

MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO

**PROMOÇÃO DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES COLETIVAS E
VIOLÊNCIA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - MINAS GERAIS,
BRASIL.**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em
Promoção da Saúde e Prevenção da Violência
Belo Horizonte - MG**

2014

MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO

**PROMOÇÃO DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES COLETIVAS E
VIOLÊNCIA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.**

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

**Área de concentração: Medicina Preventiva
e Social**

Orientador: Prof. Dr. Victor Hugo de Melo

**BELO HORIZONTE
MINAS GERAIS**

Ribeiro, Márcia Maria Rodrigues.
R484p Promoção de saúde, participação em ações coletivas e violência entre usuários da atenção primária [manuscrito]. / Márcia Maria Rodrigues Ribeiro. -- Belo Horizonte: 2014.
106f.: il.
Orientador: Victor Hugo de Melo.
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Participação Social. 4. Violência/prevenção & controle. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Melo, Victor Hugo de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

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

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

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

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

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

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Alaneir de Fátima dos Santos

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

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

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Profª. Cristiane de Freitas Cunha

Profª. Eliane Dias Gontijo

Profª. Elizabeth Costa Dias

Profª. Eugênia Ribeiro Valadares

Profª. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo

**Promoção de saúde, participação em ações coletivas e violência entre usuários da
Atenção Primária.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito parcial para obtenção do Título de Mestre
em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência
em **09/12/2014**.

Aprovado em: 09\12\2014

Banca Examinadora:

Victor Hugo Melo

Elza Machado Melo

Soraya Almeida Belisário

Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro (suplente)

*Dedico este trabalho aos meus filhos Ana Clara e Daniel, que me ensinaram a ser uma
pessoa melhor e mais feliz. A vocês, queridos filhos,
desejo um mundo justo, menos violento e cheio de alegrias.*

Com amor Mamãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida, pela oportunidade de crescimento e conclusão de mais uma etapa.

Aos meus Pais, José Alves e Maurita, que sempre estiveram presentes na minha vida acreditando e torcendo por mim. Em especial a minha mãe pelo seu olhar, gentileza e carinho, que sempre me acolheu e acompanhou.

Ao meu marido Eduardo, que com paciência, conviveu, apoiou e acreditou que tudo isto seria possível.

Aos meus irmãos queridos, Marta, Márcio, Marcelo e Marcelino que acreditaram e deram força para seguir em frente e conquistar meus objetivos.

À Professora Dr^a. Elza Machado Melo, por compartilhar seus conhecimentos, sua alegria e entusiasmo. Sua disponibilidade e envolvimento inspiram mudanças no ser humano, esperança na sociedade sendo uma convivência apaixonante.

Ao Professor Orientador, Dr. Victor Hugo de Melo pela acolhida, disponibilidade, paciência, e principalmente pelo cuidado com que desempenhou seu trabalho, exigindo na medida correta e me motivando a ir mais longe.

À Henriette Mourão, amiga e irmã de coração e de caminhada de trabalho, com quem dividi angústias, medos, trabalho e agora, conquistas.

Aos amigos queridos, cunhados e cunhadas que sempre me incentivaram a continuar, apesar dos medos e dificuldades.

Aos meus colegas de trabalho que participaram comigo e me incentivaram a não desistir e vencer todas as dificuldades.

A toda equipe da pesquisa *Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica*, pelo empenho, dedicação e companheirismo.

E a todos os usuários participantes desta pesquisa, que, *por se mostrarem*, permitiram que este estudo pudesse ter sido realizado.

*“Devemos fazer frente às raízes da violência,
Só assim transformaremos o legado do século passado, de lastro
oneroso em experiência ensinada.”.*

(Nelson Mandela)

RESUMO

Entende-se que o desenvolvimento de promoção de saúde e, como tal, a participação em ações coletivas capazes de atuar sobre determinantes sociais, representa importante estratégia de enfrentamento da violência, uma vez que contribui para o fortalecimento de sujeitos coletivos, de forma que assumam, de maneira efetiva, seu papel de agentes transformadores de uma realidade adversa e, logo, de construtores de ambientes mais saudáveis e de paz. Este estudo, realizado em julho de 2012, teve por finalidade analisar tal relação entre usuários das Unidades de Saúde da Atenção Primária, no município de Ribeirão das Neves/MG. Utilizou-se uma abordagem quantitativa e como instrumento de coleta de informação, questionário semi-estruturado, aplicado em entrevistas individuais com usuários moradores há mais de um ano na região, e que tivessem sido atendidos pelo menos uma vez na Unidade de Saúde à qual se vinculavam. Os dados foram armazenados em banco de dados do Programa SPSS, versão 17.0. Foram utilizadas as seguintes variáveis: características sociodemográficas, participação em grupos/ações de prevenção da violência pelas Unidades Básicas de Saúde e situação de violência verbal, moral ou psicológica, física e sexual (ser vítima; tentativa de suicídio; conhecer vítimas de homicídios; ter vítimas de homicídios na família). Foram realizadas análises descritivas, com distribuição de frequência e análises de correspondência. Optou-se pela apresentação do trabalho final sob forma de dois artigos: I) “Participação Social, Promoção de Saúde e a Prevenção da Violência no SUS”, que constitui um artigo de revisão bibliográfica que teve como objetivo refletir sobre os desafios e possibilidades dos processos que constroem a participação social, a promoção de saúde e a prevenção da violência no Sistema Único de Saúde, levando-se em consideração a relevância da articulação entre eles. Concluiu-se que o investimento na participação social é fundamental na defesa da saúde, seja na sua promoção, na prevenção da violência ou na qualificação da atenção primária junto às comunidades. II) “Relação entre promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de Violência, entre usuários da Atenção Primária em Ribeirão das Neves, Minas Gérias, Brasil”. Foram entrevistados 628 usuários, sendo a maioria: do sexo feminino (n=426; 73,6%); na faixa etária de 30 a 39 anos (n=150; 24,1%); de cor parda (n=361; 57,8%); estado civil casado/união estável (n=394; 62,7%); com ensino fundamental incompleto (n=296; 48,1%); com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (n=324; 54,7%); no item trabalho a maioria já trabalhou, mas não trabalha mais (n=267; 42,6%). Entre todos os usuários (n=628), no que se relaciona aos tipos de violência foi encontrado: verbal (n=164; 26,1%); psicológica

(n=134; 21,4%); física (n=51; 8,1%); sexual (n=12; 1,9%); tentativa de suicídio (n=84; 13,4%); conhece alguém que foi assassinado no bairro (n=414; 65,9%) e se tem familiar ou parente assassinado (n=206; 33%). Sobre a participação dos usuários (n=628) em ações coletivas encontrou-se predominância de raramente ou nunca em: ações esportivas e artísticas (n=502; 80,1%); associações e similares (n=598; 95,2%); trabalho voluntario (n=571; 90,7%). Ao contrário, as atividades ligadas a cultos religiosos houve predominância de sempre ou quase sempre (n=478; 76,1%). Verificou-se maior frequência do não desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primária no município (n=500; 80%). A análise de correspondência sinalizou que a baixa frequência de ações coletivas se associou fortemente com a presença de violência verbal, psicológica, física, tentativa de suicídio, ter parente ou familiar que foi assassinado e conhecer alguém que foi assassinado na região onde mora. Na presença de ações coletivas e ausência dos diferentes tipos de violência, pode-se observar que a presença de ações ligadas às atividades esportivo/artísticas se associou à ausência de violência verbal e sexual; a participação em associações/sindicatos se associou à ausência de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; ações de trabalho voluntario se associam à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado. A situação de ações coletivas ligadas à atividade de cultos religiosos se associou a não tentativa de suicídio. Concluiu-se que a participação em ações coletivas e de promoção de saúde pode contribuir para o enfrentamento e na prevenção à violência.

Palavras chave: participação, atenção primária, promoção de saúde, prevenção à violência.

ABSTRACT

It is understood that the development of health promotion and, as such, participation in collective action capable of influencing social determinants is an important strategy to combat violence. It helps to strengthen collective subjects effectively take their role as change agents of an adverse reality and therefore builders healthier environments and peace. This study, made in July 2012, aims at examining this relationship between users of the Health Units of Primary, in Ribeirão das Neves / MG. We used a quantitative approach and a semi-structured questionnaire as information collection instrument. It was applied in individual interviews with users residents for more than a year in the region, and they were met at least once in the Health Unit to which tied. Data were stored in SPSS database, version 17.0. The variables used were: sociodemographic characteristics, participation in groups \ actions to prevent violence by Basic Health Units and verbal violence, moral or psychological, physical and sexual (being a victim; suicide attempt; meet victims of homicides; have victims of homicide in the family). Descriptive analysis with frequency distribution and correlation analyzes were performed. We opted for the final work presentation in form of two articles: I) "Social Participation, Health Promotion and Prevention of Violence in the SUS", which is a bibliographic review article aimed to reflect on the challenges and possibilities of processes that build social participation, health promotion and the prevention of violence in the Unified Health System - taking into account the importance of the relationship between them. It was concluded that investment in social participation is fundamental in protecting the health, either in its promotion, prevention of violence or in the quality of primary care in the communities. II) "Relationship between health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brazil." We interviewed 628 users, most being: female (n = 426; 73.6%); aged 30-39 years (n = 150; 24.1%); Mulatto (n = 361; 57.8%); married state \ stable union (n = 394; 62.7%); with

incomplete primary education (n = 296; 48.1%); with family income 2-3 times the minimum wage (n = 324; 54.7%); in the work item most of people have worked, but they doesn't work anymore (n = 267; 42.6%). Among all users (n = 622), as it relates to the types of violence, there were: verbal (n = 164; 26.1%); psychological (n = 134; 21.4%); physical (n = 51; 8.1%); sex (n = 12; 1.9%); suicide attempt (n = 84; 13.4%); know someone who was killed in the neighborhood (n = 414; 65.9%) and has a family member or relative who've been murdered (n = 206; 33%). About the participation of users (n = 628) in collective actions met predominance of rarely or never in: sports and artistic actions (n = 502; 80.1%); associations and the like (n = 598; 95.2%); voluntary work (n = 571; 90.7%). On the contrary, the activities related to religious cults predominated always or almost always (n = 478; 76.1%). A higher frequency of non-development actions to prevent violence in primary care in the city (n = 500; 80%). Correspondence analysis indicated that the lower frequency of collective action was strongly associated with the presence of verbal, psychological, physical, suicide attempt, having a relative or family member who was murdered and have met someone who was murdered in the region where they live. In the presence of collective action and absence of different types of violence can be seen that 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; volunteer work actions are associated with the absence of sexual violence, having a relative killed and meet someone who was murdered. The situation of collective actions related to the activity of religious services is associated with no suicide attempt. It was concluded that participation in collective and health promotion activities can contribute to dealing and violence prevention.

Keywords: participation, primary care, health promotion, prevention of violence.

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

CID – Classificação Internacional de Doenças

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

GPS – Grupo de Promoção de Saúde

ICV - Índice de Crimes Violentos

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan- Americana de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

RMBH – Região metropolitana de Belo Horizonte

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBR – Unidade Básica de Referencia

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	17
II - REVISÃO DA LITERATURA	19
III – JUSTIFICATIVA	26
IV – OBJETIVOS	27
IV. I - Objetivo Geral.....	27
IV. II - Objetivos Específicos	27
V – METODOLOGIA	27
VI - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES – CAMPO DE ESTUDO.	29
VII - DETERMINANTES DA SAÚDE.....	32
VIII - RESULTADOS.....	33
IX - ARTIGO I.....	34
Participação Social, Promoção de saúde e Prevenção da violência no SUS.....	34
X - ARTIGO II.....	58
Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da atenção primária em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil.	58
XI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICE:	90
APÊNDICE A: Questionário do Usuário	90
Apêndice B: Relação das Unidades de Saúde do Campo de Pesquisa de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.	103
APÊNDICE C - Aprovação do COEP.....	107

APÊNDICE D: LEGENDA FIGURA 3	108
APÊNDICE E: ATA DA DEFESA.....	109
APÊNDICE F: FOLHA DE APROVAÇÃO.....	110

LISTA DE FIGURAS:

Figura A- Mapa de localização do município de Ribeirão das Neves na RMBH (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009)	30
Figura 1 - Análise de correspondência entre ausência de ações coletivas e presença de violência, no município de Ribeirão das Neves, 2012.....	68
Figura 2 - Análise de correspondências entre presença de ações coletivas e ausência de violências.....	69
Figura 3 - Análise de correspondências entre história de violência e suicídio com trabalhos voluntários e cultos.....	70
Figura 4 - Ações de prevenções desenvolvidas pelas equipes das UBS, na visão dos usuários, no município de Ribeirão das Neves, 2012.....	71

LISTA DE TABELAS:

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população estudada no município de Ribeirão das Neves, 2012.	64
Tabela 2 - Distribuição de frequência dos tipos de violências sofridas pelos participantes do estudo realizado no município de Ribeirão das Neves, 2012.	65
Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis relativas à participação em ações coletivas, no município de Ribeirão das Neves, nos últimos 12 meses.....	66

I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária foi o marco histórico delimitando o início da atuação social na política e na elaboração do direito à saúde, mas não foi apenas um movimento com foco exclusivo na luta pela saúde, e sim o início de uma dedicação por toda a conquista e reconhecimento da obrigação e do papel do Estado e do povo, em prol dos direitos sociais e da cidadania. Foi um grande movimento em que a sociedade participou ativamente, em consonância com a Democracia, e foi um momento ímpar de influência nas esferas de poder, para promover a transformação no conceito de saúde. Este fato contribuiu para a definição das questões referentes à Saúde na nova Constituição, além de confirmar o reconhecimento dos direitos sociais (SANTOS, 2011).

A democratização política e a descentralização das políticas sociais, muito contribuíram para novos experimentos de participação social em setores públicos e de tomada de decisão de políticas. A nossa Constituição se reafirma como uma resposta à motivação da sociedade da época. O SUS (Sistema Único de Saúde) é considerado um dos maiores exemplos de política de inclusão social. Seus princípios e diretrizes são amplamente divulgados, destacando-se, entre eles, a participação da população como um dos eixos principais na estruturação do Sistema, sendo reconhecido como o marco legal da reforma do setor saúde (Constituição Federal, de 1988; Lei 8.080 de 1990), se institucionalizando como Controle Social (Lei 8142 de 1990). Assim, no SUS a saúde aparece como questão de cidadania e a participação social como condição essencial para seu funcionamento (COTTA, 2010). No entanto, tais orientações ou determinações não garantem, por si, o entendimento do comportamento cultural e sua execução - seja da população, seja de profissionais do setor - nem tampouco sua mudança, fazendo-se necessário mais do que informação para que ocorra implicação, envolvimento e participação social (SANTOS, 2011). E embora tenha-se evidenciado que a institucionalização da participação, por meio de conselhos locais de saúde e conferências, não é condição suficiente para promover a mobilização social e o envolvimento comunitário, não se pode perder de vista a importância e legitimidade destes fóruns e destes espaços de promoção da cidadania e aprimoramento das condições de vida e saúde das populações. Apesar das adversidades vivenciadas no cotidiano dos conselhos, estes se

apresentam como relevante instrumento para a expansão da democracia e fortalecimento do SUS (BISPO JUNIOR, 2012).

Com o surgimento da proposta de “Promoção de Saúde”, acolhida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1986, evidencia-se que este pode ser um processo de capacitação da comunidade para melhorar suas condições de vida e saúde. Seu significado contém uma associação de várias ações: do Estado, nas suas políticas públicas de saúde; da comunidade, com o auxílio das ações comunitárias; dos indivíduos, com a valorização das habilidades; de redirecionamento das intervenções, com ações concomitantes intersetoriais (SANTOS, 2006). Dessa maneira, podemos considerar que a política de promoção de saúde tende a ser uma estratégia potente de intervenção no cotidiano dos serviços de saúde, na perspectiva da amplitude do alcance das ações desenvolvidas.

Sendo a participação social em saúde tema efervescente nas discussões sobre saúde no campo teórico e, considerando ainda que esta pode ganhar mais espaço e passar a ser mais discutida no cotidiano dos serviços de saúde; a participação das instâncias formadoras podem fazer toda a diferença na contribuição do modelo de atenção à saúde a que a Estratégia de Saúde da Família se propõe (SORATTO, 2013).

No modelo de atenção primária de saúde, a integralidade no Sistema Único de Saúde não é somente promover o trabalho intersetorial nos diferentes pontos e níveis de atenção, mas ir além das ações locais, efetivando um processo de trabalho em harmonia com as necessidades reais de saúde da coletividade assistida, além de viabilizar práticas de abordagem integral dirigidas para cada encontro específico dos sujeitos com a equipe de saúde, almejando assim a melhoria e fortalecimento do SUS (ARREAZA, 2010).

Na sociedade contemporânea, o fenômeno da violência é motivo de preocupação dos governantes e da comunidade científica, que vem tentando compreendê-lo, e se debruçar na busca de soluções para seu enfrentamento e prevenção. A violência tornou-se um problema mundial de saúde pública, pois afeta de forma significativa o cotidiano das pessoas e a qualidade de vida da população, o que tem exigido estratégias específicas de enfrentamento e prevenção, principalmente porque atos violentos possuem um impacto direto em importantes indicadores de saúde (ANDRADE, 2009).

Na saúde pública, a prevenção da violência começa com uma descrição das proporções e do impacto do problema (DAHLBERG, 2006). Ao detectá-lo, é necessário analisar, discutir e pensar em ações de intervenção, pois mais do que naturalizar e aceitar, ou reagir à violência, existe uma convicção de que o comportamento violento e seus efeitos podem ser prevenidos e

evitados. Desta forma, a elaboração de uma agenda de compromisso entre atores do Estado e sociedade civil é essencial, sinalizando um compromisso ético e coerente com a necessidade social na elaboração de políticas públicas, criando também espaços para o fortalecimento da autonomia das estruturas da sociedade (MALTA, 2007).

Sendo assim, investigar a relação entre a promoção de saúde, a participação em ações coletivas correspondentes e a violência entre usuários das Unidades de Saúde da Atenção Primária, mostra ser pertinente no sentido de ampliar as possibilidades de se pensar em novas intervenções para o confronto efetivo do fenômeno da violência na cidade de Ribeirão das Neves (região metropolitana de Belo Horizonte), onde trabalho a mais de quinze anos na saúde pública.

II - REVISÃO DA LITERATURA

No âmbito internacional, em setembro de 1978 foi realizada em Alma-Ata, a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, com a proposta de definir atenção primária em saúde como estratégia para ampliar o acesso ao sistema, de forma a atender, com igualdade de condições, todos os membros ou segmentos da sociedade. O enfoque foi priorizar a promoção e prevenção da saúde, utilizando profissionais cuja formação e desempenho fossem não somente clínicos, mas com percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade (DECLARAÇÃO ALMA ATA, 2002).

O Ministério da Saúde propõe que as intervenções em saúde ampliassem sua atuação, pensando como ponto central os problemas e as necessidades de saúde da comunidade e seus determinantes, fazendo com que a organização dos serviços desenvolvesse ações que atuassem sobre as causas e os efeitos das doenças e ações que contemplassem o espaço para “além dos muros” das unidades de saúde, operando sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e das comunidades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006). Considerando esta lógica de atuação, discutir sobre promoção de saúde e participação social é imprescindível para o planejamento das ações e intervenções.

O Programa Saúde da Família (PSF), surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica, em equivalência com os

princípios do SUS. Seu surgimento na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, demonstra a inclinação de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras. Isto não significa oferecer um atendimento simplificado, pelo contrário, é uma ampliação da atenção primária à saúde em direção à inclusão de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população (ROSA WAG, 2005). O que evidencia uma potente estratégia que possibilita a integração e impulsiona a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar os problemas identificados, por isso um aliado importante para o desenvolvimento da promoção de saúde, ações coletivas e a prevenção à violência.

A Atenção Básica ou Atenção Primária de Saúde, termos utilizados nas atuais concepções como sendo equivalentes, se apresenta como modalidade de atenção e de serviço de saúde com elevado grau de descentralização, capaz de viabilizar a participação efetiva do usuário, sendo este um dos aspectos que confere identidade ao cuidado primário de saúde. A Atenção Primária apresenta-se como uma nova maneira de operar a saúde, tendo a família como centro de atenção, e não somente o indivíduo doente e, ao mesmo tempo, incorporando uma nova visão no processo de intervenção em saúde, na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age antecipadamente, ou seja, preventivamente, a partir de um novo modelo de atenção a saúde (ROSA WAG, 2005). A Atenção Primária é desenvolvida próxima do cotidiano das pessoas; é o primeiro contato, preferencial, dos usuários; a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Desse modo, representa uma política da saúde pública cuja efetivação é localizada próxima da população, revelando ser um instrumento potente de interlocução e intervenção junto à sociedade.

Diversos autores e estudiosos do assunto advertem para alguns pontos a serem considerados para uma melhor compreensão do processo de mobilização e participação social, onde a primeira questão seria a de superar a visão de que as ações públicas em saúde são como concessões / benesses / favores do governo à população e não um direito (COELHO, 2012). Posição difícil para nossa sociedade, tão acostumada historicamente com as práticas de clientelismo. A segunda questão também depende de superar uma visão, de que a saúde é uma responsabilidade individual (COELHO, 2012). É preciso compreender o conceito de saúde ampliada, ou seja, a articulação entre os processos saúde-doença com o movimento da comunidade. Desse modo, as soluções precisam ser construídas e articuladas no coletivo, indo

para além das solicitações individuais, pensando no bem maior da população (ARREAZA, 2010; COELHO, 2012; SILVA ARIOLI, 2013).

