

Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde

Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro¹, Ricardo Tavares², Elza Machado de Melo³, Palmira de Fátima Bonolo⁴, Victor Hugo Melo⁵

¹Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5504-9181>
marciapsico2004@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop) - Ouro Preto (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9060-0477>
tavares@ufop.edu.br

³Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3577-0721>
elzammelo@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2744-7139>
pfbonolo@gmail.com

⁵Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da violência - Belo Horizonte (MG), Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1014-7762>
victermelo2401@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-110420185403

RESUMO Este artigo visa a analisar a relação entre a promoção de saúde, mensurada por meio da participação em ações coletivas, e a violência entre usuários das unidades de saúde da atenção primária, no município de Ribeirão das Neves (MG). Trata-se de estudo de abordagem quantitativa, cuja metodologia consiste de entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária do município de Ribeirão das Neves (MG). A análise estatística foi baseada em tabelas de frequências absolutas e percentuais para as distribuições uni e bivariada, destacando-se o perfil sociodemográfico. As associações e suas significâncias estatísticas foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado e da análise de correspondência. Foram entrevistados 628 usuários de 58 Unidades Básicas de Saúde; as violências mais frequentes foram: verbal, psicológica e tentativa de suicídio. A participação em ações coletivas está predominantemente ligada a cultos religiosos. O desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primária é baixo. Na análise de correspondência, a baixa frequência de ações coletivas se associou fortemente à presença de violência e à tentativa de suicídio. A presença de ações ligadas a atividades esportivas/artísticas se associa à ausência de violência verbal e sexual; a participação em associações/sindicatos se associa à ausência de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; por fim, ações de trabalho voluntário se associam à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado. Concluiu-se que a participação e a não participação em ações coletivas se associam, respectivamente, com menor e maior prevalência de violência.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Participação da comunidade. Exposição à violência. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This article aims to analyze the relationship between health promotion, measured by means of participation in collective actions, and violence among users of primary health units, in the municipality of Ribeirão das Neves (MG). This is a quantitative approach study, whose methodology consists of semi-structured interviews with users of primary care of the municipality of Ribeirão das Neves (MG). The statistical analysis was based on absolute and frequency tables for univariate and bivariate distributions, highlighting the sociodemographic profile. The associations and their statistical significance were evaluated through Chi-square test and correspondence analysis. A total of 628 users from 58 Basic Health Units were interviewed; the most frequent violences were:



verbal, psychological and attempted suicide. Participation in collective actions is predominantly linked to religious services. The development of actions to prevent violence in primary care is low. In the correspondence analysis, the low frequency of collective action was strongly associated to the presence of violence and suicide attempt. The presence of actions related to sports/art activities is associated with the absence of verbal and sexual violence; participation in associations/unions is associated with absence of psychological, physical and attempted suicide; finally, voluntary work actions are associated with lack of sexual violence, having a relative murdered and knowing someone who was murdered. It was concluded that participation and non-participation in collective actions are associated, respectively, with lower and higher prevalence of violence.

KEYWORDS *Health promotion. Community participation. Exposure to violence. Primary Health Care.*

Introdução

Refletir sobre a relação entre promoção de saúde, participação e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) é colocar em evidência a importância da abrangência de possíveis intervenções que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) pode englobar. Dessa forma, a APS, concepção fundamentada em um novo modelo de atenção com uma nova estruturação ética, social e cultural, constituída no nosso País pela Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como um campo fértil para o desenvolvimento de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida do povo brasileiro¹.

O desenvolvimento de ações individuais e coletivas junto às comunidades no espaço da Equipe de Estratégia da Saúde da Família (EqSF) estimula e amplia a existência das ações de promoção de saúde. Entende-se a promoção da saúde como uma estratégia de comunicação transversal na qual os fatores que colocam a saúde da população em risco devem ser reconhecidos por todos (comunidades, trabalhadores), para que haja a realização da autonomia e da corresponsabilidade no controle de fatores determinantes da saúde. Para esse alcance, necessita-se de que princípios de equidade,

integralidade, participação e controle social e intersetorialidade façam parte da agenda das políticas públicas².

O compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é fundamental, pois amplia a possibilidade de construção de distintos saberes na saúde, de saúde como direito humano e de cidadania e de mobilização conjunta na formulação de intervenções. Assim sendo, o setor saúde tem uma liderança para apresentar e avaliar os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população².

Nesse sentido, a sociedade contemporânea se depara com o desafio histórico de enfrentar o fenômeno da violência, que se apresenta multifacetado, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Desse modo, o desenvolvimento de ações de promoção de saúde constitui uma ferramenta potencial para a busca coletiva de estratégias sustentáveis contra a violência³.

O presente estudo, realizado com usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da atenção primária na cidade de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, teve por objetivo investigar a relação entre promoção de saúde, representada pela participação e pelo desenvolvimento de ações coletivas, e a presença ou ausência de situações de violência.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal constituído por entrevistas semiestruturadas com usuários de todas as 58 UBS do município de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, no ano de 2012. A amostra da população foi composta pelo recrutamento de 10 a 12 usuários em cada uma das UBS, selecionados aleatoriamente, calculando-se, então, a margem de erro de 3,71% para mais ou para menos. Os critérios de inclusão foram morar no local há mais de um ano e ter sido atendido pelo menos uma vez na UBS a que estava vinculado. O questionário utilizado para as entrevistas foi objeto de discussão de disciplina metodológica do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, durante um semestre; posteriormente, submetido à apreciação de especialistas, em duas oficinas; e, por fim, testado com usuários e profissionais no próprio município. Constituído por 9 blocos (características sociodemográficas e familiares, trabalho, violência, enfrentamento da violência, percepção de violência, uso de álcool e drogas, violência de gênero, relações pessoais e comunitárias, atividades físicas), o questionário continha ao todo 142 questões, tendo sido utilizadas para o presente trabalho perguntas relativas às relações pessoais e comunitárias, às violências e às características sociodemográficas e familiares. As entrevistas foram realizadas nas UBS, em local apropriado, para garantir a privacidade e a confidencialidade, por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência – Mestrado Profissional – e por estudantes de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Uma vez respondidos, os questionários foram codificados e digitados, em dupla entrada, utilizando o *software* Statistical Package For Social Sciences (SPSS), versão 20, e o R (versão 3.4.1), para construção e análise do banco de dados.

A análise estatística foi baseada em tabelas

de frequências absolutas e percentuais para as distribuições uni e bivariada, destacando o perfil sociodemográfico. As associações e suas significâncias estatísticas foram avaliadas através do teste Qui-quadrado e da análise de correspondência.

A Análise de Correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados que visa a representar as associações entre os níveis das linhas e das colunas de uma tabela de contingência com duas ou mais entradas, como pontos em um espaço de dimensão reduzida. As posições dos pontos da linha e da coluna são consistentes com as frequências da tabela. Diferentemente de uma análise pelo teste Qui-quadrado, que avalia se existe ou não associação entre duas variáveis qualitativas, a análise de correspondência avalia quais níveis de uma variável qualitativa se associa mais ou se associa menos com os níveis da outra variável qualitativa. Quanto mais próximos esses níveis estiverem no mapa de correspondência, mais forte será a associação entre eles. Mais detalhes técnicos sobre a teoria e as aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre^{4,5} (1984, 2007) e Mingoti⁶ (2005).

Para a execução desta pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na Resolução nº 510/2016, que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG), sob o número 01140812.1.0000.5149. Participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informados a respeito da confidencialidade dos dados coletados na pesquisa.

