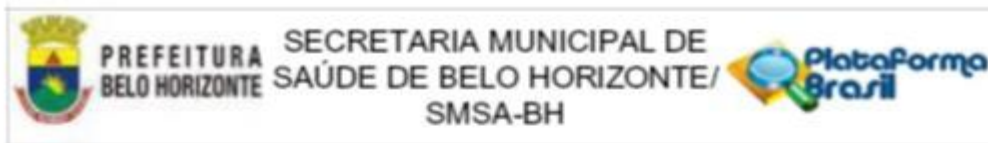
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 30 de maio de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Teresa Marques Amaral', is written over a faint, illegible stamp.

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

ANEXO C – Aprovação do CEPSMSA/PBH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Elza Machado de Melo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 01140812.1.3001.5140

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.512.402

Apresentação do Projeto:

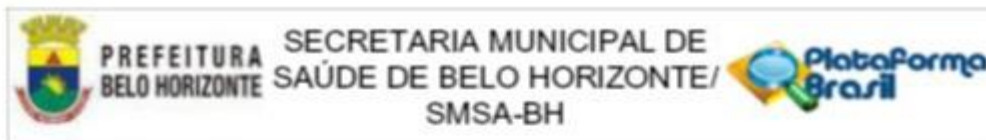
Trata-se de estudo qualitativo sobre a promoção de saúde e prevenção da violência no território de Atenção Primária (AP) de Belo Horizonte e de dois Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, a saber, Ribeirão das Neves e Santa Luzia. A metodologia utilizada será a triangulação de vários procedimentos: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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

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



Continuação do Parecer: 1.512.402

Objetivo Secundário:

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

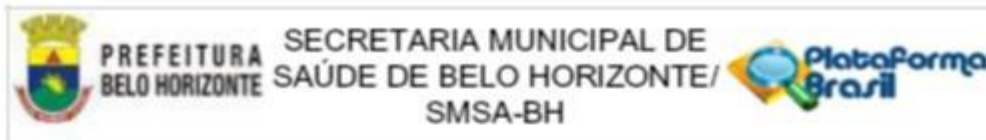
Conhecer o perfil de violência nos territórios de abrangência da AP assim como as formas utilizadas pela população desses territórios e pelos profissionais na lida com a violência poderá trazer importante contribuição para o desenvolvimento de estratégias de atuação neste espaço, considerado privilegiado,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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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

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



Continuação do Parecer: 1.512.402

novos modelos foram anexados.

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

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

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

Recomendações:

1) Adotar modelo de TCLE dirigido a gestores e gerentes do qual não conste o seguinte trecho: "Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados".

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

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

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

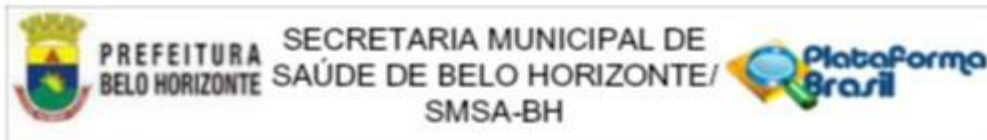
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

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



Continuação do Parecer: 1.512.402

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

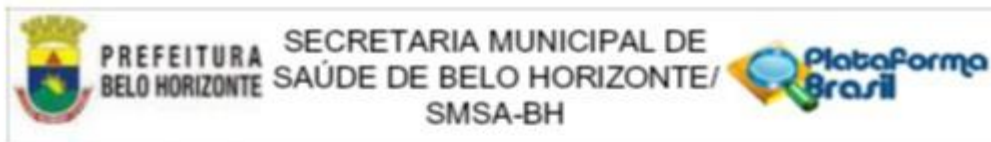
Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_686445_E2.pdf	28/03/2016 03:58:14		Aceito
Outros	Roteiro_e_Questionario_on_line_Gerentes_Gestores.doc	28/03/2016 03:45:58	Elza Machado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_Gerentes_e_Infomantes_Chave_ajustado.doc	28/03/2016 03:44:13	Elza Machado de Melo	Aceito
Outros	TALE - participantes de 10 a 17 anos.docx	24/09/2014 12:04:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs modificados, pais e responsáveis, usuários, profissionais e gestores.doc	24/09/2014 12:03:11		Aceito
Outros	Parecer - p 2.jpg	15/09/2014 02:33:34		Aceito
Outros	Parecer - p 1.jpg	15/09/2014 02:33:13		Aceito
Outros	Aprovação Câmara.jpg	15/09/2014 02:32:55		Aceito
Outros	Anuência BH.jpg	15/09/2014 02:26:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde	15/09/2014 02:17:33		Aceito

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



Continuação do Parecer: 1.512.402

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 25 de Abril de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

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

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido

QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE



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

Questionário n°: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

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

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

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