Compreender o processo de participação social em uma determinada comunidade, suas nuances e características, viabiliza a aproximação, provoca troca e envolvimento entre os indivíduos e contribui para o reconhecimento da cidadania. Podemos observar que algumas mudanças de atitude são discretas e que – “[...] descrições de participação social em saúde como uma ação cívica e solidária expressavam a necessidade dos indivíduos de colaborar voluntariamente com a sociedade e, no caso, com os serviços de saúde, para conservar e melhorar bens públicos ou participar de atividades de interesses comuns (VAZQUEZ, 2003, p.587)”. Assim, para que se possa melhor entender e refletir sobre como trabalhar de forma dialógica e, conseqüentemente, na efetivação da participação popular e controle social, é preciso reconsiderar e reexaminar os papéis que se executa; as certezas que são construídas; as organizações das quais se participa; os atos que são realizados, para que assim se possa viabilizar o surgimento do novo e da participação de todos envolvidos.

A Promoção da Saúde emergiu como marco de direção da Saúde Pública a partir dos anos 70 e, desde então, vem progredindo e estabelecendo-se como um modelo das ações de saúde (SOROTTO, 2010). Além disso, a Promoção da Saúde - definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2001). - traz um novo enfoque, e uma ampliação do conceito de saúde. Essa nova forma de pensar a saúde é necessária para o momento atual, pois vários estudos sugerem que fatores específicos de estilo de vida explicam parcialmente as doenças, sendo a pobreza (más condições socioeconômicas) considerada como importante fator de risco à saúde (BYDLOWSKI, 2004).

A promoção da saúde não se restringe ao setor saúde, mas demanda uma articulação entre os múltiplos setores dos governos municipal, estadual e federal, os quais devem coordenar políticas e ações para melhorar as condições de vida das pessoas, além de ampliar a oferta de serviços essenciais à população (MACHADO, 2007). Assim, entende-se que as estratégias propostas pela Promoção da Saúde devem se apoiar na democratização das informações e no desenvolvimento de ações conjuntas de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, universidades, etc.), para que as dificuldades sejam superadas (BYDLOWSKI, 2004).

A intersetorialidade se apresenta como uma importante estratégia de enfrentamento dos desafios apresentados pela sociedade contemporânea, e aponta a corresponsabilidade entre serviços de saúde e indivíduo como prática essencial na construção de uma nova forma de organização social e de cuidado em saúde (PEREIRA, 2004). Expressa um processo de construção compartilhada em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, práticas e modos de agir que lhes são usuais, provocando a presença de algum grau de abertura em cada setor para discutir, conversar e estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população (ARREAZA, 2010). No atual cenário da Saúde Pública no Brasil, nos deparamos com grandes desafios e, entre estes, o fenômeno da violência se apresenta de forma significativa na realidade das unidades de saúde, instigando-nos a refletir em nosso próprio fazer como forma de prevenção e enfrentamento da violência.

Desde 2001, o Ministério da Saúde vem formalizando ações de prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz por meio de leis e portarias, produto de políticas de saúde em várias áreas, implantadas nos últimos anos, que repercutiram na melhor caracterização dos fenômenos violentos e sua magnitude, e melhor avaliação do impacto de medidas de intervenção. São elas: 1) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001); 2) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Violência sexual e Doméstica (2004); 3) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens; 4) Política Nacional de Promoção da Saúde (2006); 5) Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/1998); 6) Rede Nacional de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e Cultura da Paz (Portaria 936/2004); 7) Rede Nacional de Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes e Crianças em situação de violência doméstica e sexual (2004); 8) Notificação de violências contra crianças e adolescentes na rede do SUS (Portaria nº 1.968/2001); 9) Notificação compulsória dos casos de violência física, sexual e psicológica contra a mulher nos serviços de saúde públicos ou privados (Portaria nº 2.406/2004); 10) Notificação compulsória em caso de violência contra a mulher (Lei nº 10.778/2003) e Decreto nº 5.099 de 03/06/2004); 11) Notificação compulsória de casos de maus tratos contra a pessoa idosa (Lei nº 10.741/2003).

Dentre as normativas acima, destaca-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001 a), que tem como objetivo a redução da morbimortalidade por acidentes e violência no Brasil, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, determinando que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema desta

Política, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Nesta Política, acidentes e violências são definidos como “um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas” (MELO 2009).

Segundo estimativas da OMS, as mortes por homicídio aumentaram no Brasil de 13.601 casos, em 1980, para 45.345 casos em 2000, um aumento de 200% (MELO, 2009). No ano de 2010 morreram no Brasil 38.892 cidadãos vitimados por bala, isso corresponde a 108 mortes por arma de fogo a cada dia do ano. Muito mais vítimas cotidianas do que é noticiado em nossa imprensa sobre as maiores chacinas do país ou sobre os maiores e mais cruentos atentados nos atuais enfrentamentos existentes na Palestina ou no Iraque (MAPA VIOLÊNCIA, 2013). Considerando que no ano de 2010 registrou-se um total de 75.553 mortes de jovens de 15 a 29 anos de idade e que 22.694 dessas mortes foram por Armas de Fogo, temos que, nesse ano, exatos 30% dos óbitos juvenis tiveram sua origem no disparo de alguma arma de fogo. Dito de outra forma: uma em cada três mortes juvenis deve-se a disparo de arma de fogo. Assim, as armas de fogo se constituem, de longe, a principal causa de mortalidade dos jovens brasileiros, bem longe da segunda causa: os acidentes de transporte, que representam 20% da mortalidade juvenil (MAPA VIOLÊNCIA, 2013). Além disso, a vitimização de jovens negros, que em 2002 era de 71,7% no ano de 2010 pulou para 153,9% - morrem, proporcionalmente, duas vezes e meia mais jovens negros que brancos (MAPA VIOLÊNCIA, 2012).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), abrangendo seus diferentes aspectos, nos mais variados grupos afetados e apresentando propostas de atuação. A OMS colocou este problema como uma das cinco prioridades para as Américas nos anos iniciais do século XXI.

Em termos gerais, a violência pode ser definida como “qualquer situação em que um ator social perde a sua condição de sujeito frente a outro, sendo então rebaixado à condição de objeto, tratando-se, portanto, da perda do reconhecimento pelo outro, mediante uso de poder, de força física ou de qualquer forma de coerção” (MELO, 2009). Essa situação pode se

expressar de várias formas, a partir das quais, a violência pode ser classificada segundo tipo e natureza.

Quanto à natureza (BRASIL, 2009), a violência pode ser: 1) Física - ocorre quando uma pessoa causa, ou tenta causar, dano não acidental a outra, por meio de força física ou algum tipo de arma, podendo provocar ou não lesões externas, internas ou ambas; 2) Sexual - todo ato no qual uma pessoa por meio da força física ou intimidação psicológica obriga a outra a executar ato sexual contra a sua vontade; 3) Psicológica - toda ação ou omissão que causa, ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento dos indivíduos por agressões verbais ou humilhações constantes; 4) Negligência ou Privação - é a ausência de atendimento às necessidades básicas, físicas e emocionais das crianças, adolescentes, adultos, idosos ou pessoas com deficiência (física, visual, auditiva, intelectual ou mental).

Quanto ao tipo, a violência pode ser dividida em três grandes grupos: 1) Violência auto infligida (envolve tentativas de suicídio e pensamentos suicidas ou autolesões deliberadas) e/ou autoabuso (inclui atos de automutilação); 2) Violência interpessoal subdivida em: violência da família ou parceiro íntimo (ocorre entre membros da família e parceiros íntimos, e inclui as formas de violência como abuso infantil, violência contra a mulher, violência sexual, violência contra idosos, violência contra pessoas com deficiência); violência comunitária (ocorre entre pessoas sem laços de parentesco, podendo ser conhecidos ou estranhos e, geralmente, ocorre fora de casa, nos espaços públicos. Este grupo envolve os casos de estupro por desconhecidos, violência juvenil, violência institucional - em escolas, asilos, trabalho, prisões, serviços de saúde, etc.) e a violência no trabalho (assédio moral e sexual); 3) A Violência coletiva subdivida em: Social (nesta subdivisão estão os crimes de ódios por grupos organizados, atos terroristas e violências de multidões); Política (inclui guerras e conflitos de violência, violência de estados e atos de grandes grupos); Econômica (ataques de grupos maiores motivados por ganhos econômicos, para interromper a atividade econômica de um país ou região, negar acesso a serviços essenciais ou criar fragmentação econômica) (RELATORIO MUNDIAL VIOLÊNCIA, 2002).

Além dessas, *“há a chamada violência estrutural, decorrente das relações sociais, especialmente, a desigualdade e a exclusão social”* (BRASIL, 2005 – Minayo, p.24). O Ministério da Saúde também reconhece esta violência relacionada com fenômenos sociais relativos às desigualdades, ao desemprego, à pobreza, ao desrespeito aos direitos humanos e à impunidade.

Ao se atestar o impacto da violência sobre a saúde das pessoas e das populações, sobre o setor saúde, sobre o trabalho e a economia e sobre a vida da sociedade em geral, reconhece-se da mesma forma a necessidade de desenvolver soluções, que vão desde perspectivas relativas ao papel específico do setor saúde - tais como a melhoria da qualidade das ações de prevenção, assistência e reabilitação -, até perspectivas de atuação mais ampla, ligado a outros setores (educação, ação social, esportes, cultura, etc.) e com a sociedade, de construção da cidadania, isto é, de promoção de saúde (BRASIL, 2001c). A intersetorialidade é imprescindível neste processo, visto que a violência afeta a todos e seu enfrentamento, prevenção e controle requerem compromisso e participação dos diferentes setores governamentais e não governamentais, e fortalecimento das ações comunitárias (MELO, 2009). Confiar no desenvolvimento da Promoção da Saúde é acreditar na popularização das informações, em desconcentrar o poder, em desenvolver ações intersetoriais, é pressupor no enorme potencial desta proposta e, assim, buscar novas saídas para o enfrentamento e prevenção da violência.

Promover a participação dos usuários do Sistema Único de Saúde, e da comunidade, em ações coletivas para a abordagem e transformação dos determinantes sociais de saúde, significa estimular a autonomia, o fortalecimento e o empoderamento de pessoas, grupos, e populações, o que fomenta e fortifica, mas é também desde já e por si, processo de enfrentamento e prevenção da violência. Dessa maneira, o diálogo, a discussão e a inclusão de práticas educativas, buscando promover a consciência crítica e reflexiva das pessoas envolvidas é essencial, pois o sujeito se percebe em sua autonomia, no contexto cultural onde vive, refletindo e questionando sua realidade rumo à produção de novos recursos e possibilidade de qualidade de vida (SILVA ARIOLI, 2013).

Enfim, é necessário encorajar uma cultura que se faça democrática, que ofereça ao homem ser sujeito de sua história, sujeito das decisões coletivas, num reger que se torna assim tanto coletivo como, de fato, público (GUIZARDI, 2012). A presente investigação busca refletir sobre a promoção de saúde e o desenvolvimento e participação de ações coletivas, relacionadas aos determinantes sociais da violência e, assim, contribuir para o enfrentamento e prevenção da violência na Atenção Primária de saúde.

III – JUSTIFICATIVA

O interesse em analisar a relação entre a participação dos usuários da Atenção Primária em ações coletivas, logo, a promoção de saúde, e sua relação com o enfrentamento e prevenção à violência; é fruto de um longo período de trabalho na rede pública de saúde e do sempre presente desafio que ambas as questões – participação, por um lado e abordagem da violência, por outro – representam para os profissionais de saúde, e especialmente, como é o caso, àqueles inseridos na Atenção Primária.

Na estruturação do SUS podemos perceber um campo fértil de possibilidades de ação que pode ser oferecida à comunidade, abrindo um leque genuíno de possíveis intervenções. Diante disso, a Atenção Primária se destaca por ser o primeiro contato - e o preferencial - dos usuários, ou seja, a principal porta de entrada ao sistema, e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde da população, e se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade, da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011). Sendo expressão de uma política da saúde pública cuja efetivação é localizada próxima da população, passa a ser um instrumento potente de interlocução e intervenção junto à comunidade.

Na sociedade contemporânea a violência é considerada uma questão de saúde pública, por fazer parte do cotidiano das pessoas, e por influenciar na qualidade de vida da comunidade. O reconhecimento dos fatores de riscos é fundamental na prática da saúde, para delinear mecanismos de prevenção à violência e promoção da saúde. É o desafio que se coloca para a prática interdisciplinar e multiprofissional em saúde. Portanto, ignorar e banalizar a violência sofrida e que chega aos serviços de emergência, muitas vezes camuflada, não contribui para o avanço e possibilidade de enfrentamento deste evento. Ao percebê-la, é necessário que o profissional de saúde possa exercer o papel de facilitador e mediador na constituição de uma rede de proteção às vítimas de violência (MASCARENHAS, 2008). E, assim, contribuir com o planejamento e a elaboração de estratégia de prevenção e enfrentamento da violência, tal como a consolidação do SUS.

A pesquisa realizada na cidade de Ribeirão das Neves/MG, junto aos usuários da Atenção Primária, busca compreender as características dos usuários que frequentam as

unidades de saúde, investigar se participam de atividades coletivas nelas ou na comunidade, se estas desenvolvem ações de prevenção à violência, e qual é a percepção dos usuários do SUS sobre a situação de violência verbal, moral ou psicológica, física e sexual (ser vítima, tentativa de suicídio, conhecer vítimas de homicídio, ter vítimas de homicídios na família). Possibilita, dessa forma, a consolidação de uma investigação que parte do pressuposto de que a promoção de saúde, em outras palavras, o desenvolvimento e participação de ações coletivas que atuam sobre determinantes sociais, contribuem para o enfrentamento e prevenção dessa onda intensa de violência.

IV – OBJETIVOS

IV. I - Objetivo Geral

Analisar a relação entre promoção de saúde, participação em ações coletivas e o perfil da violência, entre usuários da Atenção Primária em Ribeirão das Neves/MG.

IV. II - Objetivos Específicos

- a) Descrever a situação de violência na qual estão inseridos os usuários da Atenção Primária;
- b) Analisar a participação dos usuários em ações coletivas;
- c) Analisar o desenvolvimento de ações de prevenção da violência pela Unidade Básica de Saúde.

V – METODOLOGIA

Este estudo compreende parte de um projeto maior desenvolvido pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da UFMG, denominado “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde”, que teve seu início em 2012.

O presente estudo utilizará as informações coletadas por meio de questionário semiestruturado, aplicado em entrevistas individuais a uma amostra de usuários de todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão das Neves. Foram considerados como critérios de inclusão ser morador do local há mais de um ano e ter sido atendido pelo menos uma vez na UBS a que está vinculado. Como as Unidades de Saúde de Ribeirão das Neves

sempre funcionam com apenas uma equipe de saúde, com igual população adstrita em todas elas, à amostra de usuários, calculada com 4% de erro, foi recrutada de cada Unidade, sendo entrevistados em cada uma das 58 Unidades, entre 10 e 12 usuários. Os usuários foram selecionados por ordem de chegada e a posição dos selecionados segundo uma tabela de números aleatórios.

Para a realização desta pesquisa, a montagem das equipes de pesquisadores responsáveis e de campo, os treinamentos, as supervisões e os controles de qualidade foram padronizados para todos os participantes, pela equipe de coordenação do estudo “Programa de Promoção de saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica”. As equipes de entrevistadores foram mistas e compostas de pesquisadores universitários com experiência em estudos epidemiológicos e de colaboradores dos Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde de Cultura da Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social/FM/UFMG, e de profissionais do município de Ribeirão das Neves.

O questionário aplicado foi construído pela equipe da pesquisa, constituindo-se de perguntas sobre características pessoais e sociodemográficas, relações pessoais, comunitárias e de ocupação/trabalho, percepção de saúde e de perguntas sobre violências (Apêndice A).

Uma vez respondidos, os questionários foram codificados e digitados, com dupla entrada de digitação, em bancos de dados, utilizando-se o *software* SPSS.

Foram consideradas neste estudo as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (Idade, Sexo, Raça ou Cor, Estado civil, Grau de instrução, Emprego, Renda familiar); participação (em grupos esportivos e/ou artísticos, participação em grupos políticos e/ou sociais, participação como voluntário em diferentes grupos); desenvolvimento de ações de prevenção da violência pela Unidade de Saúde. Foram definidas como variáveis dependentes: ter sofrido violência física, verbal, moral ou psicológica, sexual; ter sofrido violência física na vizinhança; conhecer alguém que foi assassinado na vizinhança; ter alguém assassinado na família; ter feito alguma tentativa de suicídio.

Foram realizadas, no presente estudo, análise descritiva, com distribuição de frequência e análise de correspondência. A utilização do método de análise de correspondência irá permitir a visualização das relações mais importantes de um grande conjunto de variáveis entre si, onde os resultados são apresentados sob forma de gráficos, onde estão representadas as categorias de cada variável e onde se pode observar as relações entre estas, através da distância entre os pontos

desenhados (GREENACRE, 1981; LEBART ET AL,1977, 1984; citado por CARVALHO, 1992).

Para a execução desta pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na resolução N° 196/2012 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 01140812.1.00005149. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informados a respeito da confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa.

VI - CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO DAS NEVES – CAMPO DE ESTUDO.

Localização:

O Município de Ribeirão das Neves é localizado na região noroeste da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), situando-se a 32 km da capital. É considerado de médio porte e possui população de 303.029 habitantes (IBGE, 2012), sua divisão administrativa é composta de dois distritos: o distrito sede e o distrito de Justinópolis, ocupando uma área territorial de 155 km². (Figura A)

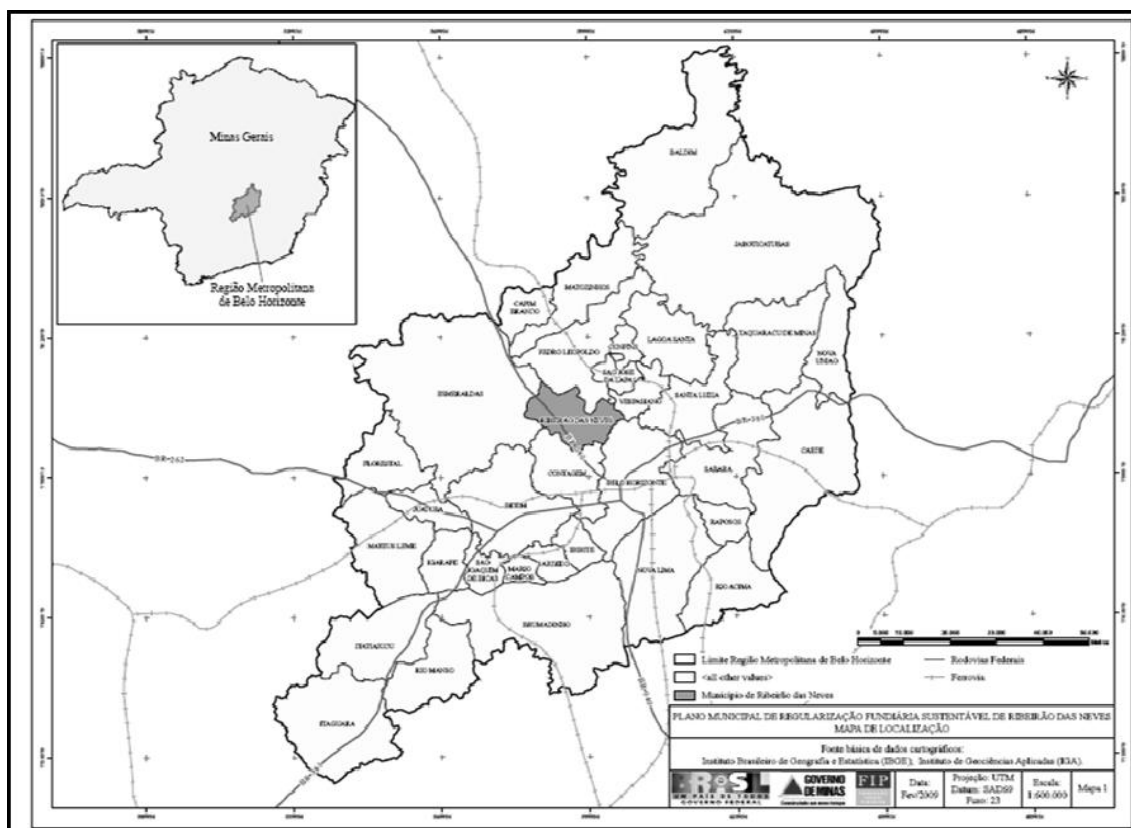


Figura A- Mapa de localização do município de Ribeirão das Neves na RMBH (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009)

Breve Histórico

Ribeirão das Neves é um dos núcleos mais antigos da RMBH, aparecendo em meados do século XVIII, a partir da construção da Capela de Nossa Senhora das Neves. Somente a partir de 1943, passou a se chamar Ribeirão das Neves, emancipando-se em 12 de dezembro de 1953.

Na década de 1930, após a construção da Penitenciária Agrícola de Neves, o núcleo urbano se desenvolveu, induzindo a migração de parentes de penitenciários. Outras unidades penitenciárias também foram criadas posteriormente: na década de 1960, a transferência da cadeia pública da comarca de Belo Horizonte para o município – a Casa de Detenção Antônio Dutra Ladeira, ou simplesmente “Dutra Ladeira”– e a construção de um Centro de Reeducação do Jovem Adulto – atual Penitenciária José Abranches Gonçalves – contribuíram para estigmatizá-lo e denominá-lo “cidade presídio” e para desestimular o crescimento econômico, que era baseado na produção de hortigranjeiros e na extração de areia nos córregos (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Atualmente, existem 5 presídios em Ribeirão das Neves, sendo 4 públicos e 1 público/privado, este ainda operando parcialmente, e o primeiro do gênero no Brasil. A população presidiária representará, até a finalização do presídio privado, cerca de 30% da população carcerária do estado.