Resultados

Entre 628 entrevistas realizadas, houve predomínio do sexo feminino (73,6%), raça/cor parda (57,8%), estado civil casado/união estável (62,7%) e ensino fundamental incompleto (48,1%) (*tabela 1*).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada, Ribeirão das Neves, 2012

Características	n	%	Valor p
Sexo			<0,0001
Masculino	166	26,4	
Feminino	426	73,6	
Faixa etária (anos)			<0,0001
Até 24	104	16,7	
25 a 29	62	10,0	
30 a 39	150	24,1	
40 a 49	107	17,2	
50 a 59	83	13,3	
60 ou mais	116	18,6	
Raça ou cor			<0,0001
Branca	119	19,0	
Preta	112	17,9	
Parda	361	57,8	
Amarela	33	5,3	
Estado Civil			<0,0001
Casado / União estável	394	62,7	
Solteiro	160	25,5	
Separado / Divorciado	41	6,5	
Viúvo	33	5,3	
Grau de instrução			0,1625
Analfabeto	1	2	
Fundamental incompleto	296	48,1	
Fundamental completo	80	13	
Ensino médio incompleto	79	12,8	
Ensino médio completo	142	23,1	
Ensino superior incompleto	9	1,5	
Ensino superior completo	8	1,3	
Especialização	1	0,2	
Renda Familiar (salário mínimo)			0,4483
≤ 1	178	30,1	
2 a 3	324	54,7	
4 a 5	68	11,5	
> 5	22	3,7	
Trabalho			<0,0001
Trabalha e está ativo	222	35,4	
Trabalha, mas não está ativo	94	15,0	
Já trabalhou no passado	267	42,6	
Nunca trabalhou	44	7,0	
Trabalha e está ativo	222	35,4	
Trabalha, mas não está ativo	94	15,0	
Já trabalhou no passado	267	42,6	
Nunca trabalhou	44	7,0	

Com relação à experiência de violência vivida, constatou-se que a violência verbal foi a mais frequente (n=164; 26,1%), seguida da violência psicológica ou moral (n=134; 21,3%), violência física (n=51; 8,1%) e violência sexual (n=12; 2,0%). Observou-se que 66,0% dos participantes (n=414) conheciam alguém que foi assassinado no bairro, além dos que afirmaram ter algum familiar ou parente que foi assassinado (n=206; 33,0%). Acerca da violência autoinfligida, 84 pessoas (13,4%) afirmaram ter praticado tentativa de autoextermínio.

No tocante à participação em ações coletivas, observou-se que a maioria dos usuários raramente ou nunca participou de atividades esportivas e artísticas (n=502; 79,9%) nos últimos 12 meses nem de atividades em associações, sindicatos, partidos e similares (n=98; 95,2%), tampouco de trabalho voluntário (n=571; 91,0%). Por outro lado, chamou atenção a predominância de participação em cultos e atividades religiosas (n=478; 76,1%) (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis relativas à participação em ações coletivas, no município de Ribeirão das Neves, nos últimos 12 meses

Participação em atividades coletivas	N=628	(%)
Esportivas e artísticas		
Sempre ou quase sempre*	125	20,0
Raramente ou nunca**	502	79,9
NSA	1	0,1
Associações, sindicatos, similares		
Sempre ou quase sempre*	30	4,8
Raramente ou nunca**	598	95,2
Trabalhos voluntários		
Sempre ou quase sempre*	57	9,0
Raramente ou nunca**	571	91,0
Cultos e atividades religiosas		
Sempre ou quase sempre*	478	76,1
Raramente ou nunca**	150	23,9

NSA = Não se aplica.

* Sempre ou quase sempre = mais de uma vez por semana + uma vez por semana + de 2 a 3 vezes por semana.

** Raramente ou nunca = algumas vezes no ano + uma vez no ano + nenhuma vez ao ano.

A *figura 1* apresenta a análise de correspondência na qual se constata, pela aproximação entre os pontos, a existência de forte associação entre ausência de ações coletivas e presença dos tipos de violência (p=0,012). A falta de participação – que significou nunca participar ou participar raramente – em ações coletivas esportivas/artísticas, associações/

sindicato e trabalho voluntário esteve fortemente associada à presença de violência psicológica, verbal, tentativa de suicídio, conhecer alguém que foi assassinado, ter parente assassinado e a violência física. Em separado, aparece a presença de violência sexual, que se apresentou com menor frequência.