Deve-se ressaltar que o processo de desenvolvimento urbano do município de Ribeirão das Neves e, conseqüentemente, do processo de ocupação irregular e clandestina que hoje o caracteriza, está intimamente ligado ao processo de metropolização da região de Belo Horizonte, processo este que tem sua gênese nos anos de 1940. Nas décadas de 1950 e 1960, os processos de industrialização e de crescimento populacional da capital consolidaram a configuração socioespacial metropolitana e deslocamento da população de baixa renda para os municípios a norte da região metropolitana, como Ribeirão das Neves, o que causou uma ocupação irregular e clandestina no município (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

De 1968 a 1974, no período do “milagre econômico”, Ribeirão das Neves é beneficiada diretamente com a construção da BR-040 e da CEASA (Central de Abastecimento), em Contagem, onde seus comerciantes, até hoje, concentram o maior volume de compras para suprir seus estabelecimentos. Toda a produção agrícola do município era

levada para ser comercializada em Belo Horizonte e no CEASA (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). A instalação desse grande equipamento na divisa com Ribeirão das Neves sinalizaria uma segunda frente de expansão do mercado de terras no município – além da utilização agrícola – especialmente a partir dos anos de 1970: a produção imobiliária (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Aspectos Socioeconômicos

Ribeirão das Neves, com uma população de 303.029, segundo estimativas do IBGE/2012, possui mais de 30% da população do Município na faixa de mais baixa renda. Verifica-se que 77,3% dos chefes de domicílios do município recebem mensalmente dois salários mínimos ou menos e os que recebem maior renda, acima de dez salários mínimos, são 1,6% (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O município apresenta um percentual relativamente baixo da população economicamente ativa – 35,6% em 1991 (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009), a maioria das ocupações em atividades pouco remuneradas, como trabalhadores do comércio, prestadores de serviços especializados, operários da construção civil e trabalhadores domésticos – incluindo algum trabalho agrícola (IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008) (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). Observam-se altas taxas de desemprego no município, que possui reduzida inserção industrial e baixa renda *per capita* (Observatório das Metrópoles, 2006/FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Ribeirão das Neves possui um perfil populacional bastante jovem, sendo mais de 30% da população com idade entre 0 e 14 anos (Observatório das Metrópoles, 2006) (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009). Analisando o nível de escolaridade dos responsáveis por domicílio, observa-se que há uma predominância de pessoas com níveis fundamental e médio (IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008) (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Observa-se ainda que Ribeirão das Neves constitui o município com a pior renda *per capita* dentre os municípios da RMBH, sendo de R\$359,80 em 2006 – em Belo Horizonte foi R\$1.284,79 – (Secretarias Municipais da Fazenda e EC E STN – CF. IGC/UFMG, IPPUR/UFRJ, 2008) (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, introduzido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para captar os aspectos sociais do desenvolvimento, além da dimensão econômica; classifica os municípios como apresentando IDH baixo (de 0 até 0,5), médio

(entre 0,5 e 0,8) ou alto (acima de 0,8). O IDH de Ribeirão das Neves é considerado médio, e mesmo ocupando uma posição inferior na classificação dos municípios mineiros, ocupa o 673º lugar dentre os 853 municípios do Estado (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

Ribeirão das Neves ocupa o 6º lugar no ranking de violência e o 9º lugar no índice de exclusão social dentre os 34 municípios da RMBH (Pochmann; Amorim, 2003) (FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO, 2009).

No ano de 2011, segundo dados do DATA/SUS, a taxa de homicídios por 100 mil habitantes municipal é de 52,05, enquanto a taxa nacional é de 27,13 por 100 mil habitantes. Está na 50ª posição no ranking nacional, de acordo com o número de assassinatos, e na quinta posição, no ranking estadual. A participação do município no total de homicídios nacional é 0,30% e 3,68%, no plano estadual de homicídios. Apresentou taxa de homicídios de 94,8 óbitos/100 mil habitantes para homens, e de 9,9 óbitos/100 mil habitantes para mulheres, no ano de 2011.

VII - DETERMINANTES DA SAÚDE

No final dos anos 70, a Conferência de Alma-Ata (2002), e as atividades baseadas no lema “Saúde para todos no ano 2000” devolveram foco no tema dos determinantes sociais. Na década de 80, entretanto, a hegemonia do enfoque da saúde como um bem privado moveu novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as “Metas do Milênio”, novamente cedeu lugar à ênfase nos determinantes sociais, que se estabeleceu em 2005, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (BUSS, 2007). Esta comissão teve como objetivo viabilizar, em âmbito internacional, uma ampla divulgação sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate o adoecimento de saúde que geram (BUSS, 2007).

O entendimento do que seja os determinantes sociais da saúde é essencial para perceber a amplitude das ações a serem desenvolvidas quando se propõe uma atenção integral à saúde de uma população. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS (Determinantes Sociais da Saúde) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. E a comissão da

Organização Mundial da Saúde (OMS), que recebe o mesmo nome, adota uma definição mais reduzida, afirmando que os DSS são as condições sociais em que as pessoas convivem⁴⁸.

Quando se propõe atuar de forma integral no atendimento à saúde de uma população, deve-se levar em conta, inclusive, a identificação dos determinantes sociais de saúde relacionados às situações de vida dos indivíduos e da população. Julgando que a estratégia de promoção de saúde possa agigantar ações de intervenção que acabem incidindo nos determinante de saúde, a finalidade de propor ações que tenham esta clareza faria toda a diferença na realidade das cidades, sinalizando ser uma direção possível para o avanço do enfrentamento da violência.

A condição de saúde e doença recebe influência de diversos fatores sociais, econômicos, ambientais e também a responsabilização do auto cuidado que agem na qualidade de vida da população (MENDES, 2013). Diante desta constatação, é primordial identificar os determinantes e condicionantes da saúde, já que podemos nos deparar com diferentes perfis epidemiológicos em um mesmo espaço geográfico, com eventos e fatores agravantes complexos e, por isso, as ações de intervenção devem ser pensadas de formas diversas nos planos micro, médio e macro, visto que assim conseguirão atingir cenários diferenciados e um número maior de pessoas.

Essas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de redução de desigualdades relacionadas às diferenças sociais, além de estimular ações intersectoriais entre os diversos níveis da administração pública, devem estar também acompanhadas por políticas mais amplas de caráter transversal que objetivem fortalecer a coesão e ampliar a participação das comunidades vulneráveis, além de viabilizar a participação social no traçado e na efetivação de políticas e programas (BUSS, 2007). Dessa forma, quando se propõe articular participação social e ações de promoção de saúde como estratégia de enfrentamento da violência, acredita-se que esta composição potencializa o envolvimento e o fortalecimento das relações dos indivíduos e da comunidade na busca de solução e mudanças para a melhoria da qualidade de vida.

VIII - RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados sob a forma de 02 artigos:

O Artigo I intitulado: “Participação Social, Promoção de Saúde e a Prevenção da Violência no SUS ”, constitui um artigo de revisão sobre a participação no SUS, a promoção e a prevenção da violência.

O Artigo II, de resultados, com o título: “Relação entre promoção de saúde, participação e situação de violência, entre usuários da Atenção Primária em Ribeirão das Neves, Minas Gérias, Brasil”.

IX - ARTIGO I

Participação Social, Promoção de saúde e Prevenção da violência no SUS

Social Participation, Health Promotion and Prevention of Violence in SUS

¹Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

²Elza Machado de Melo

³Victor Hugo Melo

¹Mestranda do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)- Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG- Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Professor do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)- Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente:

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Endereço: R: Apaches 67 casa 2 Santa Mônica – Cep: 31530-280 – Belo Horizonte\MG, Brasil. Email: marciapsico2004@yahoo.com.br

Resumo:

Este artigo tem como objetivo refletir sobre os desafios e possibilidades dos processos que constroem a participação social, a promoção de saúde e a prevenção da violência no SUS (Sistema Único de Saúde), levando-se em consideração a relevância da articulação entre eles. Para isso foi feita uma revisão bibliográfica sobre estes temas com ênfase para aquele que trata da participação social. Neste quesito, foram selecionados três aspectos a serem aprofundados: ausência de informação e conhecimento sobre as legislações vigentes, identificação de equívocos nas estruturações dos espaços instituídos e ações propostas para o seu fortalecimento. Realizou-se, também, uma reflexão sobre a promoção de saúde como estratégia e outra sobre a prevenção da violência na referida área. Concluiu-se que conhecer o desafio da participação social é fundamental para a utilização desses espaços em defesa da saúde, seja na sua promoção, na prevenção da violência ou na atenção primária junto às comunidades.

Palavras chaves: participação social, promoção de saúde, prevenção à violência.

Summary:

This article aims to reflect on the challenges and possibilities of the processes that build social participation, health promotion and the prevention of violence in the SUS (Unic Health System), taking into account the importance of the relationship between them. For this was made a literature review on these topics with emphasis on that which deals with social participation. In this regard, we selected three aspects to be deepened: lack of information and knowledge about the current legislation, identifying mistakes in the structuring of established spaces and proposed actions to strengthen it. We also made a reflection about the health promotion as a strategy and the other on the prevention of violence in that area. It was concluded that meet the challenge of social participation is essential to the use of these spaces to protect the health, either in its promotion, prevention of violence or in primary care in the communities.

Keywords: social participation, health promotion, prevention of violence.

Introdução

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo¹. Nos anos de 1970, os movimentos sociais e o Movimento de Reforma Sanitária, foram determinantes para o processo de amadurecimento de um novo sujeito social brasileiro, consciente dos deveres e direitos de cidadania e da importância de sua participação no cotidiano para transformação da sociedade². Com a estruturação de um novo modelo de Atenção à Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se um potente protagonista e agenciador de mudanças. A utilização do conceito ampliado de saúde e a participação social tornaram-se essenciais para o desenvolvimento das práticas de atenção á mesma². Esta nova forma de funcionamento e organização promoveu a inclusão de novos atores e novos fazeres na rotina dos serviços e na relação com a comunidade.

Na participação social, os mecanismos democráticos são utilizados no intuito de potencializar o envolvimento das comunidades na eleição dos pontos prioritários, na tomada de decisões, na execução e no monitoramento dos projetos desenvolvidos. Este mecanismo ativo de participação da população tem como inferência a autonomia dos sujeitos e das comunidades³. Viabilizar a realização de práticas democráticas resolutivas na sociedade potencializa o controle social, uma vez que a participação não é simplesmente um conteúdo teórico que se transmite somente, e tampouco uma habilidade que se possa adquirir pela repetição de ações, mas, sim, um entendimento e um comportamento a ser construído pela reflexão crítica e pelo amadurecimento do cidadão⁴. Com a participação social ganhando espaço nas agendas das Políticas Públicas de Saúde, o setor passa a ser um importante aliado para a promoção e a ampliação de ações de intervenções no cotidiano da população. Nesta perspectiva, pensar em promover a prevenção e o enfrentamento da violência na sociedade, requer compreender também o processo de participação social no SUS e seus desafios.

Este artigo tem como objetivo fazer uma reflexão sobre os desafios encontrados no processo de participação social no SUS e a importância de estratégias, na promoção de saúde, no enfrentamento e na prevenção da violência.

Metodologia

Foram selecionadas publicações a partir do ano 2000 entre os artigos disponíveis no Portal CAPES. Os descritores utilizados foram: “participação no SUS”; “violência (prevenção e controle)”; “promoção de saúde no SUS”. Foram identificados 1.342 artigos e selecionados, a partir das três palavras chaves, 145 artigos. Após a leitura, foram selecionados 33 artigos. Desses, 16 eram ligados ao tema participação social/control social; 10 versavam sobre promoção de saúde e 7 sobre prevenção à violência. Foram incorporadas também as Políticas Públicas no Brasil, assim como os documentos e orientações de Agências e Conferências Nacionais e Internacionais que se ocuparam também dos temas estudados. Por fim, foram incorporados textos utilizados usualmente para discutir, no âmbito da saúde, a questão da promoção da mesma e da prevenção da violência.

Contextualizando a participação social no SUS

Com a promulgação da Constituição, em 1988⁵, a saúde passou a ser reconhecida como direito de todos. Criou-se, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), que instituiu uma nova forma de atenção à saúde. A partir deste marco histórico, leis e portarias foram instituídas para conduzir e normatizar uma nova prática. Na Lei nº 8.080, de 19/09/1990, chamada Lei Orgânica da Saúde⁶, reafirmou-se o princípio e a ideia de participação na produção da mesma e, com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990⁷, o controle social, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das instâncias colegiadas, como a Conferência Nacional de Saúde e os Conselhos de Saúde, ambas com regimento próprio. A primeira tem periodicidade de quatro anos e é composta por diversos segmentos sociais que devem avaliar a situação de saúde e propor diretrizes. Os conselhos, por sua vez, têm caráter permanente e deliberativo, devem formular estratégias e controlar amplamente a execução de políticas. São compostos por 50% de usuários; a outra metade é dividida entre representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da saúde.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1937, porém até 1990 era um órgão consultivo do Ministério, e seus conselheiros eram indicados pelo governo. De 1990 até

2006, a organização e competências do CNS foram alteradas, aproximando-o da legislação do SUS (CNS, s.d.). Hoje o CNS é composto por quarenta e oito membros titulares, cada um com dois suplentes, indicados pelas entidades e eleitos a cada três anos⁸. A composição das entidades participantes segue a paridade estabelecida na Lei 8.142/90⁷, sendo cinquenta por cento formadas por representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS, e cinquenta por cento, representante de entidades de profissionais de saúde incluída a comunidade científica, representantes do governo, entidades prestadoras de serviços, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e entidades empresariais com atividade na área de saúde⁸.

A Resolução 333, de 04/11/2003⁹, que foi substituída pela a resolução 453, de 10 de maio de 2012¹⁰, ambas do Conselho Nacional de Saúde, estabelecem as recomendações e diretrizes para criar, estruturar, reformular e também para o funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde, onde são consideradas as ampliações dos conselhos, como os Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais, que incluem os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Pacto pela Saúde, definido pela Portaria 399/2006, do Ministério da Saúde, comprometeu os gestores públicos a priorizarem o atendimento das necessidades de saúde da população brasileira¹¹. De seus três componentes (Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão) destacamos o Pacto em Defesa do SUS, por abordar a busca pelos princípios do sistema de saúde, sendo o mais voltado para a participação social. Dentre as ações do Pacto em Defesa do SUS, encontram-se o estabelecimento de diálogo com a sociedade para além dos limites institucionais e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais. O Pacto de Gestão também aborda esse tema ao reiterar a importância da participação e do controle social, fazendo deles diretrizes da gestão do SUS e comprometendo-se com sua qualificação. Este tema tem sido considerado um importante mecanismo de fortalecimento do SUS. Segundo Coelho²:

“[...] a existência de um sub-bloco de financiamento específico para participação e controle social e a explicitação das responsabilidades de cada esfera de gestão relativas a essa dimensão do SUS promovem o fortalecimento dos espaços e mecanismos onde ela se dá [...]” (p.144).

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde¹² foi criada com a intenção de informar o cidadão sobre os seus direitos e deveres como usuário do SUS. Nela, destacam-se seis princípios de cidadania, contidos na legislação. A maioria desses princípios relaciona-se ao atendimento médico. Quanto à participação e ao controle social, o documento declara o direito de acesso às instituições, onde podem ser feitas sugestões, reclamações e denúncias, além do direito de participar de conferências, conselhos de saúde e conselhos gestores, seja como representante, seja indicando seus representantes.

A Política nacional de Gestão Participativa (PNGEP) – PARTICIPASUS¹³ ressalta, no âmbito da gestão participativa, a importância de práticas e mecanismos que formulem e deliberem coletivamente políticas em saúde e considera como um desafio efetivar a participação popular, que deve ser alcançada por meio da ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças. Quanto à ouvidoria, a política propõe a criação de alternativas eficientes de informação e de escuta da população, além de aumentar a divulgação das prestações de contas e dos relatórios de gestão como uma forma de fomentar a gestão do SUS. Em relação à auditoria, há uma preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados, contribuindo para a garantia do acesso e da atenção aos usuários e em defesa da vida. O monitoramento, avaliação e controle da gestão do SUS são tidos como uma forma de qualificação da gestão do sistema e como importante eixo para integração de todos os outros.

Em 23 de maio de 2014 foi publicado no Diário Oficial da União (Brasil), o Decreto nº 8.243/2014¹³, que institui a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. No decreto, as instâncias e mecanismos de participação social são nomeados sem prejuízo da criação e do reconhecimento de outras formas de diálogo entre administração pública federal e sociedade civil. Destaca a participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia e a consolidação da participação social como método de governo. Institui o Comitê Governamental de Participação Social (CGPS), para assessorar a Secretaria-geral da Presidência da República no monitoramento e na implantação da PNPS e na coordenação do SNPS e ressalta a criação de uma Mesa de Monitoramento das Demandas Sociais, instância colegiada interministerial responsável pela coordenação e encaminhamento de pautas dos movimentos sociais e pelo

monitoramento de suas respostas. Este decreto vem originando polêmica e motivado discussões nas bancadas políticas e entre os críticos na sociedade. Mas não se pode negar que se trata de um mecanismo institucionalizado que reafirma a participação social promovendo uma política de governo, ou seja, que estimula a participação dos conselhos, movimentos sociais e da população através de medidas governamentais.

A partir desta síntese histórica, pode-se constatar que existem diversos documentos já institucionalizados que compõem as diretrizes e princípios sobre o processo de participação no SUS. Contudo, a participação ou controle social, termos utilizados, na saúde como equivalentes, ainda se apresentam incipientes e pouco executados no cotidiano da saúde pública no país.

Nos artigos estudados, o tema participação no SUS foi assinalado de forma destacada, onde se pode observar problemas que convergem e se relacionam à constituição, à organização e à necessidade de fortalecer o funcionamento dos espaços institucionalizados de participação social. A maioria dos autores identificou três categorias a serem investigadas: 1) ausência de informação e conhecimento sobre as legislações vigentes, 2) identificação de equívocos encontrados nas estruturas dos espaços instituídos fragilizando, assim, o funcionamento, e 3) estratégias propostas para o fortalecimento da participação social. Analisar estes pontos auxilia na compreensão, ampliação e qualificação de práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde. Sobre o primeiro ponto verificou-se que em vários estudos foram relatados a ausência de informação e de conhecimento dos participantes sobre as bases legais e a ideologia da participação social em saúde, o que é apontado como um significativo complicador, que acaba fragilizando o funcionamento e a efetivação da participação no cotidiano das cidades (Cotta¹⁵ e⁴, Bispo Junior¹⁶, Martins¹⁷, Souza¹⁸, Sorroto¹⁹ e Vazquez²⁰). Ainda, segundo estes autores, os conselheiros e/ou membros dos conselhos de saúde, não têm claro qual é a sua função, tampouco seus direitos e deveres como representantes de uma população, o que a sua contribuição com o processo de mudança em sua comunidade. Reconhecem que alguns conselheiros se equivocam em relação ao seu papel e que, somente o fato de os conselhos estarem institucionalizados não implica, necessariamente, na promoção da participação da comunidade e, conseqüentemente não pode ser entendido como exercício do controle social da saúde.

Vazquez²⁰, ao estudar o processo de participação no SUS, identificou duas ações básicas em saúde, uma individual e outra coletiva. A primeira é a contribuição que cada

indivíduo pode realizar, por meio de atividades diversas, em prol da comunidade. A segunda é definida a partir de ações desenvolvidas para o interesse coletivo, podendo envolver uma ou mais instituições e a comunidade. Estas percepções do desenvolvimento de ações individuais e coletivas se apresentam de forma sutil no cotidiano dos serviços e, às vezes, podem ser observadas tanto no comportamento dos usuários como dos trabalhadores repetindo, assim, um comportamento existente culturalmente, sem compreender a importância de adotarem uma postura de reflexão nos espaços em que circulam e coparticipam.

Outra questão levantada pelos pesquisadores diz de uma percepção da participação social da utilização das unidades de saúde, mais especificamente das dificuldades de acesso e da necessidade de melhorar a oferta de serviço à população. Portanto, se o que se busca é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões relacionadas com a gestão do SUS, ainda se faz necessário realizar amplas campanhas de educação à comunidade, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS²⁰. A educação permanente que também é uma das orientações das diretrizes do SUS pode ser uma estratégia importante na construção dessa mudança cultural.

O segundo ponto, largamente comentado, diz respeito aos equívocos encontrados nas estruturas dos espaços instituídos, entre eles: influência de poder do governo podendo privilegiar o setor privado em detrimento do setor público; hegemonia de grupos ou de lideranças carismáticas; dificuldades de legitimação dos conselhos, em consequência da falta de paridade, baixa frequência dos membros, pequeno número de reuniões e agendas voltadas para o próprio conselho ou pautadas somente nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Segundo esses estudos, os próprios conselheiros sinalizam uma preocupação com a baixa participação da comunidade e as questões relativas à organização do próprio conselho, mais um desafio a ser enfrentado para a continuidade das ações a serem desenvolvidas na comunidade (40%) (Cotta¹⁵, Bispo Junior¹⁶, Guizardi²¹, Soroto¹⁹, Quintanilha²², Martins¹⁷, Batista²³, Souza¹⁸, Shimizu²⁴ e Oliveira²⁵).

Outro ponto destacado é o equívoco relativo ao fato da representação referir-se somente aos aspectos diretamente ligados à categoria do representante, ou seja, acreditar que a representação significa dizer e esclarecer questões do funcionamento da unidade e das ações desenvolvidas no cotidiano¹⁷. A estruturação e forma de funcionamento podem camuflar outros problemas significativos na condução dos trabalhos, ou seja, a existência de uma organização centralizadora e burocratizada dificulta o diálogo e a construção coletiva²⁴.

A participação em saúde se tornou um tema fervoroso nas discussões no campo teórico, com o interesse das instâncias formadoras, potencializando assim as mudanças que se propõe no novo modelo da atenção básica de saúde. No entanto, ainda temos que avançar nesta discussão junto às equipes multidisciplinares da atenção básica, destacando a importância do papel dos trabalhadores neste processo para o maior envolvimento da comunidade, pois a compreensão e participação dos trabalhadores viabiliza o surgimento de espaço de diálogo e possibilita uma quebra da relação saber-poder reforçada pelos profissionais, pela academia e veículos de comunicação, em nome do status do saber acadêmico científico na sociedade²². Portanto, podemos dizer que existe uma necessidade de “remodelagem” das relações no processo de trabalho e na relação com a comunidade. Essas mudanças podem começar quando os sujeitos envolvidos ocuparem seus lugares de cidadãos conscientes e cientes de seus direitos e deveres, provocando assim uma mudança no cotidiano e na sociedade.