Figura 1. Mapa de Análise de Correspondências entre falta de ações coletivas e presença de violência e respectivas tabelas de contribuições das dimensões no município de Ribeirão das Neves, 2012

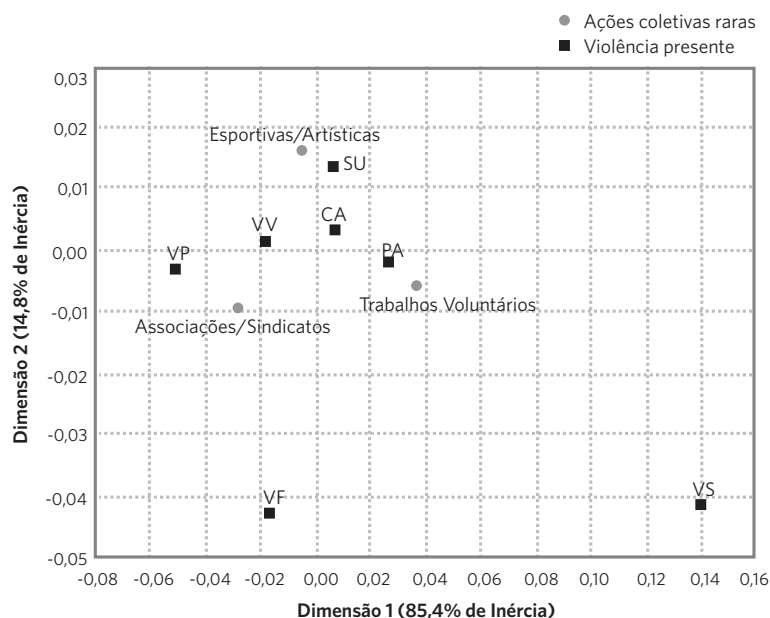


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Ausência de ações coletivas)

Ausência ações coletivas	Dim 1	Dim 2
Esportivas/Artísticas	0,0983	0,9017
Associações/Sindicatos	0,9066	0,0934
Trabalhos Voluntários	0,9774	0,0226

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Violência presente)

Violência presente	Dim 1	Dim 2
VP	0,9965	0,0035
VV	0,9871	0,0129
VF	0,1455	0,8545
VS	0,9205	0,0795
CA	0,7186	0,2814
PA	0,9950	0,0050
SU	0,1583	0,8417

Presença de: VF - Violência Física; VP - Violência Psicológica; VS - Violência Sexual; VV - Violência Verbal; SU - Tentativa de Suicídio; CA - Conhece alguém que foi assassinado no bairro e vizinhança da unidade; PA - Tem familiar ou parente que foi assassinado.

A figura 2, em oposição, mostra que a presença de ações ligadas às atividades esportivas/artísticas se associa à ausência de violência verbal e sexual ($p=0,03$); a participação em associações/sindicatos se associou à ausência

de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; ações de trabalho voluntário se associaram à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado.

Figura 2. Análise de correspondências entre a presença de ações coletivas e ausência de violência no município de Ribeirão das Neves, 2012

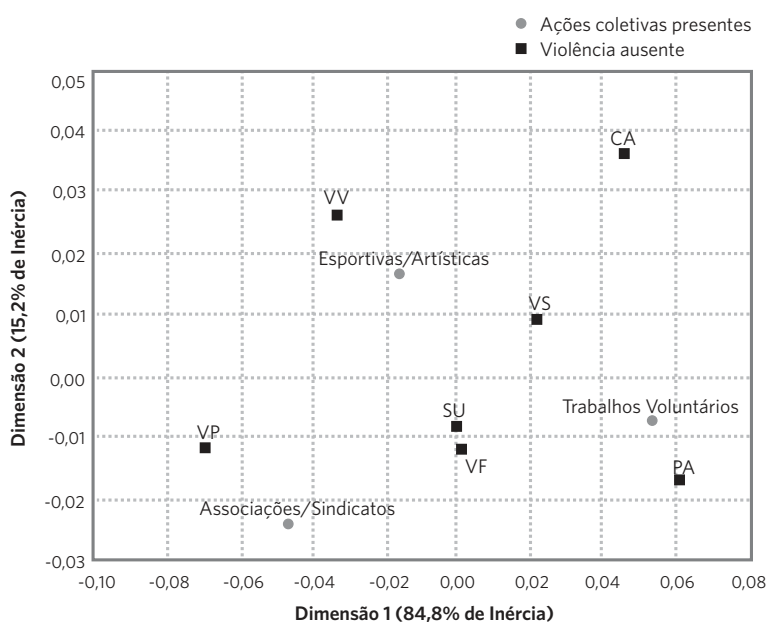


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Presença de ações coletivas)

Presença ações coletivas	Dim 1	Dim 2
Esportivas/Artísticas	0,4710	0,5290
Associações/Sindicatos	0,7948	0,2052
Trabalhos Voluntários	0,9824	0,0176

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Ausência de violência)

Ausência de violência	Dim 1	Dim 2
VP	0,9737	0,0263
VV	0,6071	0,3929
VF	0,0004	0,9996
VS	0,8301	0,1699
CA	0,5944	0,4056
PA	0,9311	0,0689
SU	0,0243	0,9757

Ausência de: VF - Violência Física; VP - Violência Psicológica; VS - Violência Sexual; VV - Violência Verbal; SU - Tentativa de Suicídio; CA - Conhece alguém que foi assassinado no bairro e vizinhança da unidade; PA - Tem familiar ou parente que foi assassinado.

A figura 3 apresenta a análise de correspondência entre a presença de ações coletivas (cultos e trabalhos voluntários) e história de violência e suicídio. Chama a atenção que a presença de ações ligadas a cultos religiosos

esteve associada a não tentativa de suicídio ($p=0,005$), e, por outro lado, a ausência (nunca ou raramente) dessa ação se associou à tentativa de suicídio⁵.

Figura 3. Análise de correspondências entre a presença de ações coletivas – trabalhos voluntários e cultos – e história de violência e suicídio no município de Ribeirão das Neves, 2012

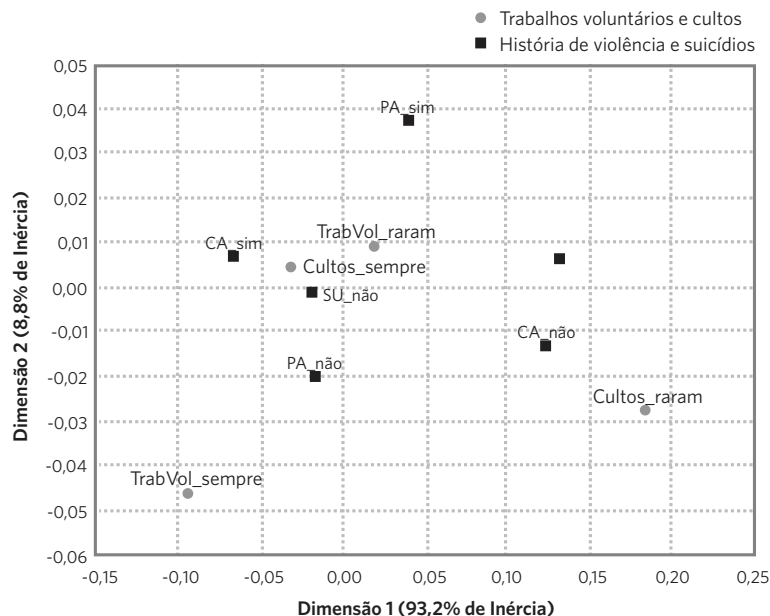


Tabela a: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Trabalho voluntário e cultos).

Trabalho voluntário e cultos	Dim 1	Dim 2
Culto_raro	0,9783	0,0217
Culto_sempre	0,9783	0,0217
TrabVol_raro	0,8081	0,1919
TrabVol_sempre	0,8081	0,1919

Tabela b: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Histórico de violência e suicídio).