O terceiro ponto a ser destacado é a formulação de propostas para melhorar a qualidade e participação democrática no SUS que, se efetivadas, poderiam promover mudanças e avanços no processo de ampliação de participação. Foram nomeadas algumas estratégias práticas e outras mais amplas e gerais, tais como: divulgar mais amplamente as atividades dos conselhos municipais de saúde e convidar a população para participar do conselho; reconhecer a Estratégia Saúde da Família como fazendo parte controle social; sensibilizar os gestores em saúde de forma a que atendam as necessidades sociais definidas pelos conselhos; estabelecer parcerias com outras instituições e entidades, intra e intersetoriais, principalmente na área de formação de recursos humanos (Cotta⁴, Ferreira²⁶, Bispo Junior¹⁶, Guizardi²¹, Batista²³, Severo²⁷, Souza¹⁸ e Shimizu²⁴).

A participação popular e a institucionalização dos conselhos como espaço de participação e controle social nas ações do Estado pode ser reelaborado, viabilizando a livre expressão das demandas e necessidades de saúde da população². Sem perder de vista que o conselho seja um lugar legítimo de discussão, conflito, de resistência e de tensões, no sentido de juntos buscarem resolver os problemas de saúde da população¹⁸ visto que o controle social e a cogestão atuante caracterizam instâncias potentes de decisões²⁶. Só assim poderemos acreditar em uma verdadeira participação, fortalecida e envolvida com a população e que possa contribuir com a mudança da sociedade.

Promoção de Saúde como estratégia

O termo “promoção da saúde” aparece pela primeira vez em 1920, no contexto do final da primeira guerra mundial, e com o surgimento dos movimentos comunitários e das organizações de trabalhadores, que buscavam alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população²⁸.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, e recomendou a adoção da Atenção Primária como estratégia fundamental e porta de entrada do sistema de saúde. A promoção de saúde foi referida na Conferência como estratégia para melhorar a saúde das pessoas e para reduzir os custos da atenção à mesma.^{29,30}

No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária (a partir de 1970) promove a discussão crítica do modelo de assistência à saúde, lançando as bases para a construção e a viabilização do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse movimento que foi de suma importância para as mudanças que estavam por vir, sustenta-se em inovadoras formas de atenção em saúde que, de certa forma, se agregam ao fazerem oposição à concepção hegemônica anterior, centrada nos pressupostos biomédicos³.

A estratégia de promoção da saúde é adotada pelo SUS como uma possibilidade de enfocar os determinantes do processo saúde-adoecimento como por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água¹. Deste modo, na promoção da saúde a integralidade do cuidado é fundamental para se alcançar uma melhor qualidade das ações de prevenção, recuperação e reabilitação³¹.

Portanto, definição da atenção básica como eixo central da reestruturação do modelo assistencial, uma nova lógica de organização dos serviços e uma redefinição na atuação dos profissionais é fundamental³². Nessa direção, o desafio colocado consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial que dialogue como os diversos setores governamentais e não governamentais juntamente com a sociedade, onde todos sejam partícipes no cuidado com a saúde¹.

A promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores e visa, também romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento, bem como reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem¹. A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção - usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores -, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida¹. O maior desafio da promoção de saúde é vencer o paradigma do sistema tradicional que se sustenta na doença, para um que prioriza a vida e a saúde em seu conceito amplo, pautado em relações horizontais e corresponsabilização do cuidado em saúde³. Realizando assim uma transformação e ampliação do acesso da assistência à saúde dos brasileiros.

O compromisso do setor Saúde, na articulação entre setores, é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos que envolvem todos os setores da sociedade e, portanto, devem fazer parte de suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde, nas várias esferas de decisão, convocar os outros setores a considerar os parâmetros sanitários na avaliação da melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas.¹

Nos últimos anos, a promoção de saúde vem se apresentado com uma estratégia favorável para enfrentar os vários problemas que afetam a população. Diante da ampliação da compreensão do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção de espaços de diálogo e valorização entre os saberes técnicos e populares somam novas saídas consideradas prósperas²⁹. Assim sendo, instigar a reflexão junto à Atenção Primária de Saúde sobre a efetivação da estratégia de sua promoção alargaria as possibilidades de intervenções das ações desenvolvidas, propiciando a aproximação da população com os serviços de saúde abrandando, assim, as possíveis dificuldades inerentes ao cotidiano dos serviços. Dessa forma, a utilização da estratégia de promoção de saúde seria um mecanismo potente de sensibilização, mobilização e intervenção diante dos múltiplos e complexos determinantes da área, como também para o já citado fenômeno da violência. A promoção de saúde como novo e promissor paradigma³³, com seus princípios constituintes tais como integralidade do cuidado e prevenção, potencializam uma mandato para o avanço e desenvolvimento da prevenção a violência na saúde.

Nos artigos avaliados, o tema promoção de saúde é discutido e analisado reconhecendo as polêmicas existentes desde o início de sua proposição e criação. Ao mesmo tempo, destaca sua ousadia enquanto proposta inovadora no desenvolvimento da atenção integral à saúde da população. Entre os autores estudados, vários identificam alguns pontos que evidenciam o grande avanço que esta proposta pode acarretar, mas também a veem como um grande desafio para a efetivação de sua prática no cotidiano dos serviços de saúde. Dessa forma, a proposta de promoção de saúde já surge provocando mudanças e amplia, não só, a compreensão do conceito de saúde mas, também, a perspectiva do desenvolvimento de sua prática no cotidiano (Ferreira Neto³⁴, Costa³¹, Silva-Ariole³, Onocko-campos³⁰, Bispo Junior³², Arreaza³⁵, Moretti³⁶, Santos³⁷, Ayres³³ e Buss²⁹).

Alguns pontos comuns assinalados nos artigos de forma significativa foram o antagonismo que a política de promoção de saúde provocou desde a sua origem: a necessidade de avançar na superação entre práticas individuais e práticas coletivas^{34,35}, a ampliação da compreensão do processo-doença e de seus determinantes, a revalorização do social como fonte e explicação dos problemas de saúde e os recursos a serem mobilizado para enfrentá-los²⁹. Salientam que apesar de promissora a proposta de promoção de saúde é desafiadora e complexa, pois implica no estabelecimento de agendas públicas e ações inter setoriais com a participação de diversos atores e organizações³⁵. Destacam a importância da participação e o empoderamento da população, desenvolvimento de competência e habilidades, capacitação, e o acesso à informação, como estimuladores da cidadania³⁶. A promoção de saúde parece, assim, promover a autonomia do cidadão, ao evidenciar a oportunidade de mobilização e intervenção, e ao promover o fortalecimento de políticas públicas que possam favorecer a sustentabilidade e a continuidade de ações que possam contribuir com a mudança cultural e, conseqüentemente com a mudança de comportamento da população.

Portanto, ao se fazer uma reflexão sobre os desafios encontrados no processo de participação social no SUS, associando com a importância da estratégia de promoção de saúde, observa-se que a institucionalização da política por si só não garante a efetivação das ações no cotidiano dos serviços. E, ainda, que os desafios de promover a participação social e a promoção de saúde implicam: no conhecimento da legislação e na discussão diária do tema; no esclarecimento de qual é a função de cada membro deste processo (trabalhador e usuários); em elucidar as conseqüências práticas dessa passagem da atenção individual para a coletiva; e, por fim, entender que melhorar a qualidade da atenção e a participação da população

democrática no SUS irá refletir no cotidiano de toda a população. Sendo assim, destacamos o potencial da formação e educação em saúde que poderá contribuir na mudança cultural desta população e da sociedade.

Prevenção à Violência na Saúde

A interpretação do conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma nova concepção do conceito de Saúde, para além de um enfoque centrado somente na doença³⁸. Na década de 80, a existência do predomínio do enfoque da saúde como um bem privado movimentou-se para uma concepção focada na assistência médica individual, porém na década seguinte desloca-se novamente dando lugar a uma ênfase nos determinantes sociais da saúde, dando origem às Comissões Sociais da Saúde do OMS³⁸. Sendo assim, propor intervenções para o enfrentamento e prevenção à violência na saúde é reconhecer a existência dos determinantes da saúde e a potência do sistema de saúde como um promissor e importante aliado capaz de promover mudanças e melhoria da qualidade de vida na sociedade.

Acredita-se que, a cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em todo o mundo, a violência é uma das principais causas de morte de pessoas em idade reprodutiva, ou seja, aquelas entre 15 e 44 anos³⁹. O Relatório Mundial sobre a Violência e a Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a violência como *“uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”*⁴⁰. A violência tornou-se um problema mundial de saúde pública ao afetar de forma considerável o cotidiano e a qualidade de vida da população em um número crescente de países, e a requerer novas estratégias diferenciadas de enfrentamento e prevenção sobre os indicadores de saúde⁴¹.

Atualmente, a violência tornou-se tão prevista e frequente no cotidiano que deixamos de vê-la como um evento surpresa. Sugestionados por sua presença generalizada, progressivamente temos sido levados a absorvê-la como um elemento inerente à contemporaneidade⁴¹. Diante da delicadeza de se constatar que a percepção da violência tem sido anunciada como uma vocação natural do ser humano, reforça-se a sua naturalização e

perpetuação ligada à condição humana e a vida em sociedade⁴¹. Acredito que, embora a violência tenha ganhado destaque no cotidiano da população, a humanidade não pode concordar que seja um aspecto inevitável à sua existência.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), lançada no Brasil em 2001, busca lidar com a violência em suas várias formas de expressão: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, e violência institucional. Nela, a violência é abordada como um problema de Saúde Pública a ser compartilhado com outros setores, necessitando de definições de estratégias próprias de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos⁴².

Em 2004 foi assinada a Portaria nº 936, do Ministério da Saúde, que define e estrutura o modelo da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, voltada à articulação de ações das três esferas de gestão (nacional, estadual e municipal), e das instituições acadêmicas e organizações não governamentais dedicadas à prevenção da violência⁴³.

É importante reiterar que o problema da violência não pode ser assimilado a partir da investigação isolada de fatos violentos. É importante compreender que a mesma deve ser entendida como um fenômeno em rede, com múltiplos aspectos articuladas entre si. Desta forma, não há um fator único que explique por que alguns indivíduos se comportam violentamente com outros ou por que a violência é mais comum em algumas comunidades do que em outras⁴¹.

Diante deste desafio contemporâneo o sistema de saúde - que é a porta de entrada da população ao cuidado integral -, caracteriza um cenário favorável à implantação da proposta da promoção da saúde, que passa a ser considerada uma estratégia de intervenção no cotidiano dos serviços, envolvendo a discussão dos determinantes sociais da saúde, inclusive a temática de enfrentamento e prevenção da violência, cuja abordagem faz-se obrigatória no mundo. Deve-se ter em conta que a violência decorre de eventos complexos, de diversas origens, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e comportamentais, que podem atuar de forma a lhe dar legitimação institucional⁴⁴. Entende-se, portanto, que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de

vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas¹.

A violência um problema complexo com raízes psicossociais e ambientais e deve ser combatida em níveis diferentes, simultaneamente³⁹. A ação de prevenção da violência faz-se de forma integrada e intersetorialmente entre diversas áreas e um conjunto das políticas sociais, seja com a Educação, a Secretaria Especial de Direitos das Mulheres, a Justiça, a Assistência Social, os Conselhos Tutelares, as universidades e outros parceiros, promovendo a equidade social e de gênero. No manejo dessa articulação é essencial o apoio permanente, a contribuição de informações, conhecimentos sobre prevenção da violência, como também de busca de projetos de intervenções nacionais e internacionais que possam contribuir com o enfrentamento do fenômeno⁴⁴. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, envolvendo ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidam sobre as condições de vida e favoreçam a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham¹.

Na abordagem da violência na saúde pública todos os esforços, pequenos ou grandes, devem ser rigorosamente avaliados³⁹. Portanto, propor intervenções para o enfrentamento da violência significa lançar mão de estratégias que considerem e valorizem um olhar amplo e transversal sobre o fenômeno, podendo assim incorporar a participação social e a promoção de saúde como um caminho possível a ser desenvolvido e efetivado no cotidiano das unidades de saúde.

Vários autores que analisaram o tema prevenção da violência apontaram a necessidade de se compreender cada vez mais este fenômeno contemporâneo presente no cotidiano das cidades, e a importância da sua inclusão na agenda da saúde, como um fenômeno que participa de forma contundente no cotidiano dos serviços. Conhecer, estudar, compreender e dialogar sobre este tema pode significar abrir novos caminhos e possibilidades de intervenção para o enfrentamento e prevenção da violência (Melo⁴⁶, Silva⁴⁷, Andrade⁴¹, Cavalcante⁴⁸, Mascarenhas⁴⁵, Malta⁴⁴ e Dahlberg³⁹). Segundo Dahlberg³⁹ diante de um fenômeno tão complexo como o da violência, pode-se constatar que ela resulta dessa interação complexa dos fatores já assinalados, passando por relações não somente entre os indivíduos, como também pelas suas relações sociais, culturais e ambientais. Sugere que um dos aspectos

fundamentais para a prevenção da violência é a compreensão de como esses fatores estão interligados à geração da mesma.

Perceber a existência do fenômeno da violência e os efeitos no cotidiano dos serviços de saúde é fundamental para se pensar em estratégias de enfrentamento. Reconhecer os fatores de riscos é primordial, pois contribuem para a prática interdisciplinar e multiprofissional em saúde, trazendo à tona o tema e o diálogo tão necessários para a criação de instrumentos que juntamente com os trabalhadores da saúde potencializem seu papel de facilitador na construção de uma rede de proteção às vítimas⁴⁵.

A violência é um termo instigante para diversos autores que têm se debruçado em pesquisas para melhor compreendê-lo, observando orientações pertinentes que podem contribuir na reflexão sobre o problema e suas soluções. Buscam o maior número possível de informações e conhecimento sobre o tema para identificar as causas e valores correlatos, para, enfim, utilizar essas informações afim de planejar, monitorar e avaliar as intervenções, considerando a diversidade de cenário, divulgar todas as informações encontradas e eleger as ações eficientes para multiplicá-las³⁹.

É importante lembrar que, no Sistema de Saúde Pública, as intervenções são tradicionalmente caracterizadas em três níveis de prevenção: a Primária, na qual as abordagens pretendem prevenir a violência antes que ela ocorra; a Secundária, que prevê abordagens centradas nas reações mais imediatas à violência, na forma de cuidado; a Terciária, que estabelece abordagens que focalizam os cuidados prolongados após a violência, como reabilitação e reintegração⁴¹. Portanto, um caminho já está sinalizado para que possam ser pensadas ações de intervenções, envolvendo não só os gestores, trabalhadores e usuários, mas também toda a sociedade.

Considerando a complexidade do fenômeno da violência e a necessidade de sua compreensão não se pode deixar de citar a relevante contribuição de Melo⁴⁵ que lança mão da Teoria da Ação Comunicativa, de Jurgen Habermas, para a discussão da violência. Segundo esta autora⁴⁶:

“[...] a ação comunicativa (entendam-se aqui ação comunicativa e sua forma reflexiva, o discurso) ocorre sempre dentro de um mundo da vida, que é o conjunto de saberes pré-teóricos, implícitos e que, compartilhados pelos participantes da interação e colocados às suas ‘costas’, formam o horizonte da situação que

vivenciam e garantem os recursos utilizados por eles para que se entendam uns com os outros numa dada situação”. (p.11)

“[...] a ação comunicativa e mundo da vida se relacionam de forma circular: o mundo da vida forma o contexto e prove os recursos para que os atores possam se entender uns com os outros e agir de forma cooperativa e concertada; a ação comunicativa é o meio pelo qual o mundo da vida se reproduz (p.11) [...] o mundo da vida e ação comunicativa, juntos, garantem a coesão social, utilizando como recurso básico o elemento de solidariedade, entendida como reconhecimento recíproco entre sujeitos que participam da interação linguisticamente mediada. (p.12).

E, no caso da violência a autora propõe:

“[...] a colonização do mundo da vida nada mais é do que a perda generalizada dessa condição: e, portanto, violência por si própria, que gera mais violência, que, por sua vez, substitui mais ainda processos comunicativos de coordenação da ação (p.13) [...] se a raiz do problema está no comprometimento dos processos comunicativos mediadores das interações, logo, na compressão da ação comunicativa, nada mais lógico do que centrar a abordagem e a prevenção da violência na retomada desse tipo de interação. Por isso, combater a violência antes de tudo é recuperar em cada espaço, no cotidiano, essa competência que nos dá, a todos, a condição de sujeitos, a fala; e explorar, ao máximo, em todos os espaços, as suas potencialidades interativas” (p.15).

De fato, quando se começa a refletir, discutir e dialogar sobre a prevenção da violência, um amplo leque de possibilidades se apresenta, encorajando todos a buscarem mais recursos e soluções para lidar com esta realidade que se manifesta no cotidiano dos serviços de saúde e a organização de um trabalho em rede é fundamental. Enfim, parafraseando Buss²⁸ que de forma primorosa explicita que *“[...] a defesa da saúde e da promoção da saúde junto a políticos e movimentos sociais pode conduzir à adoção mais rápida, e em maior profundidade, das estratégias aqui apontadas [...] (p.176)”*, assim o sistema de saúde, a política de promoção de saúde e a participação social podem fazer toda a diferença na busca de um melhor reconhecimento das causas, assim como de potenciais soluções diante deste desafio tão complexo que é fenômeno da violência no mundo atual.

Dessa maneira, a dinâmica de buscar uma reflexão sobre os desafios encontrados no processo de participação social no SUS, associado à importância da estratégia de promoção de saúde no enfrentamento e na prevenção da violência, parece ser oportuno. Assinala-se que a articulação transversal e a prática da educação permanente no SUS se apresentam como importantes aliados para a ampliação da compreensão, entendimento e percepção do fenômeno da violência e, assim, contribuem para o surgimento de novos caminhos a serem desenvolvidos e efetivados no cotidiano das unidades de saúde.

Considerações finais

A participação social, a promoção de saúde e a prevenção da violência são engrenagens presentes nos Sistema Único de Saúde, coexistindo em etapas diferenciadas, de acordo com a realidade de cada localidade ou região. A participação social e a promoção de saúde têm sido sinalizadas por diversos pesquisadores como uma estratégia importante e indispensável da política pública que merece maior investimento e atenção dos governantes e governados. Colaborar para a ampliação da democratização de diferentes espaços de escuta da sociedade e estimular o desenvolvimento de ações coletivas, pode contribuir para que a população se aproprie coletivamente das tomadas de decisões sobre a construção de políticas públicas e possa, assim, sair da obrigatoriedade burocrática da participação e passar a contribuir efetivamente para resgatar sua saúde e qualidade de vida. Compreender este processo, e observá-lo a partir dos “nós” já sinalizados, pode possibilitar o “tecer” de novas tramas para fortalecer a rede de participação no SUS, à política de promoção de saúde e o enfrentamento e prevenção da violência.

Referências

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 2) COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp. 138-151. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>. (p.144)

- 3) SILVA-ARIOLI, Inea Giovana et al. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2013, vol.33, n.3, pp. 672-687. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>.
- 4) COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.3, pp. 1121-1138. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>.
- 5) BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200.
- 6) BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set., 1990 a. Seção 1, p. 18055.
- 7) BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 31 dez., 1990b. Seção 1, p. 25694.
- 8) BRASIL. Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 jul., 2006 a. Seção 1, p. 1.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 4 dez., 2003. Seção 1, p. 57.
- 10) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 23 fev., 2006b. Seção 1, p. 43.
- 11) BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 453, de 10 de maio de 2012. Substitui a resolução nº 333\03 que define sobre o funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial* nº109. Brasília, DF, 6 de junho de 2012, Seção 13, p 138.
- 12) BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

- 13) BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS – ParticipaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- 14) BRASIL, Brasília, 23 de maio de 2014, Decreto 8.243- Institui a Política Nacional de Participação Social – PNP e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências.
- 15) COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo and MARTINS, Poliana Cardoso. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>.
- 16) BISPO JUNIOR, José Patrício and MARTINS, Poliana Cardoso. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.4, pp. 1313-1332. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000400004>.
- 17) MARTINS, Amanda de Lucas Xavier and SANTOS, Sueli Maria dos Reis. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp. 199-209. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500017>.
- 18) SOUZA, Tatiane Oliveira de; SILVA, Jair Magalhães da; NOBREGA, Samara Souza da and CONSTANCIO, Jocinei Ferreira. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.2, pp. 215-221. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200003>.
- 19) SORATTO, Jacks and WITT, Regina Rigatto. Participation and social control: perception of family health workers. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 89-96. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100011>.
- 20) VAZQUEZ, María Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.2, pp. 579-591. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025>.
- 21) GUIZARDI, Francini Lube e PINHEIRO, Roseni. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais.

Physis [online]. 2012, vol.22, n.2, pp. 423-440. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200002>.

22) QUINTANILHA, Bruna Ceruti; SODRE, Francis and DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. *Interface (Botucatu)* [online]. 2013, vol.17, n.46, pp. 561-573. Epub Sep 10, 2013. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000018>

23) BATISTA, Elizabeth da Costa and MELO Elza Machado de. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 337-347. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100036>.

24) SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antonio José Costa and BERMUDEZ, Ximena Pámela Claudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2275-2284. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>.

25) OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Áurea Maria Zöllner and DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2329-2338. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800017>.

26) FERREIRA, Janise Braga Barros; FORSTER, Aldaísa Cassanho and SANTOS, José Sebastião dos. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2012, vol.36, n.1, suppl.1, pp. 127-133. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200017>.

27) SEVERO, Denise Osório and DA ROS, Marco Aurélio. A Participação no controle social do SUS: concepção do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp. 177-184. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500015>.

28) ARANTES, Rosalba Cassuci; MARTINS Joice L.Appelt; LIMA, Michelle Faria; ROCHA, Rosângela Malard N.; SILVA, Rosalina Carvalho da Silva; VILLELA, Wilza

Vieira. Processo saúde-doença e promoção da saúde: Aspectos históricos e conceituais. *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

29) BUSS, Paulo Marchiori-Health promotion and quality of life (Promoção da saúde e qualidade de vida)*Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

30) ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 43-50. Epub Dec 13, 2011. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000083>.

31) COSTA, Bruna Vieira de Lima et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.1, pp. 95-102. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100011>

32) BISPO JUNIOR, José Patrício. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1627-1636. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074>.

33) AYRES, José Ricardo. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 583-592. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300011>.

34) FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana; RESENDE, Maria Carolina Costa and COLEN, Natália Silva. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.10, pp. 1997-2007. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032912>.

35) ARREAZA, Antonio Luis Vicente and MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2215-2228. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>.

36) MORETTI, Andrezza C.; ALMEIDA, Vanessa; WESTPHAL, Márcia Faria and BOGUS, Claudia M.. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 346-354. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200017>.

- 37) SANTOS, Luciane de Medeiros dos; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida and RAMOS, Luiz Roberto. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2 [cited 2014-03-12], pp. 346-352. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000200024&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200024>
- 38) BUSS Paulo Marchiori, PELLEGRINI Filho Alberto A Saúde e seus Determinantes Sociais - PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- 39) DAHLBERG, Linda L, Krug EG. Violence a global public health problem. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11: 277-92.
- 40) WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.] Krug, Etienne G. ISBN 92 4 154561 5 (Classificação NLM: HV 6625) Citação sugerida: Krug EG et al., eds. World report on violence and health Geneva, World Health Organization, 2002
- 41) ANDRADE, Elaine Vasconcelos de and BEZERRA JR., Benilton. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 445-453. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200013>.
- 42) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 2001.
- 43) BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de núcleos de prevenção à violência em Estados e Municípios. Diário Oficial da União n96, Brasília, 20 maio 2004. Seção 1.
- 44) MALTA, Deborah Carvalho e colaboradores. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* Volume 16 - Nº 1 - jan/mar de 2007.

- 45) MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros and PEDROSA, Ana Amélia Galas. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.4, pp. 493-499. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400016>.
- 46) MELO, Elza Machado. Podemos prevenir a violência. Elza Machado Melo/ Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.: il. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.
- 47) SILVA, Marta Maria Alves e Maeta, Deborah Carvalho, 2010 – Texto: Promovendo uma cultura de paz e prevenindo as violências e acidentes o papel do setor saúde na prevenção das violências e na promoção da cultura de paz. Cap 5. pag 81 a 95 – Livro podemos Prevenir a violência – Teorias e Práticas, Elza Machado de Melo.
- 48) CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. A análise da implantação da PNRMAV ressalta os problemas do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.5, pp.1650-1651. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500003>

X - ARTIGO II

Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da atenção primária em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil.

Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of primary care in Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brazil.

¹Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

²Elza Machado de Melo

³Victor Hugo Melo

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG, Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Professor do Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção de Violência, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autora correspondente:

Márcia Maria Rodrigues Ribeiro

Endereço: R: Apaches 67 casa 02 Santa Mônica – Cep: 31530-280 – Belo Horizonte\MG, Brasil. Email: marciapsico2004@yahoo.com.br

Resumo:

O presente artigo tem como objetivo analisar a relação entre a promoção de saúde, a participação em ações coletivas correspondentes e a violência entre usuários das Unidades de Saúde da Atenção Primária, no município de Ribeirão das Neves, na Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG). O estudo foi realizado em julho de 2012. Para tal, utilizou-se uma abordagem quantitativa e questionário semiestruturado como instrumento de coleta de informação, que foi aplicado em entrevistas individuais com usuários moradores há mais de um ano na região, e que tivessem sido atendidos pelo menos uma vez na Unidade de Saúde à qual se vinculavam. Os dados foram armazenados em banco de dados do Programa SPSS, versão 17.0. Foram entrevistados 628 usuários, sendo a maioria: do sexo feminino (n=426; 73,6%); na faixa etária de 30 a 39 anos (n=150; 24,1%); de cor parda (n=361; 57,8%); estado civil casado\união estável (n=394; 62,7%); com ensino fundamental incompleto (n=296; 48,1%); com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (n=324; 54,7%); no item trabalho a maioria já trabalhou, mas não trabalha mais (n=267; 42,6%). Entre todos os usuários (n=628), no que se relaciona aos tipos de violência foi encontrado: verbal (n=164; 26,1%); psicológica (n=134; 21,4%); física (n=51; 8,1%); sexual (n=12; 1,9%); tentativa de suicídio (n=84; 13,4%); conhece alguém que foi assassinado no bairro (n=414; 65,9%) e se tem familiar ou parente assassinado (n=206; 33%). Sobre a participação dos usuários (n=628) em ações coletivas encontrou-se predominância de raramente ou nunca em: ações esportivas e artísticas (n=502; 80,1%); associações e similares (n=598; 95,2%); trabalho voluntario (n=571; 90,7%). Ao contrário, as atividades ligadas a cultos religiosos houve predominância de sempre ou quase sempre (n=478; 76,1%). Verificou-se maior frequência do não desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primaria no município (n=500; 80%). A análise de correspondência sinalizou que a abaixo frequência de ações coletivas se associou fortemente com a presença de violência verbal, psicológica, física, tentativa de suicídio, ter parente ou familiar que foi assassinado e conhecer alguém que foi assassinado na região onde mora. Na presença de ações coletivas e ausência dos diferentes tipos de violência, pode-se observar que a presença de ações ligadas às atividades esportivo/artísticas se associou à ausência de violência verbal e sexual; a participação em associações/sindicatos se associou à ausência de violência psicológica, física e tentativa de suicídio; ações de trabalho voluntario se associam à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado. A situação de ações coletivas ligadas à atividade de cultos religiosos se associou a não tentativa de suicídio. Concluiu-se que a participação em ações coletivas e de promoção de saúde pode contribuir para o enfrentamento e na prevenção à violência.

Palavras chave: promoção de Saúde, participação, prevenção à violência.

Summary:

This article aims to analyze the relationship between health promotion, participation in relevant collective action and violence between members of the Health Units of Primary in Ribeirão das Neves, that's located in the metropolitan area of Belo Horizonte (MG). The study was conducted in July 2012. We used a quantitative approach and semi-structured questionnaire as information collection instrument, which was applied in individual interviews with residents users for over a year in the region, and they were met at least once in the Health Unit to which were linked. Data were stored in SPSS database, version 17.0. We interviewed 628 users, most being: female (n = 426; 73.6%); aged 30-39 years (n = 150; 24.1%); Mulatto (n = 361; 57.8%); married state \ stable union (n = 394; 62.7%); with incomplete primary education (n = 296; 48.1%); with family income 2-3 times the minimum wage (n = 324; 54.7%); in the work item most of people have worked, but they doesn't work anymore (n = 267; 42.6%). Among all users (n = 628), as it relates to the types of violence, there were: verbal (n = 164; 26.1%); psychological (n = 134; 21.4%); physical (n = 51; 8.1%); sex (n = 12; 1.9%); suicide attempt (n = 84; 13.4%); know someone who was killed in the neighborhood (n = 414; 65.9%) and has a family member or relative who've been murdered (n = 206; 33%). About the participation of users (n = 628) in collective actions met predominance of rarely or never in: sports and artistic actions (n = 502; 80.1%); associations and the like (n = 598; 95.2%); voluntary work (n = 571; 90.7%). On the contrary, the activities related to religious cults predominated always or almost always (n = 478; 76.1%). A higher frequency of non-development actions to prevent violence in primary care in the city (n = 500; 80%). Correspondence analysis indicated that the lower frequency of collective action was strongly associated with the presence of verbal, psychological, physical, suicide attempt, having a relative or family member who was murdered and have met someone who was murdered in the region where they live. In the presence of collective action and absence of different types of violence can be seen that 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; volunteer work actions are associated with the absence of sexual violence, having a relative killed and meet someone who was murdered. The situation of collective actions related to the activity of religious services is associated with no suicide attempt. It was

concluded that participation in collective and health promotion activities can contribute to dealing and violence prevention.

Keywords: promotion of health, participation, violence prevention.

Introdução

Refletir sobre a relação entre promoção de saúde, participação e situação de violência entre usuários da Atenção Primária 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 Atenção Primária de Saúde, concepção fundamentada em um novo modelo de atenção com uma nova estruturação ética social e cultural, 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 coletivas junto à comunidade no espaço da Equipe de Estratégia da Saúde da Família estimula e amplia a existência das ações de promoção de saúde. Entende-se que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país. A estratégia em questão visa à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defende radicalmente a equidade e incorpora a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas².

Dessa maneira, quando se destaca a importância e necessidade de se estimular o processo de participação social nas ações de saúde, subentende-se que a participação social faz parte da identidade da proposta da Atenção Primária. O cuidado em saúde significa também a possibilidade de participação da população no processo de decisão sobre os rumos da saúde pública³. Portanto, é inegável a necessidade da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde, o que significa o reconhecimento da impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes de saúde, a fim de garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à

vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde². Lembrando também que a representação social é uma organização expressiva dos diversos atores envolvidos, seja individual ou coletivamente, com um desejo de mudança e de inovação⁴.

O compromisso do Setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível, que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. Assim sendo, é tarefa do Setor Saúde, nas várias esferas de decisão, convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas².

A sociedade contemporânea se depara com o desafio de enfrentar o fenômeno da violência, que se apresenta multifacetado com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; desse modo, apostar no desenvolvimento de ações de promoção de saúde sinaliza uma possível brecha de encaminhamento para encontrar solução para o problema⁵.

O presente estudo, realizado nas unidades básicas de saúde da atenção primária na cidade de Ribeirão das Neves (MG), buscou identificar e compreender o perfil epidemiológico dos usuários que frequentam as unidades de saúde, além de outras informações: se eles participam de ações coletivas, como percebem e vivenciam as diversas formas de violência, e se reconhecem na Unidade Básica de Saúde, ações de promoção de saúde e de enfrentamento da violência. Ao se analisar essas questões, poder-se-á investigar se a promoção de saúde, tal como o desenvolvimento e participação de ações coletivas que atuem sobre determinantes sociais, contribuem para o enfrentamento e prevenção da violência.

Metodologia

O presente estudo foi realizado por meio de questionário semiestruturado, aplicado em entrevistas individuais a uma amostra de usuários de todas as Unidades Básicas de Saúde do município de Ribeirão das Neves/MG. A cidade de Ribeirão das Neves (MG) é um dos 39 municípios pertencentes à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Está situada a 32

km da capital e abrange uma área de 154,67 km², com uma população de 303.029 habitantes, segundo estimativas do IBGE/2012. O município possui três macrorregionais: Regional Centro, Regional Veneza e Regional Justinópolis. O Município conta com um total de 58 unidades na Atenção Primária de Saúde, com 53 ESF (Equipes de Saúde da Família), atendendo a 65% da população e de 05 UBR (Unidades Básicas de Referência), que atendem a área descoberta de ESF.

Os critérios de inclusão para a dada pesquisa foram: ser morador do local há mais de um ano e ter sido atendido pelo menos uma vez na UBS a que está vinculado. A amostra de usuários, calculada com 4% de erro, foi recrutada de cada uma das 58 Unidades, sendo entrevistados entre 10 e 12 usuários de cada Unidade. Os usuários foram selecionados por ordem de chegada e da posição dos selecionados, segundo uma tabela de números aleatórios. A equipe de entrevistadores foi composta por pesquisadores universitários, com experiência em estudos epidemiológicos, e de colaboradores do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde de Cultura da Paz, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, da Faculdade de Medicina da UFMG, além de profissionais do município de Ribeirão das Neves.

O questionário aplicado foi construído pela equipe de pesquisa, constituindo-se de perguntas sobre características pessoais e sociodemográficas, participação em ações coletivas, percepção de saúde e de perguntas sobre violência. Uma vez respondidos, os questionários foram codificados e digitados, com dupla entrada de digitação, em bancos de dados, utilizando-se o *software* SPSS.

Foram consideradas as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (Idade, Sexo, Raça ou Cor, Estado civil, Grau de instrução, Emprego, Renda familiar); participação (em grupos esportivos e/ou artísticos, participação em grupos políticos e/ou sociais, participação como voluntário em diferentes grupos); desenvolvimento de ações de prevenção da violência pela Unidade de Saúde. Foram definidas como variáveis dependentes: ter sofrido violência física, verbal, moral ou psicológica e sexual; conhecer alguém que foi assassinado na vizinhança, ter alguém assassinado na família, ter feito alguma tentativa de suicídio. Realizou-se uma análise descritiva, com distribuição de frequência e análise de correspondência. A utilização do método de análise de correspondência irá permitir a visualização das relações mais importantes de um grande conjunto de variáveis entre si, onde os resultados são apresentados sob a forma de gráficos com as devidas representações das categorias de cada variável e, por sua vez, onde pode-se observar as relações entre estas, através da distância entre os pontos desenhados⁶.

Para a execução dessa pesquisa, foram observadas as orientações preconizadas na resolução N° 196/2012, 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. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informados a respeito da confidencialidade dos dados colhidos na pesquisa.

Resultados

Características sociodemográficas da população pesquisada

Do total de 628 questionários analisados, predominaram as seguintes características sociodemográficas: sexo feminino (n=426 ;73,6%), faixa etária de 30 a 39 anos (n=150; 24,1%), raça/cor predominante parda (n=361; 57,8%), estado civil casado/união estável (n=394; 62,7%), grau de instrução ensino fundamental incompleto (n=296; 48,1%). A renda familiar predominante foi de 2 a 3 salários mínimos (n=324; 54,7%), e situação de trabalho predominante foi “já trabalhou, mas não está mais trabalhando” (n=267; 42,6%). (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população estudada no município de Ribeirão das Neves, 2012.

Características	N	%	Valor p
Sexo			<0,0001
Homem	166	26,4	
Mulher	426	73,6	
Faixa etária (anos)			<0,0001
Até 24	104	16,7	
25 a 29	62	10	
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	
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
Ensino fundamental incompleto	296	48,1
Ensino 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		0,4483
Até um salário mínimo	178	30,1
2 a 3 salários mínimos	324	54,7
4 a 5 salários mínimos	68	11,5
Acima de 5 salários mínimos	22	3,7
Trabalho		<0,0001
Trabalha e está em atividade	222	35,4
Trabalha mas não está em atividade no momento	94	15,0
Já trabalhou mas não trabalha mais	267	42,6
Nunca trabalhou	44	7,0

Fonte: Dados da pesquisa

Situação de violência na qual estão inseridos os usuários da Atenção Primária

A respeito da percepção da população sobre a situação da violência no município, contou-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 grande número de usuários que conhece alguém que foi assassinado no bairro (n=414; 66,0%), além dos que afirmaram ter algum familiar ou parente que foi assassinado (n=206; 33,0%). Acerca da violência auto infligida, (n=84) 13,4% dos usuários admitiram já haver tido conduta de tentativa de suicídio (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de frequência dos tipos de violências sofridas pelos participantes do estudo realizado no município de Ribeirão das Neves, 2012.

Tipos de violência sofrida	N=628	(%)
Psicológica ou moral		
Sim	134	21,4
Não	490	78
NSA	4	0,6
Violência Verbal		

Sim	164	26,1
Não	461	73,4
NSA	3	0,5
Violência Física		
Sim	51	8,1
Não	573	91,2
NSA	4	0,6
Violência Sexual		
Sim	12	1,9
Não	612	97,5
NSA	4	0,6
Conhece alguém que foi assassinado no bairro e vizinhança da unidade		
Sim	414	66
Não	211	33,6
NSA	3	0,4
Tem familiar ou parente que foi assassinado		
Sim	206	33
Não	419	66,7
NSA	2	0,3
Tentativa de Suicídio		
Sim	84	13,4
Não	543	86,4
NSA	1	0,2

Fonte: Dados da pesquisa. NSA – Não se aplica.

Participação em ações coletivas

Em relação à participação em ações coletivas, observou-se a predominância das seguintes características: a maioria dos usuários raramente ou nunca participou de atividades esportivas e artísticas (n=502; 79,9%), nem de atividades em associações, sindicatos, partidos e similares (n=598; 95,2%), tampouco de trabalho voluntário (n=571; 91,0%). Por outro lado, chamou atenção à predominância da frequência de participação de sempre ou quase sempre em cultos e atividades religiosas (n=478; 76,1%) - (Tabela 03).

Tabela 3 - 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

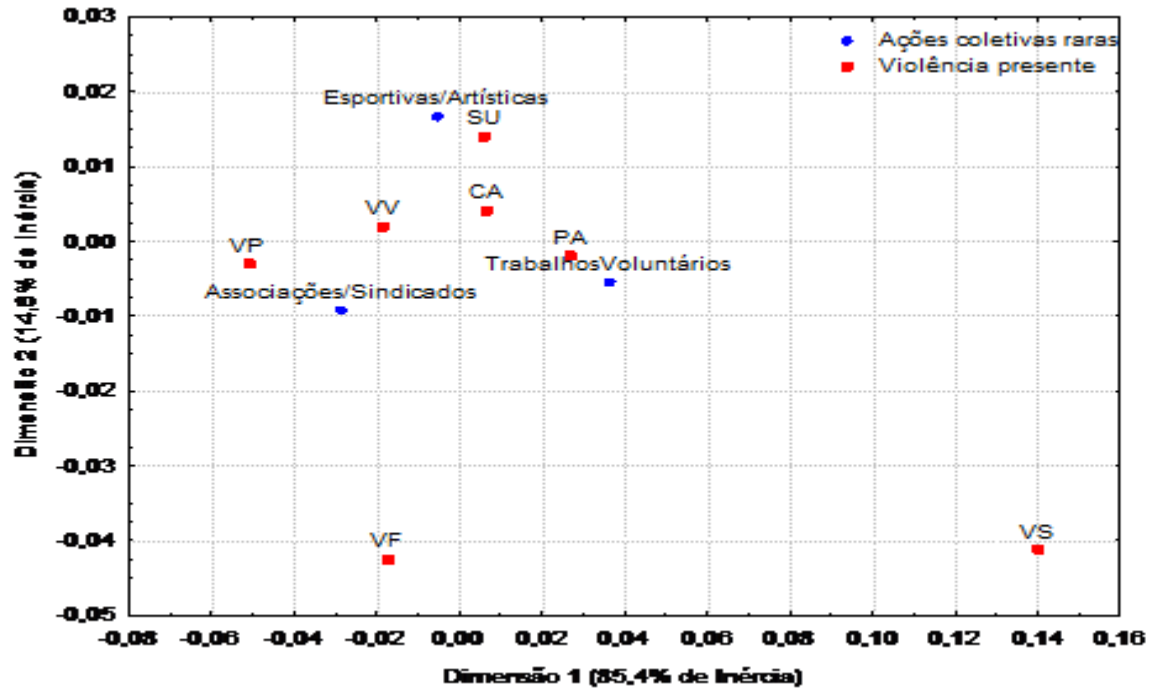
Fonte: Dados da pesquisa. NSA = Não se aplica

* 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 entre ausência de ações coletivas e presença dos tipos de violência, podendo-se constatar que existem forte relações entre estas, quando se observa a aproximação entre os pontos. O resultado da frequência raramente ou nunca das ações coletivas esportivo/artísticas, associações/sindicato e trabalho voluntario esta 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: Análise de correspondências entre ausência de ações coletivas e presença de violência no município de Ribeirão das Neves, 2012.

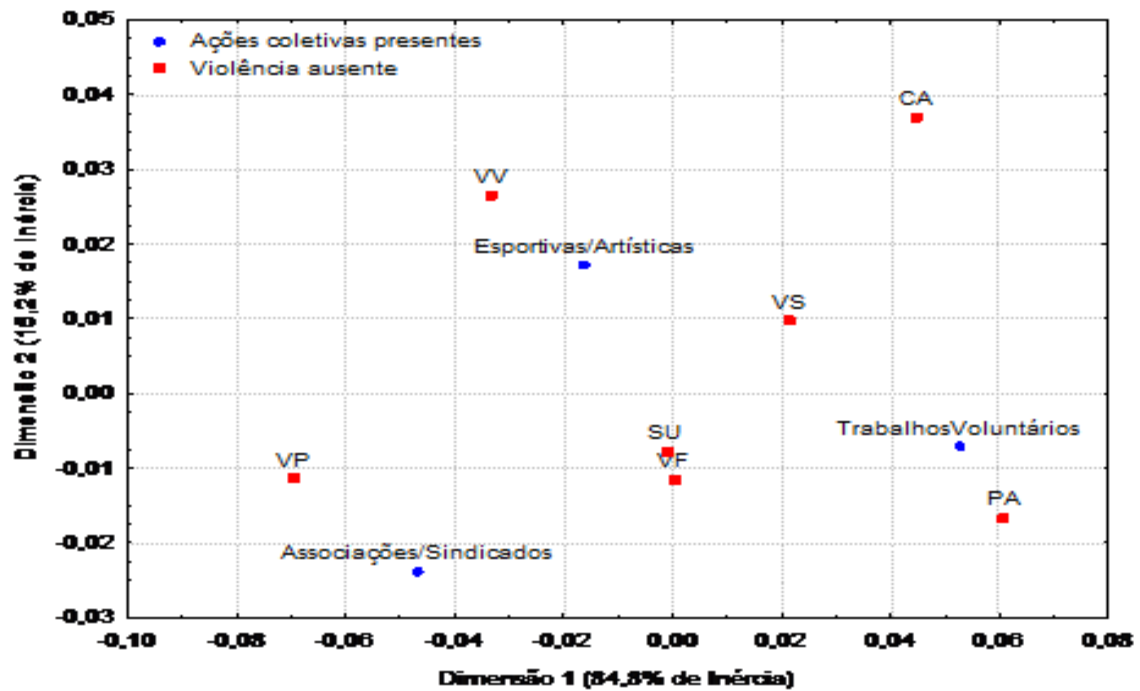


Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: 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 apresenta a análise de correspondência entre a presença de ações coletivas e ausência dos diferentes tipos de violência, pode-se observar que a presença de ações ligadas às atividades esportivo/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; ações de trabalho voluntario se associam à ausência de violência sexual, ter parente assassinado e conhecer alguém que foi assassinado. (Figura 2)

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

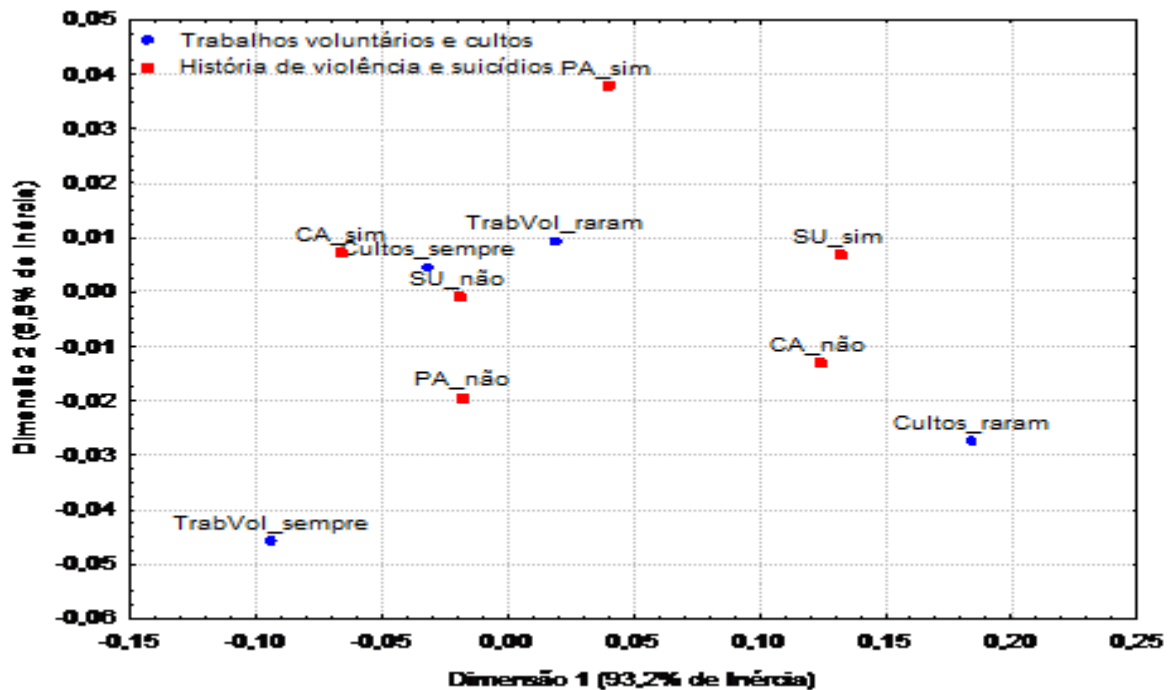


Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: 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 história de violência e suicídio com trabalhos voluntários e cultos religiosos. Pode-se observar que existem associações entre estas, tendo em vista a aproximação entre os pontos. O resultado encontrado chama atenção para a presença sempre ou quase sempre de ações ligadas a cultos religiosos estarem associados a não tentativa de suicídio e, por outro lado, à frequência raramente ou nunca desta ação se associar ao sim de tentativa de suicídio. As outras variáveis, em função da baixa frequência de resposta, prejudicaram a análise da associação dos resultados.

Figura 3: Análise de correspondências entre história de violência e suicídio com trabalhos voluntários e cultos religiosos no município de Ribeirão das Neves, 2012.



Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: 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.

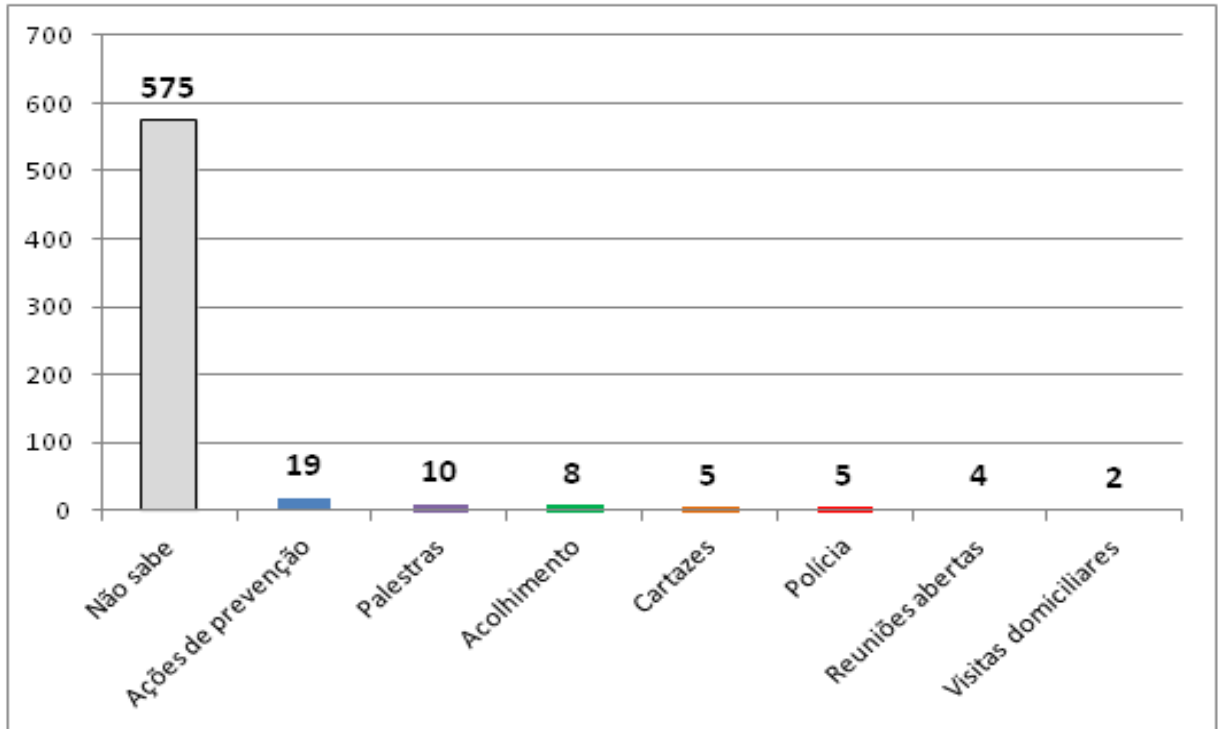
Ações de prevenção da violência na Unidade Básica de Saúde

Verificou-se que existe uma predominância da não identificação do desenvolvimento de ações de prevenção à violência da Unidade Básica de Saúde (n=500; 80,0%), e que apenas uma minoria de usuários afirma que a UBS realiza ações de prevenção (n=86; 14,0%).

Observa-se, na Figura 4 que, ao serem perguntados sobre quais seriam essas ações, a maioria dos usuários não sabia responder quais delas eram desenvolvidas (n=575; 92,0%). Notou-se também que apenas 3% dos entrevistados apontaram a existência de ações de prevenção nas unidades de saúde. Aproximadamente 1% dos usuários citou a colocação de

cartazes e faixas como ações de prevenção à violência. Esse mesmo percentual de usuários acredita ser função da polícia o desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

Figura 4- Ações de prevenções desenvolvidas pelas equipes das UBS, na visão dos usuários, no município de Ribeirão das Neves, 2012.



Fonte: Dados da pesquisa

Discussão

As características sociodemográficas da população estudada que apresentaram a maior frequência foram: sexo feminino, cor parda, faixa etária entre 30 a 39 anos, casado ou com união estável, ensino fundamental incompleto, renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos e a opção “já trabalhou, mas no momento não está trabalhando”. Diante dos dados, observa-se que a maioria do público que frequenta as unidades de saúde são mulheres, com ensino fundamental incompleto, em idade produtiva, que no momento, porém, encontram-se afastadas do mercado de trabalho. Esse é um cenário que maximiza uma situação desafiadora para a gestão do município, considerando que a renda *per capita* disponível para a administração local é insuficiente para atender as demandas sociais e econômicas⁷.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), introduzido pela Organização das Nações Unidas (ONU) para captar os aspectos sociais do desenvolvimento, além da dimensão econômica, classifica Ribeirão das Neves com IDH médio, e o município ocupa uma posição bastante inferior na classificação dos municípios mineiros: 673º lugar, entre os 853 municípios do estado⁸.

A aglomeração de uma população de baixa renda, jovem e desempregada, somada à falta de uma base econômica capaz de absorver essa força de trabalho, associada à falta de recursos públicos para responder à demanda de serviços e infraestruturas, são fatores que desenham um quadro de escassez, miséria e exclusão no município⁷. Tal cenário, por si só, singulariza a necessidade de maior atenção do poder público local em ampliar o desenvolvimento de políticas públicas.

Existe um entendimento de que as causas da violência são multifatoriais e que, no nosso meio, são resultantes de diversas causas, tais como 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. 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 violência⁹.

A violência pode ser classificada em: auto infligida, violência interpessoal e violência coletiva, em que se categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas. Segundo Minayo¹⁰ (2005, p.24): “[...] à classificação criada pelo Relatório da OMS¹¹ acrescenta-se um tipo de violência que aqui se denomina estrutural. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificado, aparentemente, sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação.”

A violência estrutural se instala e sinaliza um tipo de violência enraizada e silenciosa, que acaba sendo propícia para outros atos de violência, tais como a verbal, a psicológica, a física e a sexual. No que diz respeito à natureza dos atos violentos, o estudo demonstrou a maior incidência dos seguintes tipos, em ordem decrescente: violência verbal (n=164; 26,1%), violência psicológica ou moral (n=134; 21,3%), violência física (n=51; 8,1%) e violência

sexual (n=12; 1,9%). Os dados, portanto, apontam que 57,4% da população afirma ter sofrido algum tipo de violência.

Conforme os dados apresentados pelo Painel de Indicadores do SUS¹² (2008) registrados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no Brasil, dos 4.050 registros de violências contra mulheres e homens adultos (20 a 59 anos de idade), entre 01/08/06 a 31/07/07, 80% dessas vítimas atendidas pelos serviços eram do sexo feminino. Desse total de atendimentos, 76,0% eram por agressões físicas, 57,0% por agressões psicológicas e 18,0%, por violência sexual. Em seguida, estão presentes a negligência ou abandono (6,0%) e a violência financeira ou patrimonial (3,0%). Parte dessas vítimas sofre mais de um tipo de violência e 63,0% dessas aconteceram em ambiente residencial, enquanto 16,0% foram perpetradas em vias públicas, além de se constatar que 48,0% foram atos de repetição.

Nota-se que os dados do estudo apontam uma reafirmada predominância do sexo feminino, dentro de uma faixa etária prevalente. Há uma leve diferença na prevalência da violência verbal e psicológica e na violência física. É sabido que as violências representam a 3ª causa de morte na população geral¹², e os resultados do estudo acentuam a necessidade dessa pauta estar presente nas agendas locais para a inclusão de ações de prevenção e enfrentamento à violência.

Entre 1980 e 2006, os homicídios no Brasil aumentaram 249,0%, passando de 13.910 para 48.600 mortes. O homicídio é a principal causa entre as mortes violentas, das quais 72,0% foram por arma de fogo (35.008 mortes). No ano de 2006, ocorreram 342 mortes violentas por dia no Brasil¹². O nosso estudo demonstrou que aproximadamente 66,0% dos entrevistados (n=414) afirmaram conhecer alguém que foi assassinado no bairro e/ou na vizinhança e 33,0% (n=206) afirmaram ter algum familiar ou parente que foi assassinado nos últimos 12 meses. A nosso ver, isso caracteriza uma exposição e convivência mais frequente dessa população com a violência, uma vez que habitam em local onde essa prática é recorrente e, por conseguinte, vivenciam-nas em seu núcleo familiar.

Vial et al.¹³ (2010, p.292), em sua pesquisa investigando as relações entre violência e capital social em um bairro de uma cidade de médio porte do sul do Brasil, sinalizaram que *“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 informal”*. Esses autores destacam que a prevalência de todos os indicadores de violência foi encontrada nos locais com baixo controle social informal¹³.

Sabemos que o fenômeno possui causas múltiplas, complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, e os resultados encontrados chamam a atenção, pois decorrem de um território com características e fragilidades importantes, destacando-se no perfil dos moradores indicadores tais como o desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda, exclusão social, entre outros, além de aspectos relacionados aos comportamentos e cultura¹².

Destaca-se o fato de que existem 5 presídios em Ribeirão das Neves, sendo 4 públicos e 1 público/privado, este ainda operando parcialmente, sendo o primeiro do gênero no Brasil. É interessante notar que a população presidiária representará, até a finalização do presídio privado, cerca de 30,0% da população carcerária do estado. Tal situação é potencializada pela chegada de familiares que vêm acompanhando seus entes.

É válido ainda lembrar que o processo de desenvolvimento urbano do município de Ribeirão das Neves e, conseqüentemente, do processo de ocupação irregular e clandestina que hoje o caracteriza, está intimamente ligado ao processo de metropolização da região de Belo Horizonte, o qual tem sua gênese nos anos de 1940⁸.

Nas décadas de 1950 e 1960, os processos de industrialização e de crescimento populacional da capital consolidaram a configuração socioespacial metropolitana e o deslocamento da população de baixa renda para os municípios a norte da região metropolitana, como Ribeirão das Neves, o que causou uma ocupação irregular e clandestina no município⁸. O resultado do estudo constata uma carência de diversas ordens no cenário local, o que pode potencializar esses episódios de violência, se levarmos em consideração que ela também é responsável por uma transformação nos hábitos e comportamentos sociais e na organização e arquitetura das cidades. Assim, ampliar a discussão sobre o tema é oferecer outras saídas na perspectiva de mais espaços de diálogo e troca de experiências¹².

Outro aspecto a se considerar, é o elevado número de entrevistados que afirmaram ter tentado suicídio 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 Brasil¹². Tal prática não possui uma única causa ou razão; ela resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais¹². O fato de 13,4% dos entrevistados (n=84) já ter praticado alguma tentativa de suicídio, sinaliza a necessidade de existir uma atenção diferenciada para se conhecer os possíveis fatores de risco, a fim de que sejam desenvolvidas ações preventivas junto à população¹⁴.

Diante da relevância da participação social como um instrumento que potencializa a formação e estimula a autonomia e a cidadania do indivíduo, foi verificado no estudo uma pequena participação em ações coletivas dessa população nos últimos 12 meses, destacando-se: raramente ou nunca de interesse em atividades coletivas, tais como grupos esportivos e/ou artísticos (n=502; 79,9%); raramente ou nunca de participação em associações ou similares (n=598; 95,2%); raramente ou nunca de participação voluntária (n=571; 91,0%). Todavia, quando a participação está ligada a culto e atividades religiosas, os dados mudam radicalmente: constatou-se que 76,1% da população entrevistada (n=478) sempre ou quase sempre frequentava atividades religiosas. Esse dado chama atenção pela sua expressiva maior frequência (76,1%), indicando ser tal comportamento um valor cultural presente no cotidiano da comunidade estudada. Segundo o teólogo Libanio¹⁵ (2010, p.58) “[...] *as práticas religiosas preenchem o vazio interior, ordenam a confusão mental, saciam o real desejo do mistério, acalmam e serenam as pessoas, reconciliando-as consigo e, daí, com os outros*”. Acrescentamos que não se vive a religião isoladamente, mas numa comunidade, o que favorece o encontro entre as pessoas na busca de um bem comum¹⁴.

Ainda sobre a questão religiosa, assim se expressa Dalgalarrodo¹⁶ (2008, p.16): “[...] *há certo consenso entre cientistas sociais, filósofos e psicólogos sociais de que a religião é uma importante instância de significado e ordenação da vida, de seus reverses e sofrimentos. Ela parece ser fundamental naqueles momentos de maior impacto para os indivíduos, como perda de pessoas próximas, doenças graves, incapacidade e morte. Como é elemento constitutivo da subjetividade e doação de significado ao sofrimento, defendo que ela deve ser considerada um objeto privilegiado na interlocução com a saúde e os transtornos mentais*”. De forma geral, isso coloca a religião como um importante instrumento que acolhe a experiência humana nos seus limites, assim como símbolos culturais, que constituem e alimentam nossos espíritos e nossa existência neste mundo¹⁶.

O resultado encontrado na análise de correspondência entre história de violência e suicídio com trabalhos voluntários e cultos, chama atenção para a associação de maior presença de ações ligadas a cultos religiosos e não tentativa de suicídio e o contrário também, ou seja, a ausência de cultos e atividades religiosas se associou à maior frequência de tentativa de suicídio. Portanto, pode-se inferir que, para essa população, a ação coletiva ligada a cultos religiosos pode ser um alicerce (ou matriz) para reduzir a violência na comunidade. Não foi encontrado nenhuma análise semelhante na literatura consultada.

Adverte-nos, o teólogo Libanio¹⁵ (2010, p.57): “... *o segredo da religião, como fonte de violência ou reconciliação, depende da maneira como ela é interpretada na sua última*

consistência.” Portanto, diante dos dados de maior frequência de ações coletivas ligadas a cultos religiosos entre os usuários do presente estudo, pode-se inferir que isso possa ser o início de uma melhor compreensão do perfil da população de Ribeirão das Neves e de sua forma de participação, que merece ser estudada, analisada e fortalecida para, quem sabe, ser utilizado como mecanismo estratégico de aproximação e interlocução com a comunidade.

A demonstração, pela análise de correspondência, de ausência de ações coletivas e a presença dos diversos tipos de violências foi fundamental para demonstrar a forte associação existente entre estas. Segundo Colcha-Eastman¹⁷ (2006): “*Em cidades ou países onde a violência e a percepção de insegurança são altas, as populações têm a sua vida cotidiana e mobilidade afetada*”. (p.341) Dessa maneira, 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, o que afeta a saúde, uma vez que se limita os lugares abertos e seguros onde as pessoas podem praticar atividades diversas¹⁷. Nesta situação as “*cidades perdem gradualmente espaços e segrega ainda mais o ambiente social. Tudo o que corrói a cidadania da populações, reduzindo seu caráter comunitário*”¹⁷”. (p.341) Tudo isso sinaliza a necessidade de uma maior atenção para a importância da participação social e de ações coletivas na promoção de saúde, e que devem ser estimuladas e potencializadas como política de saúde pública local.

O tema da violência assume grande importância para a Saúde Pública em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social sobre a saúde individual e coletiva¹². Desse modo, o setor de saúde, articulado com os demais setores governamentais e não governamentais, acredita no esforço integrado e combinado dos cidadãos para enfrentar as diversas formas de violência, promover a saúde e a cultura de paz¹².

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) - porta de entrada da saúde - está sendo visto como modelo inovador, embasado em uma nova ética social e cultural, efetivando o modelo de promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida da população¹. Desta maneira, promover a reflexão, discussão e formação junto aos profissionais e usuários sobre a estratégia de promoção de saúde e prevenção à violência assinala uma imprescindibilidade basilar.

Assim, entende-se que as estratégias propostas pela Promoção da Saúde devem se apoiar na democratização das informações e no desenvolvimento de ações conjuntas de toda a sociedade (população, governo, instituições privadas, universidades etc.), para que as dificuldades sejam superadas¹⁸.

No estudo realizado foi indagado aos entrevistados se, na opinião deles, os membros das equipes das UBS (Unidade Básica de Saúde) desenvolviam ações de prevenção da violência e, se elas fossem existentes, quais seriam as ações desenvolvidas. Observou-se que somente 14,0% (n=86) afirmaram reconhecer que as UBS desenvolviam alguma ação de prevenção à violência. Contudo, apenas 3,0% dos usuários (n=19) conseguiram nomear quais seriam essas ações, tais como; atividades ligadas à educação física, ações no formato de roda de conversas junto à comunidade, campanhas educativas, dentre outros. Aproximadamente 1,0% dos usuários citou a colocação de cartazes e faixas como ações de prevenção a violência. Esse mesmo percentual de usuários acredita ser função da polícia o desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

É válido notar, no entanto, o fato de algumas atividades do cotidiano da Atenção Primária de Saúde, como acolhimento e visita domiciliar, serem colocadas por alguns usuários (1,6%) como uma ação diferenciada e de prevenção à violência, e não como uma das ações já desenvolvidas dentre as diretrizes de assistência à saúde já preconizada pelo SUS. Essa situação aponta para uma baixa compreensão dos usuários da proposta da Atenção Primária de Saúde, e das dificuldades dos trabalhadores em promover e desenvolver ações de promoção e prevenção à violência. Isso nos remete à hipótese da existência de um déficit de comunicação entre o serviço de saúde, o usuário e a comunidade, enfraquecendo assim a política da Atenção Primária local.

Um estudo com profissionais da ESF que se propôs a identificar episódios de violência e a percepção dos trabalhadores quanto às condições de segurança e prevenção da violência no trabalho, segundo Monilos et al¹⁹ (2012) aponta que “(...) a implantação da política pública de prevenção à violência tem sido insuficiente o que, provavelmente, pode estar interferindo nos índices de percepção de ocorrência de violência. Foram reveladas falhas na política de prevenção e na capacitação para detectar, registrar, defender-se e prevenir a violência”(p.246). Talvez esse seja mais um desafio a ser superado, quando se propõe a buscar, junto à Atenção Primária de Saúde, o apoio ao combate efetivo e prevenção à violência em todos os seus aspectos.

Considerando que a ESF possibilita a integração e promove a organização de ações e serviços com a finalidade de enfrentar e resolver os problemas identificados na comunidade, acredita-se que esse nível de atenção constitui um dos meios pelo qual é possível estimular as redes de atuação em prol da redução das violências e vulnerabilidades associadas²⁰.

É importante que sejam propostas e desenvolvidas ações de promoção de saúde, atentando sobre os determinantes sociais, com o objetivo de redução de desigualdades relacionadas às diferenças sociais. Ademais, é pertinente que se estimulem ações intersetoriais entre os diversos níveis da administração pública, as quais devem estar acompanhadas por políticas mais amplas de caráter transversal. Assim, será alcançada a finalidade de fortalecer a coesão e ampliar a participação das comunidades vulneráveis, além de viabilizar a participação social no traçado e na efetivação de políticas e programas²¹.

Segundo Santos et al.²² (2006), “a estratégia dos ‘*Grupos de Promoção de saúde*’ é organizado por meio de mútuas representações internas e sob a influência de micro e macro determinantes”(p.347). Desse modo, a estratégia de promoção de saúde vai subordinar-se também ao envolvimento e à transformação dos indivíduos técnicos, principalmente os trabalhadores ligados à saúde, o que sinaliza uma reflexão ligada a mudanças estruturais, que permeiam a área do ensino e se estende até a vida profissional, com formação permanente dos que estão inseridos nela¹⁹. Portanto, a existência da formação continuada, oferecida como uma política permanente na rotina das ações de saúde, muito contribuirá para que mudanças na estruturação de serviços públicos possam acontecer e, assim, provocar um novo diálogo, uma nova *práxis* junto da comunidade onde estão inseridos.

A análise dos nossos resultados sugere a necessidade de se obter mais informação sobre a política de Atenção Primária no que diz respeito à violência, como também de se avançar no desenvolvimento de uma maior interlocução e diálogo entre os trabalhadores da saúde com seus usuários. Faz-se necessário, ainda, a ampliação no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da violência nas Unidades Básicas de Saúde de Ribeirão das Neves, de forma a tornar mais eficaz esse dispositivo de saúde e, por fim, ocupar um papel de intervenção mais relevante junto à comunidade. Segundo Colcha- Eastman¹⁷ (2006) “o setor de saúde é obrigado a tomar sob a sua responsabilidade a abordagem da questão da violência, começando pela devida assistência às vítimas, passando pela geração de qualidade de informação e, finalmente, chegando à liderança, facilitação e participação conjunta com outros setores para definir e executar políticas públicas de prevenção da violência e promoção de saúde”(p. 347). Acreditamos que devemos estar atentos a este desafio, mas conscientes de que somente poderá ser concretizado em longo prazo, pois necessita não somente da participação dos profissionais do setor de saúde mas, fundamentalmente, da sociedade civil como um todo.

Destacamos ainda que o elemento fundamental é a ideia de prevenção, aliada à possibilidade de identificar fatores de risco ou mecanismos causais e fatores de proteção, sem os quais a operacionalização de qualquer medida antecipatória constituiria um experimento às cegas⁹. A fim de que tal situação não aconteça, a participação da equipe de ESF e o envolvimento da comunidade são primordiais.

Considerações finais

É sabido que a violência, apesar de toda a complexidade e multicausalidade, é passível de ser prevenida e evitada. Desenvolver ações coletivas de promoção de saúde é, portanto, uma importante estratégia de enfrentamento desse evento, uma vez que elas se apresentam como uma alternativa saudável para a convivência e o fortalecimento da interlocução com a comunidade.

Deve-se promover, junto às Equipes de Estratégia de Saúde da Família, a realização e o desenvolvimento de grupos de promoção de saúde nas unidades, o que significa oferecer aos usuários e aos profissionais de saúde o momento e o espaço para desenvolver sua cidadania e a consciência do direito à qualidade de vida. É fundamental que se possibilite a transição de uma posição individual para a grupal e, conseqüentemente, para o social – essa é a conjunção necessária quando se pensa em promover o enfrentamento e a prevenção da violência.

Portanto, identificar o perfil da violência de um território, sua forma, intensidade e predominância local, perceber os laços de participação da população nas ações coletivas e de promoção de saúde nas unidades de saúde e comunidade, podem alavancar a identificação do coletivo e potencializar o sentimento de pertencimento entre a população. O coletivo e a participação dos usuários são elementos essenciais no enfrentamento da violência, pois abrem novos caminhos através da criação de mecanismos e canais de comunicações para solucionar velhos problemas. O conhecimento e a informação são de suma importância para a mudança de um paradigma, principalmente se adequadamente somados ao desenvolvimento da construção e efetivação de uma política da cultura de paz, que pode levar à mudanças de postura da comunidade e, como consequência, melhorar a qualidade de vida da população.

Referências

1. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp. 138-151. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>.
4. SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antonio José Costa and BERMUDEZ, Ximena Pamela Claudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2275-2284. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>.
5. DAHLBERG, Linda L. e KRUG, Etienne G.. Violência:..Hum problema mundial de saúde Publica Ciên..saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, suppl., Pp 1163-1178. ISSN 1413 8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
6. CARVALHO, Marília Sá, STRUCHINER, Cláudio José. Análise de Correspondência: Uma Aplicação do Método à Avaliação de Serviços de Vacinação. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 8 (30: 287-301, jul\set,1992. p.288.
7. VIEGAS, Anna Paula Bise - Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais / Anna Paula Bise Viegas. – Belo Horizonte, 2012.
8. FUNDAÇÃO Israel Pinheiro. Plano Municipal de Regularização Fundiária Sustentável de Ribeirão das Neves. Produto 2. Levantamentos e Diagnóstico. Volume I. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana. Belo Horizonte, 2009
9. SILVEIRA, Andréa Maria: A prevenção comunitária da violência: uma proposta de trabalho In: MELO, E. M. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278p.
10. MINAYO Maria Cecília - Violência: um problema para a saúde dos brasileiros Brasil. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

11. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019. Acesso em: 21 mai. 2012.
12. BRASIL.Ministério da Saúde. Temática Prevenção da Violência e Cultura de Paz III. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.60p.:il(Painel de indicadores do SUS.5).
13. VIAL EA, Junges JR, Olinto MTA, MACHADO OS, PATTUSSI MP. Violência Urbana e Capital em uma Cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Ver Ponam Salud Publica*.2010, 28(4);289-97.
14. SANTOS, Simone Agadir; LOVISI, Giovanni; LEGAY, Letícia and ABELHA, Lúcia. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2064-2074. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>.
15. LIBANIO, J. B. Religião: fator de violência ou de reconciliação? In: MELO, E. M. Podemos prevenir a violência; teorias e práticas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278p. Cap.3:p.51-62.
16. DALGALARRONDO, Paulo. Religião, psicopatologia e saúde mental- Porto Alegre - Artmed, 2008. 288 p.: il; 23cm.
17. CONCHA-EASTMAN, Alberto and MALO, Miguel. From repression to prevention against violence: a challenge posed to civil society and the health sector. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.2, pp. 339-348. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000200012>.
18. BYDŁOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria e PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não. *Saúde soc.* [online]. 2004, vol.13, n.1, pp. 14-24. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100003>.
19. MOLINOS, Beatriz Gomes, COELHO, Elza Berger Salema, PIRES, Rodrigo Otavio Moretti, LINDNER,Sheila – Violência com profissionais da Atenção Básica: Estudo no interior da Amazônia Brasileira. *Cogitare Enferm*. 2012 Abr/Jun; 17(2):239-47
20. BUDÓ, M. de L. D.; SCHIMITH, M. D.; SILVA, D. C.; SILVA, S. de O.; ROSA, A. S. da; ALMEIDA, P. B. de. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. *Cogitareenferm*. vol.17 no.1 Curitiba jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100003. Acesso em 24 de abr. de 2014.

21. BUSS Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO Alberto A Saúde e seus Determinantes Sociais - *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

22.SANTOS, Luciane de Medeiros dos; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida and RAMOS, Luiz Roberto. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2 [cited 2014-03-12], pp. 346-352. Available from: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000200024&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200024>.

XI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Elaine Vasconcelos de and BEZERRA JR., Benilton. Uma reflexão acerca da prevenção da violência a partir de um estudo sobre a agressividade humana. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 445-453. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200013>.

ARREAZA, Antonio Luis Vicente and MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2215-2228. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>.

BISPO JUNIOR, José Patrício and MARTINS, Polian Cardoso. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.4, pp. <http://dx.doi.org/10.1590/S010373312012000400004>. 1313-1332. ISSN 0103-7331.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social. Seção II – Da Saúde. Arts. 196-200.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e os funcionamentos dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set.1990 a.

BRASIL, Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legisla%C3%A7%C3%A3o/leis/lei8142>. 1990 b

BRASIL.Ministério da Justiça. Ministério do Transporte.Lei 9.503- 23\09\1997 – Institui o código de Trânsito Brasileiro D.O de 23\09\1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *Declarações das conferências de promoção da saúde*. Brasília, 2001.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília. N. 96, p. 1-28. Seção 1e. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>. Acesso em: 12/06/2011- 2001 a

BRASIL.Ministério da Saúde.Portaria GM\MS Nº 1968 de 25 de Outubro de 2001.PUBLICADA NO DOU Nº 206 DE 26/10/01 Seção 1 – Página 86 Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. 2001b

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01. Publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.ª reimpr. – Brasília, 2003. 2001c.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978;Conferência de Alma Ata; URSS. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de

Bogotá; Declaração de Jcarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 936 de 19 de Maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. 2004 a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2,406 de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. 2004b.

BRASIL. LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto DECRETO Nº 5.099, DE 3 DE JUNHO DE 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela

BRASIL. LEI nº Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003 a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. In : Minayo.M.C -Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-0977-X

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL.Ministério da Saúde. Temática Prevenção da Violência e Cultura de Paz III. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.60p.:il(Painel de indicadores do SUS.5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, par a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS): Portaria MS\GN nº 2.488 de 21\10\11<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt248821102011.html>

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Política nacional de atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei normas e reflexões / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria e PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não. *Saúde soc.* [online]. 2004, vol.13, n.1, pp. 14-24. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100003>.

BUSS Paulo Marchiori, PELLEGRINI FILHO Alberto A Saúde e seus Determinantes Sociais - *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

COELHO, Juliana Sousa.Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saude soc.* [online]. 2012, vol.21, suppl.1, pp. 138-151. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre; CAZAL, Mariana de Melo and MARTINS, Poliana Cardoso.Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social.*Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2437-2445. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500018>.

DAHLBERG, Linda L. e KRUG, Etienne G..Violência:Hum problema mundial de saúde Publica Ciên..*saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, suppl., Pp 1163-1178. ISSN 1413 8123.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – (DATASUS) {cited 2012 Nov. 12} Available from:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?idb2010/e11.def>.

56) <https://www.deepask.com/goes?page=ribeirao-das-neves/MG-Confira-a-taxa-de-homicidios-no-seu-municipio> acesso 22\ 04 \14.

FERREIRA NETO, João Leite et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saude soc.*[online]. 2009, vol.18, n.3, pp. 456-466. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300010>. 57)

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana; RESENDE, Maria Carolina Costa and COLEN, Natália Silva. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.10, pp. 1997-2007. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00032912>

FUNDAÇÃO ISRAEL PINHEIRO. Plano Municipal de Regularização Fundiária Sustentável de Ribeirão das Neves. Produto 2. Levantamentos e Diagnóstico. Volume I.Secretaria de Estado de Desenvolvimento Regional e Política Urbana. Belo Horizonte, 2009.

GUIZARDI, Francini Lube e PINHEIRO, Roseni.Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.2, pp. 423-440. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200002>.

LONGHI, Jean Camargo and CANTON, Giselle Alice Martins.Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.1, pp. 15-30. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100002>.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al.Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 335-342. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>.

MALTA, Deborah Carvalho e colaboradores. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde* Volume 16 - Nº 1 - jan/mar de 2007.

MAPA DA VIOLENCIA 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil / Julio Jacobo Waiselfisz – Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPP/PR, 2012.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2013 Mortes Matadas por Armas de Fogo – Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO: Brasília, 2013.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros and PEDROSA, Ana Amélia Galas. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.4, pp. 493-499. ISSN 0034-7167.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400016>.

MELO, E. M. de. Programa de Transferência de Tecnologia de Abordagem da Violência e Construção da Paz. Caderno Didático I. Organização Pan-americana de Saúde, Ministério da Saúde, UFMG, Núcleo de Promoção de Saúde e Paz /DMPS/FM/UFMG, 2009.

MENDES, Bárbara Hannelore da Silva e Peixoto Sérgio Viana - Perfil demográfico e epidemiológico do município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais: desafios e perspectivas para a gestão do Sistema Único de Saúde. UFMG- Escola de Enfermagem, 2013.

PEREIRA, Ana Lúcia et al. O SUS no seu Município: Garantindo saúde para todos. Série B - Textos Básicos de Saúde. 40 pág. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ROSA, Doriana Ozólio Alves - Violência provocada pelo parceiro íntimo: prevalência e fatores associados em usuárias da atenção primária à saúde em região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Dissertação, Mestrado Profissional em promoção de saúde e prevenção e violência, 2013, UFMG.

ROSA WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34. www.eerp.usp.br/rlae

SANTOS, Cibelle Cristina da Silva; BASTOS, Raquel Littério. Participação Popular: A Construção da Democracia na saúde Brasileira. *Ver. bras.promoç.saude (Impr.) = j.health.promot*;24(3), jul – 2011.

SANTOS, Luciane de Medeiros dos; DA ROS, Marco Aurélio; CREPALDI, Maria Aparecida and RAMOS, Luiz Roberto. Health promotion groups for improving autonomy, living conditions and health. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.2 [cited 2014-03-12], pp. 346-352. Available from:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000200024&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000200024>.

SANTOS, Simone Agadir; LOVISI, Giovanni; LEGAY, Letícia and ABELHA, Lúcia. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2064-2074. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>.

SILVA-ARIOLI, Inea Giovana et al. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. *Psicol. cienc. prof.* [online]. 2013, vol.33, n.3, pp. 672-687. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300012>.

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antonio José Costa and BERMUDEZ, Ximena Pamela Claudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2275-2284. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto and FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1227-1243. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400009>.

SORATTO, Jacks and WITT, Regina Rigatto. Participation and social control: perception of family health workers. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2013, vol.22, n.1, pp. 89-96. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100011>.

VAZQUEZ, Maria Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.2 [citado 2014-02-24], pp. 579-591. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2003000200025&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025>.

VIEGAS, Anna Paula Bise - Acesso aos serviços de saúde em uma área do município de Ribeirão das Neves na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais / Anna Paula Bise Viegas. – Belo Horizonte, 2012.

WORLD REPORT ON VIOLENCE AND HEALTH (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.] Krug, Etienne G. ISBN 92 4 154561 5 (Classificação NLM: HV 6625) Citação sugerida: Krug EG et al., eds. World report on violence and health Geneva, World Health Organization, 2002.

APÊNDICE:**APÊNDICE A: Questionário do Usuário**

01. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 1. []

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E SOCIOFAMILIARES

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

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

03. Cor 3. []

1. () Branca
2. () Preta
3. () Amarela
4. () Parda

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

1. () Fundamental incompleto
2. () Fundamental completo
3. () Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) incompleto
4. () Ensino médio (ou 2o grau ou 2o ciclo ou científico, clássico) completo
5. () Superior incompleto
6. () Superior completo
7. () Especialização
8. () Mestrado
9. () Doutorado

05. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ 5. []

06. Quem é o chefe da família? _____ 6. []

07. Qual é a principal forma de abastecimento de água do seu domicílio? 7. []

1. () Rede geral de distribuição
2. () Poço ou nascente
3. () Outro. Especifique: _____

08. Na sua casa tem eletricidade? 8. []

4. () Sim.
5. () Não.

09. O lixo do seu domicílio é: 9. []

1. () Coletado diretamente por serviço de limpeza
2. () É queimado ou enterrado na propriedade
5. () Jogado em terreno baldio ou logradouro
6. () Jogado em rio, lago ou mar
7. () Outro. Especifique: _____

10. Os moradores do seu domicílio têm acesso a internet no domicílio? 10. []

1. () Sim
2. () Não

11. Quantas pessoas na sua casa têm trabalho remunerado? _____ 11. []

Quem são e idade de cada um _____

12. Tem pessoas com mais de 60 anos morando com a sua família? 12. []

1. () Sim. Quantos?

2. () Não

13. Quantas pessoas com mais de 60 anos necessitam de cuidador? _____ 13. []

14. Qual é a renda familiar? 14. []

1. () Até 1 salário mínimo (R\$622,00)

2. () De 2 a 3 salários mínimos

3. () De 4 a 5 salários mínimos

4. () Acima de 5 salários mínimo

5. () Não sabe

TRABALHO

15. Sobre seu trabalho: 15. []

1. () Trabalha e está em atividade atualmente

2. () Trabalha, mas não está em atividade atualmente.

3. () Já trabalhou, mas não trabalha mais.

4. () Nunca trabalhou

16. Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente? 16. []

1. () Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos

2. () Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho.

3. () Estudos / treinamento

4. () Aposentado por tempo de trabalho/idade

5. () Aposentado por doença/invalidez

6. () Afastado por problema de saúde.

7. () Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.)

8. () Outra. Especifique: _____

9. () Não se aplica.

17. Qual a principal razão de você nunca ter trabalhado? 17. []

1. () Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos

2. () Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho

3. () Estudos / treinamento

4. () Outra. Especifique: _____

5. () Não se aplica

18. Há quanto tempo você não está trabalhando ou não está em atividade? 18. []

1. () Menos de um ano

2. () Um a dois anos

3. () Dois a três anos

4. () Mais de três anos

5. () Não se aplica

19. Com que idade você começou a trabalhar? _____ anos 19. []

1. () Não se aplica

20. O seu 1º trabalho era remunerado? 20. []

1. () Sim

2. () Não

3. () Não se aplica

21. Qual é a situação de seu principal trabalho? 21. []

1. () Trabalhador doméstico
2. () Militar
3. () Empregado do setor público
2. () Empregado do setor privado
3. () Empregador
4. () Conta própria
5. () Empregado não remunerado
6. () Outra _____
7. () Não se aplica.

22. Onde você trabalha? _____ 22. []

1. () Não se aplica.

23. Qual é sua ocupação no trabalho principal? 23. []

- _____
1. () Não se aplica.

24. Em geral quantas horas você trabalha por semana no trabalho principal? 24. []

_____ horas por semana

1. () Não se aplica.

25. Em geral, quanto tempo você gasta na ida para o seu trabalho principal? 25. []

_____ horas

1. () Não se aplica.

26. Em geral, quanto tempo você gasta na volta para o seu trabalho principal? 26. []

_____ horas

- 1 () Não se aplica.

27. Você tem outra atividade pela qual é remunerado? 27. []

1. () Sim. Qual? _____
2. () Não 3. () Não se aplica.

28. Em algum dos seus trabalhos, você trabalha em horário noturno? 28. []

1. () Sim
2. () Não
3. () Não se aplica.

29. Com que frequência você trabalha em horário noturno em algum dos 29. []

seus trabalhos?

1. () Menos de 1 vez por mês
2. () 1 a 3 vezes por mês
3. () 1 vez por semana
4. () 2 a 3 vezes por semana
5. () 4 vezes por semana
6. () 5 vezes ou mais por semana
7. () Não se aplica

30. Em algum dos seus trabalhos, você trabalha em regime de turnos 30. []

ininterruptos, isto é, por 24 horas seguidas?

1. () Sim

- 2. () Não
- 3. () Não se aplica

31. Com que frequência você trabalha por 24 horas seguidas? 31. []

- 1. () Menos de 1 vez por mês
- 2. () 1 a 3 vezes por mês
- 3. () 1 vez por semana
- 4. () 2 a 3 vezes por semana
- 5. () 4 vezes por semana
- 6. () 5 vezes ou mais por semana
- 7. () Não se aplica

32. Tem alguém desempregado na sua família? 32. []

- 1. () Sim. Quem? _____
- 2. () Não

RELAÇÕES PESSOAIS E COMUNITÁRIAS

Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com familiares? 33. []

- 1. () Sim. Com quem? _____
- 2. () Não

34. Você se sente à vontade para falar sobre questões pessoais com amigos? 34. []

- 1. () Sim. Quantos? _____
- 2. () Não

35. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de atividades 35. [] esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

- 1. () Mais de uma vez por semana
- 2. () Uma vez por semana
- 3. () De 2 a 3 vezes por mês
- 4. () Algumas vezes no ano
- 5. () Uma vez no ano
- 6. () Nenhuma vez

36. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de reuniões de 36. []

associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares?

- 1. () Mais de uma vez por semana
- 2. () Uma vez por semana
- 3. () De 2 a 3 vezes por mês
- 4. () Algumas vezes no ano
- 5. () Uma vez no ano
- 7. () Nenhuma vez

37. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de trabalho 37. []

voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?

- 1. () Mais de uma vez por semana
- 2. () Uma vez por semana
- 3. () De 2 a 3 vezes por mês
- 4. () Algumas vezes no ano
- 5. () Uma vez no ano
- 6. () Nenhuma vez

38. Nos últimos 12 meses, com que frequência você compareceu a cultos ou 38. [] atividades da sua religião ou de outra religião?

1. () Mais de uma vez por semana
2. () Uma vez por semana
3. () De 2 a 3 vezes por mês
4. () Algumas vezes no ano
5. () Uma vez no ano
7. () Nenhuma vez

VIOLÊNCIA

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

1. () Sim
2. () Não

40. Com que frequência você presencia eventos violentos no bairro e/ou 40. [] vizinhança da Unidade?

vizinhança da Unidade?

1. () Sempre
2. () Quase sempre
3. () Às vezes
4. () Raramente
5. () Nunca

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

da Unidade?

1. () Sim.
2. () Não

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

parente que foi assassinado?

1. () Sim
2. () Não

Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?

43. Física 1() sim 2() não 43 []

44. Verbal 1() sim 2() não 44 []

45. Moral ou Psicológica 1() sim 2() não 45 []

46. Sexual 1() sim 2() não 46 []

47. A violência física (ou agressão) mais grave que você sofreu nos últimos 47. [] doze meses foi cometida por:

doze meses foi cometida por:

1. () Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão).
2. () Com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)
3. () Com objeto perfuro-cortante (faca, navalha, punhal, tesoura).
4. () Com objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros, etc.).
5. () Com arremesso de substância/objeto quente
6. () Com lançamento de objetos
7. () Envenenamento
8. () Outro. Especifique _____
9. () Não se aplica

Quem lhe agrediu fisicamente?

48. Familiar. Quem? 1() sim 2() não () nsa 48[]
 49. Chefe ou colega de trabalho 1() sim 2() não () nsa 49[]
 50. Bandido, ladrão ou assaltante 1() sim 2() não () nsa 50[]
 51. Agente legal público 1() sim 2() não () nsa 51[]
 52. Agente público (saúde) 1() sim 2() não () nsa 52[]
 53. Agente público (escola) 1() sim 2() não () nsa 53[]
 54. Vizinho 1() sim 2() não () nsa 54[]
 55. Desconhecido 1() sim 2() não () nsa 55[]
 56. Outro. Especifique? _____ () nsa 56[]

Quem lhe agrediu verbal, moral ou psicologicamente?

57. Familiar. Quem? 1() sim 2() não () nsa 57[]
 58. Chefe ou colega de trabalho 1() sim 2() não () nsa 58[]
 59. Bandido, ladrão ou assaltante 1() sim 2() não () nsa 59[]
 60. Agente legal público 1() sim 2() não () nsa 60[]
 61. Agente público (saúde) 1() sim 2() não () nsa 61[]
 62. Agente público (escola) 1() sim 2() não () nsa 62[]
 63. Vizinho 1() sim 2() não () nsa 63[]
 64. Desconhecido 1() sim 2() não () nsa 64[]
 65. Outro. Especifique? _____ () nsa 65[]

Quem lhe agrediu sexualmente?

66. Familiar. Quem? 1() sim 2() não () nsa 66[]
 67. Chefe ou Colega de trabalho 1() sim 2() não () nsa 67[]
 68. Bandido, ladrão ou assaltante 1() sim 2() não () nsa 68[]
 69. Agente legal público 1() sim 2() não () nsa 69[]
 70. Agente público (saúde) 1() sim 2() não () nsa 70[]
 71. Agente público (escola) 1() sim 2() não () nsa 71[]
 72. Vizinho 1() sim 2() não () nsa 72[]
 73. Desconhecido 1() sim 2() não () nsa 73[]
 74. Outro. Especifique? _____ () nsa 74[]

75. Nos últimos 12 meses, você sofreu alguma violência física (ou agressão) 75. []

na vizinhança?

1. () Sim. Quantas vezes?
 2. () Não

76. Você se acha violento? 76. []

1. () Sim. Sempre
 2. () Sim. Quase sempre
 3. () Sim. Às vezes
 4. () Raramente
 5. () Nunca

Você já agrediu alguém da sua família, nos seguintes modos?

77. Agressão física. Quem? 1.()Sim 2.()Não 77. []
 78. Agressão verbal. Quem? 1.()Sim 2.()Não 78. []
 79. Agressão moral ou psicológica. Q? 1.()Sim 2.()Não 79. []
 80. Agressão sexual. Quem? 1.()Sim 2.()Não 80. []

81. Você costuma pensar em suicídio? 81. []

1. () Sempre
 2. () Quase sempre
 3. () Às vezes

4. () Raramente
5. () Nunca

82. Você já fez alguma tentativa de suicídio? 82. []

1. () Sim.
2. () Não

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

Você acha que é possível prevenir a violência? **GRAVAR** 83. []

1. () Sim.
2. () Não.

Por quê? _____

84. Esta Unidade de Saúde desenvolve ações de prevenção da violência? 84. []

1. () Sim. Quais? _____
2. () Não

85. Você acha que é uma das funções da unidade de saúde desenvolver 85. []

algum tipo de ação de prevenção da violência?

1. () Sim. Quais? _____
2. () Não. Por quê? _____

86. Você conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na 86. []

região para a abordagem e prevenção da violência?

1. () Sim. Quais?
2. () Não

87. Esse movimento ou iniciativa de prevenção da violência tem atingido o 87. []

objetivo?

1. () Sim. Quais? _____
2. () Não
3. () Não sei.

88. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção 88. []

às vítimas de violência, que atue aqui na região?

1. Sim. Quais?
2. Não.

89. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de recuperação 89. []

de agressores, atuando aqui?

1. () Sim. Quais? _____
2. () Não.

90. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em 90 []

combater e prevenir a violência?

1. () Sim
2. () Não
3. () Não sei

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

GRAVAR

PERCEPÇÃO DE SAÚDE

92. Você tem plano de saúde? 92. []

1. Sim
2. Não

93. Você utiliza o SUS? 93. []

1. Sim. Para quê? _____
2. Não

94. Você tem algum problema de saúde? 94. []

1. Sim. Qual? _____
2. Não

95. Em geral, como você avalia a sua saúde? 95. []

1. Muito boa
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

96. Em geral, em que grau você sente dores no corpo? 96. []

1. Nenhum
2. Leve
3. Médio
4. Intenso
5. Muito intenso

97. Você cuida da sua saúde? 97. []

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Quase nunca
4. Nunca
5. Só quando estou doente

98. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica? 98. []

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

99. Você sente dor de cabeça ou enxaqueca? 99. []

1. Sempre
2. Quase sempre
3. Às vezes
4. Quase nunca
5. Nunca

100. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas com o sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir mais do que de costume? 100. []

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

101. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas 101. []

por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

102. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu 102. []

incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

103. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve muita 103[]

dificuldade para se concentrar nas suas atividades habituais?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

104. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas na 104. []

alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

105. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu 105. []

deprimido(a), “pra baixo” ou sem perspectiva (esperança)?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias
3. () Vários dias
4. () Mais da metade dos dias
5. () Quase todos os dias

106. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu mal 106. []

consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família, seus amigos ou a si mesmo?

1. () Nenhum dia
2. () Alguns dias

3. ()Vários dias
4. ()Mais da metade dos dias
5. ()Quase todos os dias

107. Nas duas últimas semanas, com que frequência você pensou em se 107. []

ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto (a)?

1. ()Nenhum dia
2. ()Alguns dias
3. ()Vários dias
4. ()Mais da metade dos dias
5. ()Quase todos os dias

108. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu muito 108. []

mal durante o dia e bem melhor durante a noite?

1. ()Nenhum dia
2. ()Alguns dias
3. ()Vários dias
4. ()Mais da metade dos dias
5. ()Quase todos os dias

109. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu triste ou 109. []

angustiado (a) na hora de acordar?

1. ()Nenhum dia
2. ()Alguns dias
3. ()Vários dias
4. ()Mais da metade dos dias
5. ()Quase todos os dias

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

110. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? 110.[]
_____ dias por semana

1. ()Não se aplica (pessoa que não consome bebida alcoólica).

111. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você 111.[]

consome?

_____ doses por dia.

1. ()Não se aplica

112. Em algum destes dias em que consumiu bebida alcoólica você dirigiu 112.[]

logo depois de beber?

1. ()Sim
2. ()Não 3.()Não se aplica

113. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas, 113[]

mesmo em pequenas doses?

_____ anos.

1. ()Não se aplica (pessoa que não consome bebida alcoólica).

114. Você tem algum familiar que faz uso de drogas? 114. []

1. ()Sim. Qual tipo? Quem?

2. ()Não

115. Você faz uso de drogas? 115. []

1. ()Sim. Qual? _____

2. ()Não

116. Você já fez uso de drogas alguma vez na vida? 116. []

1. ()Sim. Qual? _____

2. ()Não

PARA HOMENS

117. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida 117[]
alcoólica em uma única ocasião?

1. ()Sim

2. ()Não

3. ()Não se aplica (pessoa que não consome bebida alcoólica ou é mulher).

PARA MULHERES – QUESTÃO 74

118. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida 118[]
alcoólica em uma única ocasião?

1. ()Sim

2. ()Não

3. ()Não se aplica (pessoa que não consome bebida alcoólica e é homem).

119. Em quantos dias do mês isto ocorreu? Para H e M _____ 119.[]

ATIVIDADES FÍSICAS

120. Nos últimos três meses, você praticou algum exercício físico ou esporte? 120 []

1. ()Sim

2. ()Não

121. Quantos dias por semana você costuma praticar exercício físico ou esporte? 121[]
_____ dias por semana

1. ()Não se aplica

122. Qual o exercício físico ou esporte que você pratica com mais frequência? 122 []

1. ()Caminhada (não vale para o trabalho)

2. ()Caminhada em esteira

3. ()Corrida

4. ()Corrida em esteira

5. ()Musculação

6. ()Ginástica aeróbica

7. ()Hidroginástica

8. ()Ginástica em geral

9. ()Natação

10. ()Artes marciais e luta

11. ()Bicicleta

12. ()Futebol

13. ()Basquetebol

14. ()Voleibol

15. ()Tênis

16. ()Dança

17. ()Outro Especifique: _____

123. Em geral, no dia que você faz caminhada, pratica exercício ou 123.[]
esporte, quanto tempo dura esta atividade?

_____ horas _____ minutos

1. Não se aplica.

124. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? 124.[]

_____ horas e _____ minutos

125. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final 125. []

de semana?

_____ horas e _____ minutos

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.

126. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele. 126. []

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

127. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da 127.[]

família.

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

128. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é 128[]

que manda.

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

129. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo quando seu 129.[]

marido não concorda

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

130. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo 130. []

quando não estiver com vontade.

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

131. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família 131.[]

devem intervir.

1. ()Concorda
2. ()Discorda
3. ()Não sabe

Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se:

132. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. 132[]

1. ()Concorda

- 2. Discorda
- 3. Não sabe

133. Ela o desobedece 133 []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

134. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele. 134 []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

135. Ela pergunta se ele tem outras namoradas. 135. []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

136. Ele suspeita que ela é infiel. 136.[]

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

137. Ele descobre que ela tem sido infiel. 137.[]

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

Em sua opinião, uma mulher casada pode recusar-se a manter relações sexuais com seu marido se:
(Questões 96 a 99)

138. Ela não quer. 138.[]

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

139. Ele está bêbado. 139. []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

140. Ela está doente. 140. []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

141. Ele a maltrata 141. []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

142. O homem é mais violento do que a mulher 142. []

- 1. Concorda
- 2. Discorda
- 3. Não sabe

Apêndice B: Relação das Unidades de Saúde do Campo de Pesquisa de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Região Sanitária I

UBR Arlete de Souza

End. Rua Antônio Miguel Cerqueira, N° 111 – São Pedro – CEP: 33805-470

CEP: 33805-470 - Tel. (31) 3625-4730, (31) 3625- 4718

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região I:

1. PSF Santinho I - End. Rua José Cornélio dos Santos, n° 120 – Santinho. Tel. 3624-9422
2. PSF Santinho II - End. Rua José Cornélio dos Santos, n° 1.083 – Santinho. Tel. 3624-9292
3. PSF Stª Martinha I - End. Rua Karla Moreira do Nascimento, n° 248 – Rosana. Tel. 3624-7183
4. PSF Stª Martinha II - End. Rua Jorge Eustáquio da Silva, n° 235 - Santa Martinha. Tel. 3624-7008.
5. PSF Porto Seguro - End. Rua Cleonice Coelho de Oliveira, n° 192 - Nova União. Tel. 3627-7446
6. PSF Rosaneves I - End. Rua das Camélias, n° 780 – Rosaneves.
Tel. 3627-3155.
7. PSF Rosaneves II - Rua Dália, n° 62 – Rosaneves. Tel. 3625-228.
8. PSF Barcelona – End. Av. G, n° 278 – Rosaneves.
9. PSF Sevilha A – End. Rua Francisca Augusto Vieira, n° 385 - Sevilha A. Tel. 3625-5018.
10. PSF Sevilha B I – End. Rua Monte Carmelo, n° 311 - Sevilha B.

Tel. 3625-2510.
11. PSF Sevilha B II – End. Rua Conselheiro Pena, n° 230 - Sevilha B.

Tel. 3625-2578.
12. PSF Sevilha B III – End. Rua Carbonita, n° 53 - Sevilha B.
Tel. 3627-3905.
13. PSF Neviana - End. Rua Pascoalino Ricardo, n° 113 – Neviana.

Tel. 3625-5943.
14. PSF Jardim Colonial – End. Rua Alameda dos Albatrozes, n° 537 - Jd. Colonial. Tel. 3627-2964.

Região Sanitária II

UBR Raimundo Firmo

End. Rua Petrolina Amâncio, Nº 484 – Veneza – Ribeirão das Neves

Tel. (31) 3625-1163 (31) 3627-9326

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região II:

1. PSF Florença I – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença.
Tel. 3625-5780
2. PSF Florença II – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença.
Tel. 3626-6750
3. PSF Novo Florença – End. Av. Ida Jubeline, nº 1048 – Florença.
Tel. 3625-5780
4. PSF Vereda – End. Rua Geraldina Soares, nº 65 – Veredas.
Tel. 3628-1161
5. PSF Alto Veneza – End. Rua Maria Angelina Gomes, nº1001 – Veneza. Tel. 3627-3925
6. PSF Fazenda Castro – End. Rua Cinquenta e Um, nº91 - Fazenda Castro. Tel. 3627-3903
7. PSF Metropolitano – End. Rua 42, nº 5 – Metropolitano. Tel. 3626-4746
8. PSF Vale das Acácias - End. Rua Alameda dos Eucaliptos, nº 42 - Vale das Acácias. Tel. 36245103
9. PSF Liberdade – End. Av. E, nº 814 - Liberdade. Tel. 3628-1104
10. PSF San Genaro – End. Rua Ruth Brandão Azevedo, nº 1.395- San Genaro. Tel. 3626-6205

Região Sanitária III

UBR Alarico Modesto

End. Rua Laranjeiras, Nº190 – Cerejeiras – Ribeirão das Neves

CEP 33902-090 Tel. (31) 3638-6560 (31) 3632-5034

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região III:

1. PSF Cruzeiro - End. Rua Maracanã, nº 150 – Cruzeiro. Tel. 3639-6804
2. PSF Areias I – End. Rua São Lucas, nº173 - Areias 1. Tel. 3639-1781
3. PSF Areias II – End. Rua das Gardêneas, nº 580 - Santa Margarida.
Tel. 3639-1782
4. PSF Tropical – End. Rua Campina Verde, nº 182 – Tropical.
Tel. 3639-7528
5. PSF Botafogo – End. Rua Duque de Caxias, nº 52 – Botafogo.
Tel. 3632-5014
6. PSF Esperança – End. Rua Suíça, nº 183 A – Esperança.

Tel. 3639-8811

7. PSF Menezes – End. Rua Tancredo de Almeida Neves, nº1061 – Menezes. Tel. 3638-6562
8. PSF Alto Menezes – End. Rua Rio de Janeiro, nº 157 - Alto dos Menezes. Tel. 3638-6563
9. PSF Belo Vale – End. Rua Dois, nº 312 - Belo Vale. Tel. 3632-2909
10. PSF Braúnas – End. R. Tijuca, nº 243 – Urca. Tel. 3638-7723
11. PSF Cerejeiras – End. Rua Bangu, nº 65 – Urca. Tel. 3632-3502
12. PSF Flamengo – End. Av. Príncipe Duarte, nº 124 – Flamengo.
Tel. 638-6561

Região Sanitária IV

UBR Expedito Monteiro

End. Rua Suacuí, Nº 358 – Jardim de Alá – Ribeirão das Neves

Tel. (031) 3638-1303 (031) 3632-5039

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região III:

1. PSF Bispo de Maura - End. Rua dos Executivos, nº 418 - Vila Bispo de Maura. Tel. 3496-6021
2. PSF Nova Pampulha II - End. Rua Amaralina, nº 11 - Granjas Primavera. Tel. 3498-9207.
3. PSF Jardim Alvorada - End. Rua Diamantina, nº 32 - Jardim Alvorada. Tel. 3913-6164
4. PSF São Miguel - End. Rua Mario Costa Ferreira, nº 131 - São Miguel. Tel. 3638-2114.
5. PSF Fortaleza - End. Rua Engenheiro João Trindade, nº 150 – Fortaleza. Tel. 3632-4225.
6. PSF Santa Fé - End. Rua Rio Verde, nº 156 – Guadalajara. Tel. 3638-4457.
7. PSF Nova Pampulha I - End. Rua Hum, nº 577 - Conjunto Nova Pampulha. Tel. 3496-6852.
8. PSF Luar da Pampulha - End. Rua São Bento, nº 126 - Luar Pampulha. Tel. 3495-836.
9. PSF São José II – End. Rua Paquetá, nº 415 - Vila Santa Branca.
Tel. 3455-7730.
10. PSF Evereste - End. Rua Rosângela, nº 197 - São José.
Tel. 3638-1225
11. PSF São Jose I - End. Rua Rosângela, nº 197 - São José.
Tel. 3638-1225.
12. PSF Lagoa - End. Rua Formiga, nº 155- Kátia. Tel. 3638-5799

Região Sanitária V

UBR João Francisco Torres

End. Rua Santo Inácio de Loyola, N° 397 – Maria Helena – Ribeirão das Neves

Relação das Equipes de Saúde da Família da Região V:

1. PSF Landi I – End. R. Oito, n° 54 - Landi I 1ª seção. Tel. 3458-7401
2. PSF Landi II - End. Rua Dois. N° 12 - Landi 2ª seção. Tel. 3458-7344
3. PSF Pedra Branca I - End. Rua Vinte e Nove, n° 55 - Pedra Branca.
Tel. 3458-3885
4. PSF Pedra Branca II - End. Rua Diamantina, n° 900 - Pedra Branca. Tel. 3458-7671
5. PSF Maria Helena - End. Rua São Tiago, n° 36 - Maria Helena.

Tel. 3458-4033.

APÊNDICE C - Aprovação do COEP



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

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

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

DECISÃO

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

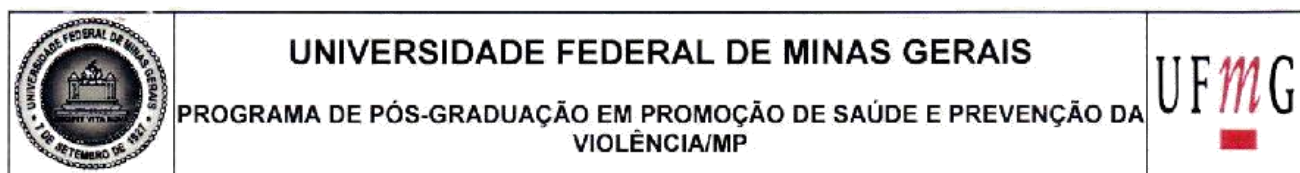
O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE D: LEGENDA FIGURA 3**Legenda: Figura 3**

AÇÕES DESENVOLVIDAS NA UBS	REPRESENTAÇÃO
Não Sabe	99\Não sabe\Não conseguiu\Cont.
Ações de Prevenção	Campanhas\Ações de prevenção\Grupos na unidade\ eventos esportivos\Atividade de ginástica
Palestras	Palestras educativas\Aconselhamento
Acolhimento	Acolhimento\ Bom atendimento\ Atendimento adequado\Boa recepção
Cartazes	Cartazes contra à violência\ prevenção à violência\ Cartazes informativos\ Faixas
Policias	Chamar a policia\ Notificar a policia\ Colocar guarda municipal
Reuniões Abertas	Reuniões com os usuários\ Reuniões com a comunidade\ Roda de conversa com usuários e funcionários
Visita Domiciliares	Realizar Visita domiciliar.

APÊNDICE E: ATA DA DEFESA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO - 2012737930

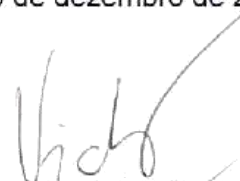
Realizou-se, no dia 09 de dezembro de 2014, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, sala 807, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PROMOÇÃO DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES COLETIVAS E VIOLÊNCIA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CIDADE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS, BRASIL.*, apresentada por MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO, número de registro 2012737930, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora:
 Prof. Victor Hugo de Melo - Orientador (UFMG), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG), Prof(a). Soraya Almeida Belisario (UFMG).

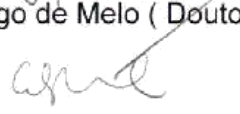
A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

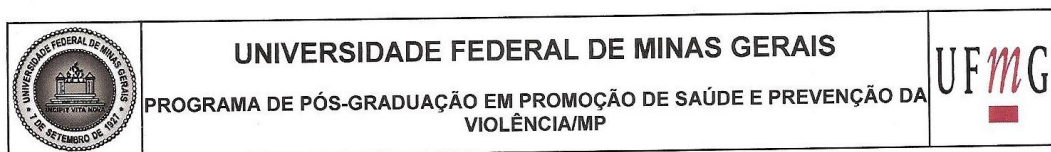
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
 Belo Horizonte, 09 de dezembro de 2014.


 Prof(a). Victor Hugo de Melo (Doutor)


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


 Prof(a). Soraya Almeida Belisario (Doutora)

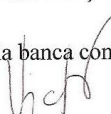
APÊNDICE F: FOLHA DE APROVAÇÃO**FOLHA DE APROVAÇÃO**

PROMOÇÃO DE SAÚDE, PARTICIPAÇÃO EM AÇÕES COLETIVAS E VIOLÊNCIA ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA CIDADE DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS, BRASIL.

MÁRCIA MARIA RODRIGUES RIBEIRO

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

Aprovada em 09 de dezembro de 2014, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Victor Hugo de Melo - Orientador
UFMG


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG


Prof(a). Soraia Almeida Belisario
UFMG

Belo Horizonte, 9 de dezembro de 2014.