Histórico de violência e suicídio	Dim 1	Dim 2
CA_sim	0,9879	0,0121
PA_sim	0,5221	0,4779
SU_sim	0,9974	0,0026
CA_não	0,9888	0,0112
PA_não	0,4651	0,5349
SU_não	0,9980	0,0020

Verificou-se que existe uma predominância da não identificação do desenvolvimento de ações de prevenção à violência da UBS (n=500; 80,0%), e que apenas uma minoria de usuários afirmou que a UBS realiza ações de prevenção (n=86; 14,0%). Ao serem perguntados sobre quais seriam essas ações, a maioria das(os) entrevistadas(os) não sabia responder quais delas eram desenvolvidas (n=575; 92,0%). As ações de prevenção apontadas foram cartazes, faixas e mesmo a presença da polícia nas UBS.

Discussão

São inúmeras as causas da violência, os fatores econômicos – desemprego, pobreza, desigualdades –, além de precárias condições de moradia e de acesso a serviços essenciais, tais como escola, saúde, transporte coletivo, assistência social, lazer e segurança pública^{7,8}. O aumento do número de famílias disfuncionais,

o uso abusivo de drogas lícitas (como o álcool) e de drogas ilícitas, assim como a tolerância da comunidade com as formas violentas de resolução de conflitos, são também assinalados como fatores geradores e perpetuadores da violência⁸. O contexto do município que foi campo deste estudo apresenta determinantes geralmente associados à violência, na medida em que foi fundado em torno da implantação de cinco unidades do sistema prisional, representando 30% da população carcerária do estado, tendo ficado a formação da cidade em torno de familiares que acompanham os presos que ali cumprem sua pena. O território tem características e fragilidades importantes, destacando-se no perfil socioeconômico aspectos tais como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e à cultura⁹. Esse é um cenário que dificulta a gestão do município, considerando que a renda per capita disponível

para a administração local é insuficiente para atender às demandas, que são de grande magnitude e complexidade, mediante as inequidades sociais e econômicas¹⁰. As características da população estudada não fogem à descrição desse contexto, a maioria apresentando baixa escolaridade, desemprego e relação com a violência. A alta prevalência de exposição à violência – vivida ou presenciada – em contextos de grande vulnerabilidade, como no caso presente, é bem conhecida na literatura^{7,11-14} e constitui condição que autoriza e reitera a adoção da promoção de saúde, enquanto abordagem participativa de determinantes sociais, como estratégia privilegiada de enfrentamento da violência¹⁵⁻²². Exatamente, nessa relação se situam os achados mais importantes do presente trabalho, resguardando-se, é claro, os devidos cuidados e as devidas dimensões, especialmente o entendimento de que a abordagem de determinantes sociais implica a atuação sobre macroprocessos, que, por outro lado, depende, de maneira imprescindível – essa é a interface que interessa, no momento –, da atuação dos atores sociais no nível local, como ponto de partida ou elemento obrigatório, pelo menos em se tratando de mudanças efetivas, democráticas e de qualidade, nos moldes que preconizam os principais modelos de promoção de saúde¹⁷⁻²⁵. Seguindo-se esse raciocínio, destaca-se que duas das análises de correspondência mostraram que a falta de participação em ações coletivas esteve fortemente associada a toda forma de vivência ou convivência com atos violentos e que, reciprocamente, a participação se associou com ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado, o que é corroborado por Ribeiro e Minayo quando apontam que a prevenção, aliada à promoção de saúde, onde se enfatiza não só a vida do indivíduo, mas, também, o território, contribuem para a mudança de hábitos e comportamentos²⁶. Do mesmo modo, Vial et al.²⁷ sinalizam a relação da diminuição da violência com a existência da participação social/coletiva e a promoção de saúde. Pontua-se, em sua pesquisa que

investiga as relações entre violência e capital social em um bairro de uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, que os

aspectos importantes para a redução de taxas de violência na área de residência seriam a presença de construtos tais como confiança entre vizinhos, apoio social e controle social informal²⁷⁽²⁹²⁾.

Esses autores ainda afirmam que os maiores indicadores de violência foram encontrados nos locais com baixo controle social informal²⁷. Por seu turno, na presença de violência, a qualidade de vida é reduzida, o medo se torna presença constante, a mobilidade e a participação são inibidas, o espaço público tende a desaparecer, uma vez que se limitam os lugares abertos e seguros onde as pessoas podem praticar atividades diversas, condições que obviamente afetam a saúde e sua promoção²⁸.

Considerando as potencialidades da participação e da promoção de saúde descritas acima, a alta prevalência de violência nos espaços estudados e, ainda, mediante a relevância dos próprios achados do presente trabalho, não se pode deixar de comentar a pequena frequência de participação, pelos entrevistados, em ações coletivas e também o fato de que 92% deles desconhecem as práticas de promoção de saúde desenvolvidas pela EqSF, o que remete a discussão necessariamente à atuação desse serviço de atenção, cujo modelo inclui, entre suas diretrizes, o desenvolvimento de promoção de saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população¹, e constituiria, como se pode encontrar na literatura, importante ator social no enfrentamento das violências, por sua possibilidade de contribuir com fortalecimento da coesão e da ampliação da participação das comunidades vulneráveis na efetivação de políticas e programas²⁹ e/ou pelo desenvolvimento de redes de atuação em prol da redução das violências e vulnerabilidades associadas³⁰. Molinos et al.³¹, no estudo com profissionais da EqSF, com o intuito de identificar episódios de violência e a percepção dos trabalhadores

quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho, alertaram para falhas nas políticas de prevenção da violência. Não por acaso, tema recorrente na literatura é a necessidade de envolvimento e transformação dos indivíduos políticos/técnicos, principalmente os trabalhadores ligados à saúde, segundo perspectiva abrangente de mudanças estruturais que permeiam a área do ensino e se estendem até a vida profissional, com formação permanente dos que estão nela inseridos^{31,32}. A existência da formação continuada, oferecida como uma política na rotina das ações de saúde, muito contribuirá para que mudanças na estruturação de serviços públicos pudessem acontecer e, assim, provocar um novo diálogo, uma nova práxis junto da comunidade onde eles estão inseridos.

Entre as violências, chamou atenção o elevado percentual de tentativas de suicídio (13,4%) em algum momento de suas vidas. O Ministério da Saúde reconhece o suicídio como uma grave questão de saúde pública. A cada hora, uma pessoa morre por suicídio no Brasil⁹. Tal prática não possui uma única causa ou razão; ela resulta de uma complexa interação

de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Têm-se, assim, mais necessidades que criam novas demandas, uma atenção diferenciada para se conhecer os possíveis fatores de risco, a fim de que sejam desenvolvidas ações preventivas junto à população mais vulnerável³³⁻³⁵. Interessante, ainda, é notar a menor distribuição de tentativas de suicídio entre os participantes de cultos e atividades religiosas, e vice-versa, especialmente quando tais atividades foram relatadas por 76,1% da população, indicando que têm valor cultural importante para o cotidiano da comunidade^{36,37}.

Finalmente, ressalta-se que os limites do estudo se devem, principalmente, ao seu desenho, uma vez que não permite definir causalidades, no entanto, permite a produção de conhecimentos importantes, especialmente, por se tratar da abordagem da violência, ainda desafiadora para o setor saúde, e por trazer associações com a promoção de saúde, cujas potencialidades, apesar de amplamente reconhecidas do ponto de vista teórico, são ainda insuficientemente conhecidas e testadas, do ponto de vista empírico. ■

Referências

1. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DL, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(2):335-342.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: Um problema mundial de saúde Pública. *Ciênc. Saúde Colet.* 2006 [acesso em 2018 dez 20]; 11(supl):1163-1178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_abstract&tlng=pt.
4. Greenacre MJ. *Theory and Applications of Correspondence Analysis*. London: Academic Press; 1984.

5. Greenacre MJ. Correspondence Analysis in Practice. 2. ed. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC; 2007.
6. Mingoti SA. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
7. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, et al. Homicídios e Vulnerabilidade Social. *Ciência e Saúde Colet.* 2016; 21(3):923-934.
8. Silveira AM. A prevenção comunitária da violência: uma proposta de trabalho In: Melo EM. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Temática Prevenção da Violência e Cultura de Paz III. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.
10. Viegas APB. Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. [tese]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
11. Nicholas LW. Violence Against Female Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: Evidence From 36 National Household Surveys. *Journal of Interpersonal Violence.* 2018; 55(2):1-15.
12. Lo CC, Howell JR, Cheng CT. Explaining Black-White differences in homicide victimization. *Aggression and Violent Behavior.* 2013; 18:25-134.
13. Berg MT, Slocum LA, Loeber R. Illegal Behavior, Neighborhood Context, and Police Reporting by Victims of Violence. *Abstract Journal of Research in Crime and Delinquency.* 2013; 50(1):75-103.
14. Viana LAC, Costa MCN, Paim JS, et al. Social inequalities and the rise in violent deaths in Salvador, Bahia State, Brazil: 2000-2006. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(supl2):s298-s308.
15. Butts JA, Roman CG, Bostwick L, et al. Cure Violence: A Public Health Model to Reduce Gun Violence. *Annu. Rev. Public Health.* 2015; 36:39-53.
16. Swaim RC, Kelly K. Efficacy of a randomized trial of a community and school-based anti-violence media intervention among small-town middle school youth. *Prev. Sci.* 2008; 9:202-214.
17. World Health Organization. Milestones Health Promotion. Geneva; 2009.
18. World Health Organization. World Health Organization Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report; 2007.
19. Rice J. The path to peace. *Sojourners.* 2009; 38(3). Commentary. [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <http://go-galegroup.ez27.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A194903479&v=2.1&u=cape&it=r&p=AONE&sw=w>.
20. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health Family and Community Health. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals; 2005 [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: <https://www.who.int/gender/>.
21. World Health Organization. Understanding and addressing violence against women; 2012 [acesso em 2018 dez 17]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/en/.
22. Olayanju ND, Naguib RNG, Nguyen QT, et al. Combating intimate partner violence in Africa: Opportunities and challenges in five African countries. *Aggressive Violent Beh.* 2013; 18:101-112.
23. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2008; 13(supl2):2115-2122.
24. Lieberman L, Golden SD, Earp JAL. Structural Approaches to Health Promotion: What Do We Need to Know About Policy and Environmental Change? *Health Education & Behavior.* 2013; 40(5):520-525.
25. Rütten A, Gelius P. The interplay of structure and

- agency in health promotion: Integrating a concept of structural change and the policy dimension into a multi-level model and applying it to health promotion principles and practice. *Social Science & Medicine*. 2011; 73:953-959.
26. Ribeiro FML, Minayo, MCS. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2014; 19(6):1773-1789.
27. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, et al. Violência Urbana e Capital em uma Cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Panam Salud Pública*, 2010; 28(4):289-297.
28. Concha-Eastman A, Malo M. From repression to prevention against violence: a challenge posed to civil society and the health sector. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11(2):339-348.
29. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais – *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
30. Budó MLD, Schimith MD, Silva DC, et al. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. *Cogitare enferm*. 2012 [acesso em 2014 abr 24]; 17(1). Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100003.
31. Molinos BG, Coelho EBS, Pires ROM, et al. Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia Brasileira. *Cogitare Enferm*. 2012 abr-jun; 17(2):239-247.
32. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, et al. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2006 [acesso em 2014 mar 12]; 40(2): 346-352. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000200024&lng=en&nrm=iso.
33. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
34. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília, DF: OMS/OPAS; 2002.
35. Santos SA, Lovisi G, Legay L, et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acesso em 2018 dez 17]; 25(9):2064-2074. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>.
36. Libanio JB. Religião: fator de violência ou de reconciliação? In: Melo EM, organizador. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília, DF: OPAS; 2010. p. 51-62.
37. Dalgalarrondo P. Religião, psicopatologia e saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Recebido em 20/04/2018

Aprovado em 15/12/2018

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve