

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

ELISANE ADRIANA SANTOS RODRIGUES

Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e  
vivências de profissionais e usuários

Belo Horizonte

2014

0

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

ELISANE ADRIANA SANTOS RODRIGUES

Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do Título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social

Orientadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo

Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares

Belo Horizonte

2014

R696a Rodrigues, Elisane Adriana Santos.  
Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde [manuscrito]:  
correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e  
usuários. / Elisane Adriana Santos Rodrigues. - - Belo Horizonte: 2014.  
122f.: il.  
Orientador: Elza Machado de Melo.  
Coorientador: Ricardo Tavares.  
Área de concentração: Promoção Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Medicina.

1. Violência. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da  
Família. 4. Pessoal da Saúde. 5. Estudos Transversais. 6. Dissertações  
Acadêmicas. I. Melo, Elza Machado de. II. Tavares, Ricardo. III.  
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.  
NLM: W 590

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna– Campus Saúde UFMG

## **DEDICATÓRIA**

Este trabalho é dedicado a todos que de alguma forma me apoiaram, ajudaram e compartilharam comigo desta experiência.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, meus filhos Davi, Elisa e Marina que preenchem minha vida de ternura e afeto e aceitaram minhas ausências nesse período, meus pais e irmãs pelo apoio que me serviu de força para vencer mais esse desafio.

Aos amigos e colegas do trabalho que sustentaram a motivação para desenvolver esta pesquisa.

Aos entrevistados que contribuíram de maneira especial na análise e compreensão do objeto de estudo.

Em especial à orientadora, Profa. Dra. Elza Machado de Melo pela confiança depositada em meu trabalho e pelos momentos de atenção a mim oferecidos, ao Prof. Dr. Ricardo Tavares pelos ensinamentos e imensa contribuição em meu crescimento profissional.

A todos que me ajudaram nesse processo de produção do conhecimento.

*“É preciso substituir um pensamento que isola e separa por um pensamento que distingue e une.”*

*Edgar Morin*

## RESUMO

RODRIGUES, E. A. S. **Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários**, 2014. 122 folhas. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

A violência apresenta-se como um fenômeno complexo à sociedade contemporânea, possui caráter interdisciplinar e interfere na qualidade de vida da população em geral, sendo reconhecida como um problema de saúde pública. Este estudo tem por objetivo investigar a conotação da violência no campo da saúde, em específico, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Para seu alcance, apresenta-se o presente Projeto que consiste em um estudo qualiquantitativo com a proposta de analisar a correspondência entre as vivências e percepções relativas à violência dos usuários e profissionais da APS no município de Ribeirão das Neves. Na sequência, apresenta-se o Artigo de Revisão Integrativa da Literatura realizado sobre a temática da violência no âmbito da APS a partir de artigos indexados ao Portal Capes publicados nos anos de 2011 a 2013. A busca de estudos foi conduzida inicialmente por um examinador, utilizando-se as palavras-chaves: Violência, Atenção Primária à Saúde nos idiomas Português e Inglês. Após a seleção, o cumprimento de todos os passos de refinamento e a exclusão dos artigos duplicados, foi obtida uma listagem contendo 233 resumos que foi avaliada por três examinadores. Estes realizaram a escolha dos estudos segundo o tema proposto e emitiram, cada um, três listagens, num total de 77 artigos. Decidiu-se analisar os estudos que coincidiram entre os três examinadores ou pelo menos entre dois destes, ou seja, 36 artigos. Destes, 02 não foram disponibilizados em texto completo, 09 não contemplavam os temas violência e APS juntos e 01 foi publicado em 2010. Apresenta-se, portanto, o resultado com as conclusões obtidas a partir da análise de 24 artigos segundo a análise crítica dos estudos, categorização, avaliação e interpretação dos achados. Os resultados foram sistematizados em três categorias: Literatura; Potencialidades da APS para a abordagem da violência; Limites da APS frente à violência. Verificou-se que a APS tem grande potencial para o enfrentamento da violência, atendimento às suas vítimas, famílias e acionamento da rede de proteção nos diversos países. No entanto, muitos são os desafios nesse campo. Os estudos mostram a necessidade de aprimorar e potencializar as práticas profissionais com ênfase na capacitação dos profissionais visando a reorganização da assistência e a abordagem

integral às pessoas em situação de violência. Posteriormente, apresenta-se o Artigo de Resultados que dá nome a este volume, desenvolvido a partir do projeto de pesquisa apresentado. Trata-se de um estudo transversal quali-quantitativo realizado pelo Núcleo de Promoção de Saúde e Paz do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em Ribeirão das Neves/MG, em 2012, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando questionários aplicáveis com usuários e autoaplicáveis com profissionais das Unidades Básicas de Saúde do município. A amostra final de usuários deste estudo foi calculada com erro de 3,71% (n=628) e foram recrutados todos os profissionais presentes em todas as unidades de saúde no momento da pesquisa (n= 300). Foi realizada análise descritiva sobre os dados quantitativos, distribuição de frequência simples e cruzada *three way*, análise univariada utilizando teste de diferença entre duas proporções e análise de correspondência entre as variáveis relativas aos usuários e profissionais sobre vivência e percepções sobre a violência. Para os dados de natureza qualitativa realizou-se a análise por categoria, comparando-se os aspectos coincidentes e os que se afastam, segundo a concepção dos usuários e dos profissionais acerca do papel do setor saúde na prevenção da violência. A articulação dos dados empíricos qualitativos e quantitativos com a literatura, segundo um processo circular, em que um ilumina e esclarece o outro, gerou as categorias de análise do estudo, a saber: a violência como problema de saúde; a integralidade da abordagem da violência e a participação como elemento essencial dessa abordagem. Observou-se que no município estudado a violência permeia o cotidiano de vida de usuários e profissionais, assim como, a dos serviços de saúde. De algum modo existem possibilidades de intervenção no campo da violência e tanto profissionais como usuários acreditam nessa proposta, seja no sentido de que é possível prevenir, seja na perspectiva de que a saúde deve intervir na prevenção da violência. No entanto, nota-se a necessidade de instituir de forma sistemática a abordagem da violência como parte das ações desenvolvidas no âmbito primário e nas agendas dos profissionais.

**Descritores:** Violência, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

RODRIGUES, E. A. S. **Approach of violence in primary health care: correspondence between perceptions and experience from professionals and users**, 2014. 122 sheets. Master's thesis – Medicine Faculty, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

The violence presents itself as a complex phenomenon to contemporary society; it has interdisciplinary features and interferes in the quality of life of the general population, recognized as a public health issue. This study means to investigate the connotation of violence in the health area, specifically in the context of Primary Health Care. In order to accomplish this, is presented a Project which consists of a qualitative and quantitative study proposing an analysis on the correspondence between experiences and perceptions regarding the violence of users and professionals of the PHC at the Ribeirão das Neves municipality. Followed by an Integrative Literature Review Article carried out on the theme of violence in the ambit of PHC from articles indexed at Portal Capes published between 2011 and 2013. An examiner initially conducted the studies search, using the keywords: Violence, Primary Health Care both in Portuguese and English languages. After the selection, the compliance of every refinement step and the exclusion of duplicate articles a list containing 233 abstracts was obtained was evaluated by three examiners. These chose the studies according to the proposed theme, each one submitting a list, an amount of 77 articles. The decision was to analyze the matching studies from three or at least two of them, an outcome of 36 articles. From these, 02 were not available in full text, 09 did not contemplate both violence and PHC and 01 was published in 2010. Therefore presenting the results on the conclusions obtained from the analysis of 24 articles according to the critical analysis of the studies, categorization, evaluation and interpretation of the findings. The results were systematically arranged in three categories: Literature; Potentialities of PHC for the approach of violence; Limits of PHC as it faces violence. It has been found that PHC holds a great potential to stand against violence, to assist its victims and to trigger the protection network in several countries. However, there are many challenges in this field. The studies show the necessity to improve and potentiate the professional practices, aiming to reorganize de assistance and integral approach to people in a violent situation. Later comes an Article of Results that titles this volume, developed from the

initial research project. This study is a cross sectional qualitative and quantitative one, accomplished by the Health and Peace Promotion Centre of the Preventive Medicine Department of Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) at Ribeirão das Neves in 2012. In which semi structured interviews were carried out using questionnaires that were applied with users and self-applied with professionals present of the town's Basic Health Units. The final user sample of this study was calculated with a 3.71% (n=628) error rate and all of the professionals in all health units by the time of the research were recruited (n= 300). A descriptive analysis on the quantitative data was carried out, simple and joint *three-way* frequency distribution, univariate analysis using difference test between two proportions and correspondence analysis among the variables regarding users and professionals on experience and perceptions about violence. For the data with qualitative nature, an analysis by categories was carried out, comparing coincidental aspects and the ones that deviate, according to the users and professional's conceptions about the role of the health sector in violence prevention. The articulation of qualitative and quantitative empirical data with the literature, according to a circular process, in which one illuminates and clarifies the other, generated the categories of analysis of the study, namely: violence as a health problem; comprehensive health approach to violence and participation as an essential element of this approach. It was observed that in the studied municipality, the violence permeates the daily life of users and professionals, as well as the health services. That somehow there are intervention possibilities in the violence area, and both professionals and users who believe in this proposition is in the means that this is possible to prevent, is the perspective that the Health should intervene in violence prevention. However, there is the necessity to establish in a systematic way the approach of violence as part of the actions developed in the primary ambit and in the professional's agenda is remarkable.

**Descriptors:** Violence, Primary Health Care, Family Health Program. Health Services.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	12
--------------------	----

### **CAPÍTULO 1 PROJETO DE PESQUISA - ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS.....**

1.0 Introdução .....	16
1.1 Hipóteses .....	21
1.2 Objetivos .....	22
1.2.1 Objetivo Geral .....	22
1.2.2 Objetivos Específicos .....	22
1.3 Metodologia .....	22
1.3.1 Variáveis .....	25
1.3.2 Análise .....	25
1.4 Cronograma .....	26
1.5 Resultados .....	26
REFERÊNCIAS .....	27

### **CAPÍTULO 2 ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA - INSERÇÃO DA VIOLÊNCIA NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES SEGUNDO REVISÃO DA LITERATURA .....**

1.0 Introdução .....	31
2.0 Método .....	33
3.0 Resultados e discussão .....	33
3.1 Literatura nos últimos dois anos .....	34
3.2 Potencialidades da APS para a abordagem da violência .....	39
3.3 Limites da APS frente à violência .....	42
4.0 Considerações finais .....	45
REFERÊNCIAS .....	47

<b>CAPÍTULO 3 ARTIGO DE RESULTADOS - ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS .....</b>	<b>51</b>
1.0 Introdução .....	54
2.0 Metodologia .....	58
3.0 Resultados .....	61
3.1 Análise Quantitativa .....	61
4.0 Discussão .....	66
5.0 Considerações finais .....	75
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>78</b>
<b>CAPÍTULO 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
Considerações Finais .....	84
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
ANEXO A – QUESTIONÁRIOS	
ANEXO B - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO C – TCLE	
ANEXO D – ATA DE DEFESA	
ANEXO E – FOLHA DE APROVAÇÃO	

## APRESENTAÇÃO

Promover saúde e identificar de forma precoce as situações potencialmente prejudiciais ao bem estar geral da população compreendem pressupostos da Atenção Primária à Saúde (APS). Este nível de cuidado atua segundo a lógica de inserção no contexto de relações e moradia das comunidades e do desenvolvimento de estratégias de aproximação da vida dos sujeitos. Nessa circunstância, os profissionais de saúde da APS apresentam-se como atores responsáveis por atuar segundo as necessidades locais e possuem atuação fundamental no sentido de proximidade e continuidade da atenção à população, podendo acionar a rede de proteção e suporte para as pessoas que se apresentem em condições de vulnerabilidade.

Dentre os cenários de vulnerabilidade, encontram-se famílias em situação de violência, como um evento que afeta sobremaneira a qualidade de vida e saúde das populações. Em consonância com esta visão, este estudo propõe aprofundar no tema violência e saúde, com ênfase na abordagem deste fenômeno no âmbito da APS.

A ideia de estudar esta problemática surge da inquietude frente ao propósito de aprofundar na interface da violência com o campo da APS. A abordagem dos casos de violência se apresenta como um desafio aos profissionais da saúde e gestores, colocando-os diante de situações complexas que se concretizam em um constante modo de aprender no cotidiano de atuação. Tal perspectiva de estudo é resultante, portanto, do enlace entre a prática profissional no campo da APS e as discussões teóricas acerca dessa temática, dentre elas, as provocadas no curso do mestrado profissional.

Para o desenvolvimento desta investigação, apresenta-se no primeiro Capítulo deste volume, o Projeto de Pesquisa relacionado ao problema elencado, isto é, o projeto idealizado para a realização de um estudo com o objetivo de verificar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da APS relativas à violência no município de Ribeirão das Neves. Sua introdução inicia-se com uma exposição de cunho teórico, com o objetivo de contextualizar o estudo. Em seguida, apresenta-se o caminho percorrido para o desenvolvimento da pesquisa segundo a metodologia quali-quantitativa. Nos resultados, item 1.5 desta primeira seção, está proposta a construção de um Artigo de Revisão Integrativa da Literatura sobre a problemática da violência no campo da APS e o desenvolvimento de um Artigo de Resultados que aborda a pesquisa que compõe o projeto descrito e que dá nome a este volume.

Na seqüência, encontra-se o Capítulo 2 denominado “*Artigo de revisão da literatura: Inserção da violência no campo da Atenção Primária à Saúde: limites e possibilidades segundo revisão da literatura*”, que compreende o Artigo de Revisão Integrativa da Literatura proposto. Esta abordagem possui cunho teórico e busca apresentar as discussões de 24 estudos publicados nos anos de 2011 a 2013 acerca da discussão da violência no contexto da APS.

O Capítulo seguinte, de número 3, denominado “*Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários*” apresenta a pesquisa qualiquantitativa realizada. Discute-se a análise do material obtido no estudo desenvolvido no município de Ribeirão das Neves com a proposta de analisar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da APS relativas à violência.

A seguir, no Capítulo 4, intitulado “*Considerações Finais*”, abordam-se aspectos relevantes encontrados a partir de toda a construção obtida, resgatando as principais discussões realizadas como possibilidade de criação de alternativas para a sociedade e sistema de saúde em geral diante da magnitude do tema violência e saúde.

## **CAPÍTULO 1**

### **PROJETO DE PESQUISA**

# **ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

## **RESUMO**

O presente projeto, de abordagem qualiquantitativa, tem por objetivo investigar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) relativas à violência. Trata-se de estudo transversal realizado em Ribeirão das Neves/MG, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando questionários aplicáveis com usuários e autoaplicáveis com profissionais presentes nas Unidades Básicas de Saúde do município, no momento da pesquisa. A amostra final de usuários deste estudo foi calculada com erro de 3,71% (n=628) e foram recrutados todos os profissionais em todas as unidades de saúde no momento da pesquisa (n= 300). Pretende-se realizar análise descritiva sobre os dados quantitativos - distribuição de frequência simples e cruzada *three way*, análise univariada utilizando teste de diferença entre duas proporções - e análise de correspondência entre as variáveis relativas aos usuários e profissionais. Para os dados de natureza qualitativa será realizada comparação entre os aspectos coincidentes e os que se afastam, segundo a concepção dos usuários e dos profissionais acerca do papel da APS na prevenção da violência.

**Palavras-chave:** Violência, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study, of qualitative and quantitative approach, means to investigate the correspondence between the experience and perceptions from users and professionals of Health Primary Care (PHC) regarding violence. This is a cross sectional study carried out at Ribeirão das Neves/MG. In which semi structured interviews were carried out using questionnaires that were applied to users and self-applied to professionals present at the town's Basic Health Units. The final user sample of this study was calculated with a 3.71% (n=628) error rate and all of the professionals in all health units by the time of the research

were recruited (n=300). We intend to conduct a descriptive analysis on the quantitative data - simple and joint *three-way* frequency distribution, univariate analysis using difference test between two proportions - and correspondence analysis among the variables regarding users and professionals. For the data with qualitative nature will be performed comparing the coincidental aspects and the ones that deviate, according to the users and professional's conceptions about the role of PHC in violence prevention.

**Keywords:** Violence, Primary Health Care, Family Health Program, Health Services.

## Introdução

A abordagem da violência e suas interfaces, reconhecida como objeto e campo de atuação necessário e atual, tem sido cada vez mais estimulada em todo o território nacional a partir de iniciativas governamentais. O Estado reconhece a violência como um problema que interage com diversos fatores devendo ser abordada sob a perspectiva de articulação intersetorial, de forma multidisciplinar e com a garantia da interlocução com a sociedade (BRASIL, 2005).

Define-se violência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como:

[...] o uso intencional da força ou poder físico, em forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesões, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações (OMS, 2002, p.3).

No Brasil, o tema torna-se campo de debates a partir de 1980 ao término da ditadura militar. As primeiras iniciativas relativas à introdução da violência como pauta para a saúde surgem no campo da violência contra crianças, quando profissionais de saúde denunciaram estes eventos como causadores de enormes prejuízos ao desenvolvimento infantil. Vários centros de saúde se envolveram nessa discussão e seus profissionais assessoravam as discussões políticas em torno do problema, culminando com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (MINAYO, 2007).

Nesta mesma década, em caráter mundial, o movimento feminista passou a exigir do setor saúde atitudes em relação à violência contra a mulher. A interface da saúde com as diversas manifestações da violência de gênero esteve explícita nas conclusões da Conferência sobre Violência e Saúde realizada em 1994 em Washington pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). Entretanto, o debate acerca da violência no âmbito da saúde se oficializa,

para o mundo, na década de 1990, quando OPAS e Organização Mundial de Saúde (OMS) estimulam o aprofundamento em estudos e intervenções sobre o problema, adequados à sua complexidade (MINAYO, 2007).

Em 2001, o Ministério da Saúde oficializa por meio da Portaria nº. 737 a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que aponta, sobretudo, para o incremento da atenção nos níveis locais. Em suas diretrizes encontram-se as seguintes orientações:

- 1) promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; 2) monitoramento da ocorrência de acidentes e violência; 3) sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violência e acidentes; 5) estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação; 6) investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente, o local. (MINAYO, 2007, p. 6).

Posteriormente, no ano de 2004, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 936 que dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios, além da formalização de um Plano de Ação Nacional a ser desenvolvido nos anos seguintes no combate a este problema (MINAYO, 2007). Em 2005, com base no movimento internacional, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado “Impacto da violência na saúde dos brasileiros” em parceria com OPAS e Fiocruz (BRASIL, 2005).

Além destas iniciativas, outro marco importante para a inserção da violência no campo da saúde é o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, criado pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça em 2002, que previu a realização do diagnóstico da situação e a construção de indicadores de monitoramento e efetividade, além de apresentar a perspectiva de defesa de direitos das crianças e adolescentes, com normas de atendimento e prevenção, às vítimas de violência (MINAYO, 2007).

No que tange à violência de gênero, destaca-se a construção do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Esse programa ressaltou a relevância do tema e a importância de um olhar específico do setor público ao problema. Em seguida, a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, em 2004, reforçou os preceitos do PAISM em conjunto com um plano de ação para o período de 2004 a 2007, no qual o Ministério da Saúde se propôs a ampliar em 30% sua rede de serviços de atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência (MINAYO, 2007).

Paralelamente a isso, relativo à proteção do idoso, foi promulgado, através da Lei 10,741 de 01 de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso pela Secretaria Especial de Direitos Humanos e em 2005 criou-se um plano de ação de caráter intersetorial para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Destacam-se para a saúde, nesse documento, as ações de prevenção, promoção, atendimento às vítimas e normas referentes às instituições de longa permanência (MINAYO, 2007).

Historicamente, verifica-se um esforço crescente do Estado e sociedade na discussão e enfrentamento desse problema e na formatação de políticas na interface entre diferentes setores. A magnitude e complexidade desta questão revelam a necessidade crescente de aprofundamento na discussão da violência e suas consequências, que podem ser expressas como comprometimento da vida pessoal, familiar e social e/ou como prejuízos aos diversos setores envolvidos, incluindo o setor saúde (BRASIL, 2005).

Os dados mundiais são alarmantes, mais de 1,5 milhões de mortes ocorrem por ano em decorrência da violência, compreendendo uma das principais causas de morte no mundo na população de 15 a 44 anos (OPAS, 2013). No Brasil, nas últimas décadas, destaca-se um significativo crescimento da criminalidade. Indicadores revelam que os homicídios tiveram um aumento de mais de 200% no país. O número de homicídios em 1980 foi de 13.601 e já no ano de 2000 foram 45.343 ocorrências (MINAYO, 2005). A taxa de homicídios da população total do país, que em 1996 era de 24,8 por 100 mil habitantes, cresceu para 27,1 em 2011 (WAISELFISZ, 2013).

Comparando-se as capitais brasileiras, a região sudeste foi a única do país a apresentar quedas no número de homicídios na população total, com exceção de Belo Horizonte, onde o número de homicídios cresceu 21,5%. Nas demais capitais do sudeste os números declinam, São Paulo apresentou queda de quase 80%, Rio de Janeiro 55,2% e Vitória 25,8%, no número de homicídios em 2011 (WAISELFISZ, 2013).

Atualmente, a mortalidade por causas externas, que compreende a mortalidade por acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e a mortalidade por violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos), representa a terceira causa mais frequente de morte no país (MASCARENHAS et al, 2010). Segundo dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), gerenciado pelo Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2009, o público masculino adulto jovem de 20 a 39 anos corresponde à população mais vulnerável à mortalidade por causas externas (MASCARENHAS et al, 2010).

Sob o olhar da saúde, destaca-se que ao enfrentar uma questão desta magnitude e complexidade, torna-se necessário fomentar discussões e iniciativas que visem provocar mudanças significativas na forma de ver e atuar sobre este fenômeno no âmbito dos serviços (BRASIL, 2005). O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o reconhecimento dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e o desenvolvimento da assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Diante da proposta de promoção da saúde, como objetivo amplo e fundamental para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, a saúde enfrenta o desafio de fomentar a autonomia dos indivíduos para lidar com os diversos fatores que interferem na qualidade de vida, sejam eles biológicos, psicossociais e/ou comportamentais. As situações nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam sobremaneira a produção de saúde/doença e a expectativa de vida das comunidades (BRASIL, 2006).

Direciona-se assim, esta discussão, para a atuação da saúde no nível primário de atenção, ou seja, nos serviços que atuam no contexto de vida e moradia das comunidades oferecendo ações aos indivíduos, famílias e comunidade. Este nível de atenção, o qual se denomina Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup> (APS), compreende uma estratégia que prevê a reorientação e “organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social” (SOUSA, 2014, p.41).

Segundo Starfield (2002) a APS está pautada em atributos essenciais, a saber, o “primeiro contato” que opera na acessibilidade funcionando como porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, a “longitudinalidade” que oferece ações em saúde ao longo do tempo nos diferentes ciclos de vida, a “integralidade” que prevê a oferta de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação de forma integrada entre os serviços e níveis de atenção e a “coordenação da atenção” que compreende a garantia de continuidade do cuidado em outros níveis de atenção e pontos da rede de serviços de saúde.

Portanto a APS está orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade ao sistema, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Organiza-se para intervir nas necessidades individuais e coletivas das

---

<sup>1</sup>No Brasil utiliza-se o termo “Atenção Básica de Saúde” para definir as ações desenvolvidas no nível primeiro de atenção, compreendendo ações de cunho individual ou coletivo com vistas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde pautadas nas necessidades das populações (SOUSA, 2014). Sobretudo, neste trabalho optou-se por utilizar o termo APS pela sua conotação ampla e norteadora dos princípios da Atenção Básica de Saúde no Brasil e de diversas estratégias em todo o mundo.

populações de territórios bem delimitados sob a forma do trabalho em equipe, funcionando como o contato preferencial do sistema de saúde. As equipes de saúde e os diversos canais de apoio criados para o fortalecimento dessa rede realizam ações de diagnóstico, tratamento, prevenção, promoção da saúde e reabilitação, proposta que tem sua operacionalização através da Estratégia Saúde da Família (OPAS, 2011).

Nesse sentido, as equipes de saúde que atuam no nível primário de atenção possuem o desafio de abordar os determinantes sociais da saúde com vistas à promoção da saúde dos indivíduos, famílias e população sob sua responsabilidade. Aponta-se como estratégia para o alcance desse objetivo a mobilização dos indivíduos para a participação nos processos de mudanças do ambiente onde vivem ao passo em que compõem o debate para a resolução de problemas comuns. Essa abordagem permite que a população exerça a cidadania e a interação com diferentes setores e instâncias locais do governo para o enfrentamento das dificuldades referentes às condições socioeconômicas e de saúde de um determinado território (BRASIL, 2006).

A busca da promoção da saúde implica avançar na lógica de atenção às comunidades, baseada na construção de políticas públicas favoráveis às ações amplas e intersetoriais capazes de provocar mudanças na forma como os sujeitos inseridos no contexto social enfrentam as questões coletivas (SÍCOLE & NASCIMENTO, 2003).

Esta discussão aponta para a abordagem dos espaços construídos no nível micro de atuação, ou seja, no cotidiano das comunidades que lidam e são acometidas por realidades diversas, dentro do contexto nacional do SUS, assim como, na abordagem das situações cotidianas dos profissionais, como aquelas relativas à violência, que surgem como demanda cada vez mais frequente aos serviços de saúde da APS. Segundo Gregory et al (2010), as mulheres vítimas de violência doméstica fazem de 7 a 8 visitas aos profissionais de saúde por motivos diversos, antes de relatarem sobre o abuso sofrido. Demandas como esta têm se apresentado aos profissionais da APS o que revela a importância da abordagem dessas situações como alvo de estudos e propostas de atenção e prevenção em saúde (SCHRAIBER et al, 2012). Respostas inadequadas dos profissionais de saúde podem levar a mais violência, como ainda, à medicalização, negligência de cuidados, quebra de confidencialidade, desencadeando situações de desespero das vítimas (SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012). Provoca-se, desse modo, uma discussão que tenciona o setor saúde para a abordagem dos casos, uma vez que se possui neste espaço grande potencial para a detecção dos eventos que envolvem violência (COSTA & LOPES, 2012; JOYNER & MASH, 2012).

Os dilemas referentes aos sistemas de saúde correspondem também às expectativas quanto à sua construção. Espera-se que as ações sejam instituídas como resposta social às necessidades de saúde da população. Hoje, após amplos debates em torno da efetividade do SUS, percebe-se uma incoerência nessa sintonia esperada entre as respostas sociais e as reais necessidades das comunidades (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013; OPAS, 2011). Verificam-se avanços na melhoria do acesso à APS, no favorecimento do vínculo, na capacidade instalada, priorização da Saúde da Família pelo governo e no incremento de ações preventivas. No entanto, observam-se limites no que se refere à política de pessoal, à capacidade de governo, ao desenvolvimento de políticas intersetoriais no nível local, à integralidade, à territorialização e à participação popular e ao não enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013). A crise atual dos sistemas de saúde em todo o mundo revela-se em modelos que não acompanham as mudanças epidemiológicas e a transição das condições de saúde (OPAS, 2011). As violências e acidentes são responsáveis por grande parte dessa transformação no perfil de problemas de saúde, o que significa lidar com o impacto disso sobre a saúde e com os fatores condicionantes da violência. É preciso atuar sobre o estilo de vida, características ambientais e sociais para o alcance dessa problemática que se desenvolve de forma complexa nas sociedades (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013).

A APS aponta potencial para essa abordagem. Estudos mostram que pelo fato de atuar sobre uma população determinada, a relação construída na APS pressupõe o vínculo, existe uma aproximação maior com as pessoas, o que desencadeia o senso de responsabilidade pela saúde dos indivíduos, assim como para suas necessidades. Esta possibilidade favorece a criação de espaços de diálogo e relações de confiança, nos quais a população sente-se segura para tratar sobre o problema (COSTA & LOPES, 2012). É preciso que as vulnerabilidades sejam reconhecidas para que o fenômeno da violência seja desvelado, possibilitando intervir sobre ele (JOYNER & MASH, 2012).

Diante do exposto, a violência é reconhecida como um fenômeno inerente à vida dos usuários, assim, espera-se que a sua abordagem esteja inserida nas prioridades da APS. Daí surge o propósito deste estudo, verificar se existe correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais sobre a violência, no âmbito da APS.

## **1.1 Hipóteses**

Os usuários e profissionais têm, no âmbito da APS, vivências e percepções semelhantes no que se refere à violência.

Na percepção de usuários e profissionais da APS, a prevenção da violência é função da saúde.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Analisar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais relativas à violência, na APS.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Analisar a vivência de situações de violência na ótica de usuários e profissionais no território da unidade de saúde.
- Conhecer a percepção dos usuários e profissionais sobre a possibilidade de prevenir a violência.
- Conhecer a percepção dos usuários e profissionais sobre o papel da APS na prevenção da violência.

## **1.3 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 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) denominado “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde” que teve seu início em 2012.

Trata-se de um estudo transversal de natureza quali-quantitativa, realizado em todas as Unidades de Atenção Primária de Ribeirão das Neves. O município está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Sua população, composta por 296.317 habitantes (IBGE, 2010), tem na sua trajetória uma série de contradições. A cidade sofreu processo de emancipação em 1953 e foi desenvolvida sem diretrizes para controle do parcelamento, uso e ocupação do solo, pelo menos até a década de 70. Encontra-se em posição de “periferia”,

sofrendo processo de metropolização sob o estigma da presença de presídios e migração de pessoas de baixa renda ligadas por parentesco aos presidiários. O fluxo de pessoas para a região foi intensificado posteriormente à duplicação da BR 040. Nesta época, houve a oferta de lotes sem infraestrutura a uma população de baixa escolaridade e renda em busca de emprego na região metropolitana, o que caracterizou o município como “cidade dormitório”. A ocupação favoreceu a construção de uma base territorial fragmentada composta de pequenos proprietários o que impossibilitou o desenvolvimento do mercado imobiliário voltado às pessoas de maior renda (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2008).

A rede de Atenção Primária de Saúde do município conta com 58 Unidades Básicas de Saúde, sendo 53 unidades de saúde da família e 05 unidades tradicionais de Atenção Primária (Unidades Básicas de Referência - UBR). O território está dividido em 05 Regiões Sanitárias, sendo que a Região I é composta por 14 unidades de saúde da família e 01 UBR, a II por 10 unidades de saúde da família e 01 UBR, a III por 12 unidades de saúde da família e 01 UBR, a IV por 12 unidades de saúde da família e 01 UBR e a V por 05 unidades de saúde da família e 01 UBR. Nesta organização, cada Região Sanitária possui uma UBR como referência para pessoas não cadastradas nas unidades de saúde da família. A unidade de saúde da família com menor número de população adscrita possui 2.196 pessoas enquanto a de maior número possui 4.737 (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2014).

O município enfrenta diversos desafios relativos à violência. Encontra-se, ele, entre os 72 municípios do país com taxas acima de 100 homicídios por 100 mil jovens, ocupando o 58º lugar em 2011 com taxa de homicídio na população juvenil de 102,5% (WAISELFISZ, 2013). Portanto, revela-se como contexto propício à investigação da temática da violência.

Para sua construção, pretende-se utilizar os dados qualitativos e quantitativos contidos no banco de dados construído a partir de informações coletadas no município, em 2012, por meio de questionários semiestruturados aplicados aos usuários e autoaplicados aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município (Anexo A).

Na pesquisa envolvendo os usuários, a população foi definida por amostra aleatória simples calculada com margem de erro de 3,71% para mais ou para menos, num total de 696 usuários, sendo 12 usuários por unidade de saúde. Houve 9,8% de perda, uma vez que em algumas unidades foram encontrados menor número de usuários (fato decorrente da falta do profissional médico no momento da pesquisa) e devido à falta de preenchimento de campos de identificação e perfil. Assim, o questionário semiestruturado foi aplicado a uma amostra final de 628 usuários. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços e os usuários foram

selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano; ter idade maior de 18 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da entrevista.

Para os profissionais foram utilizados questionários semiestruturados autoaplicáveis envolvendo todos os profissionais de saúde presentes nas unidades no momento de realização da coleta de dados. Houve perda de aproximadamente 5%, devido ao descarte de questionários com identificação e preenchimento incompleto. A amostra final foi de 300 profissionais. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços, contemplando diferentes perfis - nível superior, inclusive as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); agentes comunitários de saúde; auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo - que preencheram o seguinte critério de inclusão: atuação há pelo menos um ano naquela unidade.

Os questionários (Anexo A) foram elaborados pela equipe de pesquisadores, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis, já testados e utilizados, tais como: os questionários do Projeto de Extensão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).

Os dados foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software Statistical Package and Service Solutions (SPSS).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o parecer 01140812.1.0000.5149 (Anexo B), sob a anuência do município estudado e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C).

### **1.3.1 Variáveis**

#### **Variáveis independentes**

Usuários: Região Sanitária, idade, sexo, raça ou cor, estado civil, grau de instrução.

Profissionais: Região Sanitária, idade, sexo, raça ou cor, estado civil, grau de instrução.

#### **Variáveis dependentes**

Apresentam-se as variáveis dependentes no Quadro 1 para análise quantitativa e qualitativa, sendo as variáveis relativas aos usuários numeradas de 1 a 5 na primeira coluna e as variáveis referentes aos profissionais na segunda coluna identificadas por letras de A à E de acordo com a análise de correspondência que se pretende realizar. Essa análise pretende mostrar como as variáveis cruzadas estão relacionadas.

**Quadro 1** – Variáveis dependentes.

<b>Variáveis dependentes</b>
1 - Presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade.
2 – Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade.
3 - Considera que é possível prevenir a violência.
4 - Considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência.
5 – Funções da saúde na prevenção da violência.

**Fonte:** Elaboração própria.

### **1.3.2 Análise**

Os dados quantitativos serão analisados utilizando-se distribuição de frequência simples e cruzada *three way*, análise univariada utilizando teste de diferença entre duas proporções e análise de correspondência entre as vivências e concepções relativas à violência dos usuários e profissionais da APS.

No que se refere aos dados de natureza qualitativa pretende-se realizar a análise de conteúdo, comparando-se os aspectos coincidentes e os que se afastam, segundo a percepção dos usuários e dos profissionais acerca da prevenção da violência.

## 1.4 Cronograma

Atividades	jun *	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set
Definição do objeto de estudo	X															
Levantamento bibliográfico		X	X	X	X											
Elaboração do projeto		X	X	X	X											
Qualificação do projeto						X										
Banco de dados, digitação, reformulação							X	X	X							
Análise quantitativa										X	X	X				
Análise qualitativa											X	X				
Construção dos artigos											X	X				
Dissertação final													X	X	X	
Defesa pública															X	
Submissão dos Artigos à publicação																X

**Fonte:** Elaboração própria.

\* Corresponde ao mês de junho de 2013.

## 1.5 Resultados

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos, a saber:

1. Artigo de Revisão Integrativa da Literatura intitulado “Inserção da violência no campo da Atenção Primária à Saúde: limites e possibilidades segundo revisão da literatura”.
2. Artigo de Resultados intitulado “Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários”.

## REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 2, p. 320-7, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. 60 p.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500008>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

GREGORY, A. et al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, v. 15, n. 54, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/14712458/10/54>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>. Acesso em: 13 maio 2014.

JOYNER, K.; MASH, B. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research. *BMC Health Services Research*, v.12, n. 399, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>>. Acesso em: 07 out. 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde: Brasil, 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 225-248. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_11\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

MINAYO, M. C. S. *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1259-1267, 2007.

\_\_\_\_\_. *Violência: um problema para a saúde do brasileiro*. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. *Prevención de la violencia: La evidencia*. El Paso, TX: OPS. (Série de orientações sobre prevención de la violencia), 2013.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. *Inovando o papel a Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: <script=sci\_arttext&pid=S1413-81232005000500019>. Acesso em: 21 maio 2012.

RIBEIRÃO DAS NEVES, Dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

RIBEIRÃO DAS NEVES. *Rede de avaliação e capacitação para a implementação dos planos Diretores Participativos - Estudo de Caso*. Ribeirão das Neves – Minas Gerais, 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39829/S1415-790X2012000400011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 out. 2013.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p.101-22, fev 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 20 maio 2012.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G.. Violência por parceiro(a) íntimo(a) contra mulheres e cuidado em saúde na Austrália: cartografando o cenário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 1037-1048, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a2>5. Acesso em: 07 out. 2013.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18, n.1, Rio de Janeiro, jan. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>. Acesso em: 02 ago. 2013.

SOUSA, M. F. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2013 homicídios e juventude no Brasil. *Centro Brasileiros de Estudos Latino-Americanos - FLACSO Brasil*. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013\_jovens.php>. Acesso em: 12 set. 2013.

## **CAPÍTULO 2**

### **ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA**

## **INSERÇÃO DA VIOLÊNCIA NO CAMPO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES SEGUNDO REVISÃO DA LITERATURA**

## **INSERTION OF THE VIOLENCE IN THE FIELD OF PRIMARY HEALTH CARE: LIMITS AND POSSIBILITIES ACCORDING TO LITERATURE REVIEW**

Elisane A. Santos Rodrigues

Maria Célia Gomes Ventura Oliveira

Thiago Custódio Andrade

Elza Machado de Melo

### **RESUMO**

A violência compreende um problema de saúde pública por afetar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos e provocar enormes prejuízos à sociedade em geral. Por ser um problema inerente à vida das comunidades, apresenta-se como um desafio à Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo compreende uma revisão integrativa da literatura sobre a abordagem da violência no âmbito da APS. A pesquisa foi realizada a partir de artigos indexados do Portal Capes utilizando-se os seguintes descritores: Violência e Atenção Primária à Saúde nos idiomas Português e Inglês. Selecionaram-se artigos disponíveis na íntegra publicados nos anos de 2011 a 2013. Foram selecionados e analisados 24 artigos, sistematizados nas seguintes categorias de análise: Literatura; Potencialidades da APS para a abordagem da violência e Limites da APS frente à violência. Verifica-se que a APS tem grande potencial para o enfrentamento da violência através do atendimento às suas vítimas, das famílias e do acionamento da rede de proteção em diversos países. No entanto, muitos são os desafios nesse campo. Os estudos mostram a necessidade de aprimorar e potencializar as práticas profissionais visando a reorganização da assistência e a abordagem integral das pessoas em situação de violência.

**Descritores:** Violência, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família

## **ABSTRACT**

The violence implies a public health issue by influencing the quality of life of the affected individuals and causing enormous losses to society overall. For being an issue inherent to community's life, it presents itself as a challenge to Primary Health Care (PHC). This Study comprises an integrative literature review concerning the approach of violence in the range of PHC. The research was produced from indexed articles of the Capes Portal using the following descriptors: Violence and Primary Health Care in Portuguese and English idioms. Articles available in its entirety published from 2011 to 2013 were selected. 24 articles were chosen and analyzed, systematized in the following analysis categories: Literature; Potentialities of the PHC in the approach of violence. It is observed that in several countries the PHC has a great potential for facing violence, caring to its victims, families and activating the protection network. However, the challenges in this field are many. The studies show the need to improve and potentiate the professional practices aiming to reorganize the assistance and the integral approach of people in a violent situation.

**Descriptors:** Violence, Primary Health Care, Family Health Program.

## **Introdução**

No mundo contemporâneo, a violência apresenta-se como um grave problema à sociedade por afetar a qualidade de vida da população em geral, além de provocar enormes prejuízos aos diversos setores sociais e suas vítimas (BRASIL, 2005).

Os dados nos últimos anos revelam que, no Brasil, os homicídios aumentaram mais de 200% (MINAYO, 2005). Atualmente, a mortalidade por causas externas representa a terceira causa mais frequente de morte (MASCARENHAS et al, 2010).

Os números são incontestáveis, a problemática da violência tem se agravado de forma a atrair preocupações de estudiosos, Estado e sociedade na busca de possibilidades para sua prevenção e tratamento. Sua relação com o campo da saúde se pauta consideravelmente em trabalhar com as potencialidades deste sistema para atuar na prevenção, no tratamento, no apoio aos envolvidos, e na criação de redes de atenção para seu enfrentamento (MINAYO, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído no país a partir da Constituição de 1988, possui diretrizes básicas que garantem a assistência centrada na participação dos usuários e na promoção de práticas em saúde pautadas na realidade da população (BORGES, 2009). No sentido de fortalecer um sistema que se aproxime deste contexto, isto é, das reais necessidades dos usuários, ressalta-se a perspectiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Como porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, a APS se organiza para intervir nas necessidades individuais e coletivas direcionadas a uma população em território bem definido (OPAS, 2011).

Esta perspectiva está operacionalizada por meio da Estratégia Saúde da Família. Pautados no princípio da integralidade os serviços de apoio e equipes de saúde atuam na realização de ações de diagnóstico, tratamento, prevenção, promoção da saúde e reabilitação (OPAS, 2011). Dentre estes atributos, destaca-se a promoção da saúde como possibilidade de oferecer à população adscrita medidas que visem aumentar a saúde e o bem-estar no âmbito individual e coletivo (MELO, 2010; BRASIL, 2006).

Nos pressupostos da Política de Promoção da Saúde apresenta-se à Atenção Básica de Saúde<sup>2</sup> o desafio de fomentar a autonomia dos indivíduos para lidar com os diversos fatores que interferem na qualidade de vida, sejam eles biológicos, psicossociais ou comportamentais (BRASIL, 2006). Por assim dizer, o reconhecimento da violência como um fator agravante, cada vez mais presente na vida das comunidades, coloca-a como um dos objetos de atuação no campo da APS, no que se refere à compreensão de suas manifestações, consequências, prevenção e tratamento (MELO, 2010).

Verifica-se, portanto, a aptidão da APS para tratar a violência como um evento que interfere significativamente na qualidade de vida da população, apoiando-se na perspectiva da promoção da saúde para esta abordagem (MELO, 2010).

O debate em torno da atuação da saúde no campo da violência é crescente, principalmente sobre as perspectivas de atuação no nível de primário de atenção. Trata-se de abordar um tema de grande significado social, isto porque a violência se configura como um enorme desafio para a saúde, pela sua magnitude, complexidade e consequências aos envolvidos.

---

<sup>2</sup>No Brasil utiliza-se o termo “Atenção Básica de Saúde” para definir as ações desenvolvidas no nível primeiro de atenção, compreendendo ações de cunho individual ou coletivo com vistas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde pautadas nas necessidades das populações (SOUSA, 2014). Sobretudo, o termo APS possui conotação ampla e norteadora dos princípios da Atenção Básica de Saúde no Brasil.

Desse modo, pretende-se aprofundar nesta discussão e analisar como a literatura tem abordado o tema violência no contexto da APS a partir de publicações indexadas nos anos de 2011 a 2013 nas bases de dados nacionais e internacionais do Portal Capes. E para o alcance desse objetivo, este estudo propõe verificar as potencialidades e limites apresentados na literatura referentes à abordagem a violência no âmbito da APS.

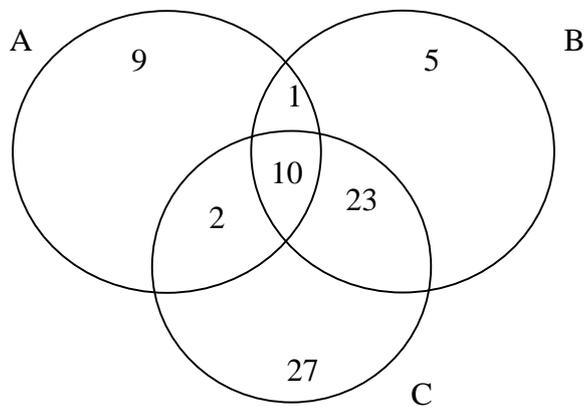
## **2.0 Método**

Para o desenvolvimento deste estudo realizou-se revisão integrativa da literatura. Após a definição da questão científica – verificar as potencialidades e os limites apresentados na literatura referentes à abordagem a violência no âmbito da APS - estabeleceram-se os critérios para a seleção dos artigos. Optou-se pela inclusão de publicações em formato de artigos revisados por pares, sendo selecionados apenas os estudos que problematizaram a abordagem da violência no âmbito da APS. A busca foi realizada a partir das bases indexadas do Portal Capes, utilizando-se os descritores: Violência, Atenção Primária à Saúde nos idiomas Português e Inglês. A seleção abrangeu publicações dos anos 2011, 2012 e 2013 (até o mês de setembro deste último ano). Conduziu-se a busca por um examinador, e após a definição da seleção inicial contendo os títulos e resumos, a listagem gerada foi emitida a outros dois examinadores que analisaram todos os artigos e definiram cada um uma listagem com os artigos que abordavam os temas violência e APS juntos. A partir das três listagens obtidas, selecionaram-se os artigos que coincidiram pelo menos em duas listagens para a categorização das discussões realizadas em cada estudo, avaliação e interpretação dos resultados.

## **3.0 Resultados e discussão**

Inicialmente, na seleção com os descritores em Inglês levantaram-se 10.219 publicações. Em seguida, após escolher apenas os estudos revisados por pares, sob o formato de artigos (excluíram-se os recursos textuais, artigos de jornal, resenhas, atas de congressos, dissertações), nos idiomas Inglês, Português e Espanhol (excluíram-se os artigos em Francês, Chinês e indeterminado) foram obtidos 7.658 artigos. Na seleção por assuntos e temas (quais foram: domestic violence, violence, primary health care, article, women, spouse abuse,

humans, public health, female, mental health, women's health, health sciences, primary care, abused women, intimate partner violence, battered women, risk factors, nurses, pregnancy, child abuse), chegou-se a 977 artigos e após novo refinamento por assuntos e temas (utilizando as mesmas categorias do refinamento anterior), selecionaram-se 173 artigos. Na pesquisa em que os descritores foram lançados em Português, após todos os passos de refinamento e exclusão dos artigos duplicados em Inglês, foram obtidos 60 artigos. Assim, uma listagem contendo 233 resumos foi emitida a três examinadores que realizaram a escolha segundo o tema. Os examinadores, representados na Figura 1 por A, B e C, emitiram, cada um, três listagens, num total de 77 artigos, destes, 36 coincidiram pelo menos entre dois examinadores (Figura 1).



**Figura 1:** Representação do número de artigos selecionados coincidentes entre os examinadores A, B e C.

Decidiu-se analisar os estudos que coincidiram entre os três examinadores ou pelo menos entre dois destes, ou seja, 36 artigos. Destes, 2 não foram disponibilizados em texto completo, 09 não contemplavam os temas violência e APS juntos e 01 foi publicado em 2010. Apresenta-se, desse modo, o resultado com as conclusões obtidas a partir da análise de 24 artigos.

Os resultados foram sistematizados em três categorias: Literatura; Potencialidades da APS para a abordagem da violência; Limites da APS frente à violência.

### 3.1 Literatura

A presente investigação compreendeu 13 estudos realizados no Brasil (Tabela 1) e 11 publicações de outros países (Tabela 2).

**Tabela 1 – Número de artigos produzidos no Brasil**

Variável	n	%
Rio Grande do Sul	3	23
Paraná	2	15
Santa Catarina	3	23
Ceará	1	7,5
São Paulo	3	23
Minas Gerais	1	7,5
Total Brasil	13	100

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Tabela 2 – Número de artigos produzidos em outros países**

Variável	n	%
Líbano	1	9
Eslovênia	1	9
África do Sul	2	18
Estados Unidos*	3	27
Grécia	1	9
China	1	9
Austrália	2	18
Total	11	100

**Fonte:** Dados da pesquisa.

\* 01 artigo deste grupo incluiu também os países Austrália e Canadá.

Quanto à natureza e formas de manifestação da violência nos estudos, apresentam-se os achados no Quadro 1.

**Quadro 1** - Caracterização dos artigos segundo autores, periódicos, ano, violência e método de estudo

<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Violência</b>	<b>Método/Tipo de estudo</b>
APOSTÓLICO; HINO & EGRY	Rev Esc Enferm USP	2013	Contra a criança	Qualitativo: descritivo, estudo de caso.
CROSS et al	Child Abuse & Neglect	2012	Contra a criança	Quantitativo: pesquisas de bancos de dados. Qualitativo: entrevistas com pesquisadores e profissionais.
REIS et al	Rev. Latino- Am. Enfermagem Ribeirão Preto	2013	Contra o adolescen te	Qualitativo: estudo transversal, descritivo, estratificado por sexo.
OSCÓS-SÁNCHEZ; LESSER & OSCÓS- FLORES	Journal of Adolescent Health	2013	Contra o adolescen te	Quantitativo: estudo caso-controle, quase- experimental.
SOARES; LOPES & NJAINÉ	Cad. Saúde Pública	2013	Contra o adolescen te	Qualitativo: entrevistas e grupos focais.

<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Violência</b>	<b>Método/Tipo de estudo</b>
COSTA & LOPES	Rev Esc Enferm USP	2012	Contra a mulher em área rural	Qualitativo: análise por modalidade temática.
DURAND & HEIDEMANN	Rev Esc Enferm USP	2013	Contra a mulher	Qualitativo: investigação temática; codificação e descodificação; desvelamento crítico.
& MASH	BMC Health Services Research	2012	Contra a mulher	Qualitativo: Pesquisa- ação, grupo cooperativo de investigação.
MOURA et al	Rev Esc Enferm USP	2012	Contra a mulher com sofriment o mental	Qualitativo: técnica de conteúdo.
OSIS; DUARTE & FAÚNDES	Rev Saúde Pública	2012	Contra a mulher	Quantitativo: descritivo, de coorte transversal.
PAPADAKAKI e cols	Eval Health Prof	2012	Contra a mulher	Quantitativo: validade e confiabilidade de um instrumento.
SIGNORELLI; AUAD & PEREIRA	Cad. Saúde Pública	2013	Contra a mulher	Qualitativo e aproximação etnográfica.

<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Violência</b>	<b>Método/Tipo de estudo</b>
SIGNORELLI; TAFT & PEREIRA	Ciência & Saúde Coletiva	2012	Contra a mulher	Pesquisa bibliográfica Qualitativo: diálogo com atores e visitas in loco.
TAFT et al	BMC Public Health	2012	Contra a mulher	Qualitativo: Estudo randomizado, pesquisa- ação participativa. Revisão sistemática.
USTA et al	Annals of Family Medicine	2012	Contra a mulher	Qualitativo: grupo focal.
VIJAYARAGHAV A et al	J Community Health	2011	Contra a mulher	Quantitativo: transversal, logística multivariada de regressão.
MATSEKE & PELTZER	S Afr JOG	2013	Contra a gestante	Quantitativo: desenho pré /pós-intervenção.
AUDI et al	Midwifery	2012	Contra a gestante	Quantitativo: análise transversal.
CHAN et al	Child Abuse & Neglect	2012	Contra a gestante e perpetrad a contra a criança	Quantitativo: Acompanhamento Longitudinal de um estudo de base populacional.

<b>Autores</b>	<b>Periódico</b>	<b>Ano</b>	<b>Violência</b>	<b>Método/Tipo de estudo</b>
SCHRAIBER et al	Rev. Bras Epidemiol	2012	Contra o homem e perpetrad a contra a parceira	Quantitativo: Trans- versal amostragem de conveniência.
WANDERBROOC KE & MORÉ	Ciência & Saúde Coletiva	2012	Contra o idoso	Qualitativo: análise de significado.
WANDERBROOC KE & MORÉ	Psicologia: Teoria e Pesquisa	2012	Contra o idoso	Qualitativo: ancorado na Teoria Fundamentada Empiricamente.
SCHMIDT & COELHO	Psicol. Argum	2013	Violência familiar	Revisão da literatura.
GUČEK; ŠVAB & SELIČ	PUBLIC HEALTH	2011	Violência familiar	Quantitativo: transversal sistemático.

**Fonte:** Dados da pesquisa

### **3.2 Potencialidades da APS para a abordagem da violência**

Verifica-se o reconhecimento da APS como alternativa ao enfrentamento da violência, sendo possível tratar confidencialmente situações que envolvem o problema, além de promover alívio, apoio e incentivo aos envolvidos (SOARES, LOPES & NJAINE, 2013; USTA et al 2012; COSTA & LOPES, 2012; JOYNER & MASH, 2012).

Sobretudo, diversos estudos discutem sobre a importância da implementação de estratégias de rastreamento dos casos de violência. Esta proposta, já adotada como política de saúde em algumas nações prevê a detecção dos casos, o aprimoramento da rede de apoio de

forma apropriada e promove visibilidade ao problema (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; MATSEKE & PELTZER, 2013; AUDI et al 2012; CHAN et al, 2012; JOYNER & MASH, 2012; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; USTA et al 2012).

Ressalta-se que, ao implementar uma proposta de rastreamento na APS, deve-se construir uma relação com o paciente e ter o tempo de escuta, como estratégia para proporcionar a quebra do silêncio (COSTA & LOPES, 2012; USTA et al 2012). Além disso, é preciso ter um sistema de saúde sustentável articulado à rede de proteção que suporte as consequências da identificação de casos e considere as expectativas da população (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012). Os serviços não devem atuar apenas como ponto de triagem e encaminhamento aos outros pontos de atenção, recomenda-se atuar sob olhar integral, em uma rede que, pela sua complexidade, precisa ser constantemente avaliada quanto ao seu impacto e desempenho (OSIS, DUARTE & FAÚNDES, 2012).

Quanto aos usuários em situação de violência, os estudos revelam que, principalmente mulheres, procuram de forma mais frequente os serviços de saúde com implicações familiares ou relacionadas ao trabalho (TAFT et al, 2012), estando mais propensas a procurar serviços médicos (VIJAYATAGHAVA et al, 2011). Portanto, a identificação dos casos de violência requer olhar diferenciado, com vistas a atender sem julgamentos ou preconceitos e em lidar com a situação após a detecção (SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012), podendo ser qualquer membro da equipe multidisciplinar com desejo de trabalhar com o problema, empatia, boas habilidades de escuta, respeito à confidencialidade e à autonomia da clientela sob uma avaliação abrangente do seu contexto social (JOYNER & MASH, 2012). Isto é, espera-se que os profissionais monitorem os casos de violência e construam ações preventivas e curativas eficazes em articulação com outros setores (AUDI et al, 2012).

Encontra-se, nesta revisão, o destaque ao potencial do enfermeiro frente às situações envolvendo violência. A consulta de enfermagem caracteriza-se não apenas como um espaço clínico, mas também de aproximação, diálogo, reflexão e empoderamento, além de possuir um forte componente educativo que possibilita estreitar o vínculo com os usuários por meio de uma assistência no âmbito individual e comunitário (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; DURAND & HEIDEMANN, 2013; CROSS et al, 2012).

Exige-se, nesse contexto, que os profissionais de saúde tenham a expertise e apoio para responder de forma adequada às situações de violência e até mesmo aptidão para fazer os encaminhamentos adequados (SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012). O risco

identificado pela equipe, durante a investigação, e os fatores de proteção podem auxiliar na atuação dos profissionais para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência (GUČEK,; ŠVAB & SELIČ, 2011).

Em Durand e Heidemann (2013) recomenda-se que os profissionais sejam capacitados para as práticas de promoção da saúde, para a humanização do cuidado e para o acolhimento. Para tanto, exige-se uma transformação nos conhecimentos e práticas, para além do técnico, com os quais se promova atitude de compromisso com as práticas de combate à violência e que evitem o seu fortalecimento. (COSTA & LOPES, 2012).

A estratégia de capacitação dos profissionais da APS e da saúde em geral surge em diversos estudos como intervenção necessária para a assistência adequada às diversas pessoas em situação de violência (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; DURAND & HEIDEMANN, 2013; AUDI at al, 2012; JOYNER & MASH, 2012; MOURA et al 2012; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; TAFT & cols, 2012; WANDERBROOKE & MORÉ, 2012:1; WANDERBROOKE & MORÉ, 2012:2). Recomenda-se introduzir a temática da violência na formação dos profissionais para que se tornem alertas e aprendam a lidar com ela no seu cotidiano (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; DURAND & HEIDEMANN, 2013).

Sobre a violência contra mulheres em sofrimento mental, os profissionais destacam que o apoio matricial é fundamental para amenizar a lacuna de formação específica. Assim, é possível definir casos que podem ser assistidos na rede primária, sob auxílio e orientação, distinguindo-os daqueles encaminhados a outros níveis de atenção (MOURA et al, 2012).

Recomenda-se que as vítimas de violência participem de grupos de empoderamento comunitário, preferencialmente como estratégia de longo prazo. Os grupos de base comunitária apresentam-se como iniciativas de profissionais e posteriormente podem se tornar sustentáveis, com a ação duradoura da comunidade (JOYNER & MASH, 2012). Os profissionais podem atuar nestes espaços no fomento ao agir dos usuários, seja ao fortalecer as pessoas para lidarem com o estresse decorrente do problema, seja por assumirem atitudes referentes às suas vidas e saúde (DURAND & HEIDEMANN, 2013), além de promover diálogo e acolhimento. E nessa lógica, todos devem ter oportunidade de participação, usuários e profissionais, atuando como iguais, mesmo que possuam papéis diferenciados (DURAND & HEIDEMANN, 2013).

Constata-se que existe uma similaridade nas experiências de violência entre grupos específicos, portanto, sugere-se o desenvolvimento de abordagens coletivas e culturais

envolvendo debates sobre crenças e valores religiosos, campanhas na mídia e a realização de programas de sensibilização da comunidade enfatizando a melhoria das relações familiares (SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; USTA et al, 2012).

Na população adolescente, cita-se em Oscós-Sánchez, Lesser e Oscós-Flores (2013), as abordagens para reduzir comportamentos de risco como a promoção do acesso a opções de vida positiva. Verifica-se a necessidade de tencionar o setor saúde para uma atenção qualificada e mais ativa no campo da promoção da saúde e prevenção da violência, principalmente no que se refere à violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes.

Além disso, é necessário fomentar a procura dos jovens em situação de violência pelos serviços de saúde (SOARES, LOPES & NJAINE, 2013), e promover a formação de grupos de longo prazo (JOYNER E MASH, 2012). Ações voltadas aos adolescentes podem ser desencadeadas no âmbito do Programa de Saúde na Escola, junto às famílias, em regiões vulneráveis. Constituem-se como importantes estratégias de educação em saúde, aliando ações de educadores e profissionais da saúde para a discussão das vulnerabilidades na adolescência (REIS et al, 2013).

Por fim, Schimidt e Coelho, (2013). destacam a necessidade de produção de estudos sobre a violência, principalmente a que ocorre nos contextos familiares, o que pode contribuir para a melhoria da atenção e para a informação de profissionais, como ainda, na preparação de programas de formação continuada das equipes.

### **3.3 Limites da APS frente à violência**

Na revisão realizada, Soares, Lopes e Njaine (2013) apontam que os adolescentes em situação de violência procuram pouco os serviços de saúde. Quando se trata de violência afetivo-sexual, em uma situação hipotética, somente 10%, dos adolescentes em estudo em Porto Alegre, e 13,4%, em estudo nacional, consideraram o profissional de saúde como a pessoa mais indicada para ajudá-los. A maioria considerou a família e numa segunda alternativa, os amigos.

Existem lacunas nos sistemas de saúde que não conseguem atender bem as necessidades dos adolescentes e os profissionais revelam não conhecer os sinais sugestivos de violência (JOYNER & MASH, 2012). A APS deixa de ofertar aos jovens ações de prevenção e promoção da saúde à luz da violência, o que leva à baixa procura, verificada apenas em

situação curativa ou quando necessitam de atestados. Esta situação reflete a falta de acesso e de compromisso dos serviços com as necessidades desse grupo (SOARES, LOPES & NJAINE, 2013).

Muitas mulheres consideram a abordagem da violência doméstica pelos profissionais da saúde como uma atitude invasiva e se surpreendem com perguntas sobre esse tema. Argumentam que intervenções da saúde nesse sentido interferem em um segredo de família e podem levar os homens agressores a ficarem indiferentes e se tornarem mais agressivos, prejudicando a estrutura familiar (USTA et al, 2012). Portanto, uma importante limitação da área da saúde ocorre porque as vítimas hesitam em comunicar que sofreram algum tipo de violência e os profissionais hesitam em perguntar sobre o problema (GUČEK,; ŠVAB & SELIČ, 2011).

Em Joyner e Mash (2012) e Audi et al (2012) encontra-se a discussão sobre o desafio da área da saúde para assistir mulheres em situação de violência pelo seu companheiro, considerando que esse evento acarreta transtornos mentais que se prolongam de forma cumulativa. Outro agravante é que esse tipo de violência é culturalmente aceito em algumas populações, como ocorre em locais da África (JOYNER & MASH, 2012). As mulheres, neste caso, buscam os serviços de saúde frequentemente por diferentes razões, nem sempre falam da causa de seus agravos e os profissionais não relacionam o que percebem na anamnese e exame físico com a violência doméstica (REIS et al, 2013; JOYNER & MASH, 2012; OSIS, DUARTE & FAÚNDES, 2012; SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013).

Percebe-se que as vítimas nessa condição buscam muitas vezes os serviços de emergência, pronto-atendimento e serviços de saúde mental, como destaca Vijayaraghava et al (2011), fugindo ao olhar da APS (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013).

Além disso, serviços primários têm sido criticados por deixar de avaliar de forma rotineira e documentar os casos de violência. Os médicos têm cometido altos níveis de equívocos e possuem atitudes preconceituosas, aliado à falta de conhecimento, consciência, habilidades e à utilização de práticas clínicas precárias para assistência. Mesmo após a redefinição, nas últimas décadas, das competências dos médicos de cuidados primários nesta situação, estes demonstram incertezas sobre seu papel e dúvidas a respeito de como desenvolver habilidades para a abordagem da violência (PAPADAKAKI et al, 2012).

Apresentam-se desafios, no Brasil, no que se refere à formação e sensibilização dos profissionais da saúde para o problema. O sistema de saúde contemporâneo, apesar de muitos avanços, ainda é pautado nos profissionais, principalmente na figura do médico, situação que

dificulta pensar em cuidados centrados nos usuários. A abordagem da violência requer acolhimento, escuta, diálogo e criação de vínculo, o que não é viável diante da existência de poucos profissionais para atender um grande número de pessoas, como se vê nos serviços da APS (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013).

Diante de um sistema ainda sem aporte adequado para a abordagem da violência, como ocorre na realidade brasileira, os profissionais da atenção primária podem se tornar expostos a situações complexas de negociação e enfrentamento (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013), além de muitos não se sentirem capacitados para atuar sobre esta situação (OSIS, DUARTE & FAÚNDES, 2012). Frente aos casos de violência, os profissionais da APS frequentemente transferem a responsabilidade do cuidado a outros profissionais (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013) e deixam muitas vezes de dar visibilidade aos casos, o que pode ocorrer devido à ambiguidade na definição dos atos de violência (WANDERBROOKE & MORÉ, 2012:1).

Muitos municípios brasileiros ainda não investiram em estratégias de diagnóstico e informação sobre a violência e possuem sistemas de notificação fragmentados, mesmo com as últimas determinações da legislação que reforçam a notificação compulsória. Há também situação de municípios em que os profissionais não acessam as ferramentas disponíveis (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013).

Na violência contra o idoso, o desenvolvimento de estratégias para identificação e condução dos casos ainda é incipiente. Existe a naturalização dos atos de violência por parte da família, do próprio idoso e de profissionais, de atos capazes de causar sofrimento e dano a esse grupo. Situações de agressão familiar deixam de ser encaradas como violência e o idoso busca explicações, conferindo sentido para as ocorrências (WANDERBROOKE & MORÉ, 2012:2).

Aspectos culturais, crenças e valores autoritários, dificultam a atuação sobre a violência. Na violência doméstica contra crianças, as ocorrências são consideradas necessárias como parte do processo familiar, prática usual de correção e educação dos filhos. Assim, a visão compartilhada entre saúde e sociedade em geral contribui para a banalização e cronicidade desse aspecto da violência (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013), como acontece na vida do homem, em que desde menino a violência é vista como parte da socialização, o que no futuro resulta em práticas violentas (SCHRAIBER et al, 2012).

Revela-se, ainda, a carência de pesquisas (SCHIMIDT & COELHO, 2013) com o intuito de avaliar o trabalho desenvolvido na APS acerca da violência, principalmente no âmbito familiar.

#### **4.0 Considerações finais**

A investigação proposta revela a necessidade de tencionar a APS para a abordagem da violência. Os profissionais precisam aprimorar o olhar para a origem deste fenômeno, seus determinantes e consequências à vida dos indivíduos que sofrem ou convivem com o problema.

Destaca-se a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais do nível primário para a abordagem da violência, intervenção vista como o primeiro passo na implementação de políticas de enfrentamento. Muitos profissionais reconhecem a dificuldade, outros consideram a violência como uma atribuição de categorias específicas, o que provoca a falta de registros dos casos, prejudicando a visibilidade e abordagem do problema.

Os estudos ressaltam a importância da criação de ferramentas de triagem para detectar as situações de violência. Suas vítimas, geralmente, procuram os serviços da APS, sem apresentar, contudo, a queixa específica sobre o problema. Cabe aos profissionais apreender o fenômeno da violência como um evento possível, dentro de abordagens sistematizadas que contemplem de forma específica tal agravo.

A necessidade de incremento da APS para esse desafio é notória nos estudos, os serviços devem se preparar ainda para lidar com o problema após a identificação dos casos. Apontam-se as ações de promoção da saúde e a necessidade de construção de uma rede de proteção intersetorial consistente. Para tal fim, recomenda-se o fomento à política de promoção da saúde, com o preparo dos profissionais para atuar nesse campo. Além disso, a complexidade da violência requer uma rede que funcione de forma integrada com apoio às vítimas e famílias em situação de violência e que possa ser submetida a avaliações rotineiras com vista no aprimoramento de suas práticas. Os sistemas de saúde precisam rever posturas que contribuem para a naturalização dos atos de violência e para as dificuldades no enfrentamento deste problema. E ainda é preciso avançar na garantia da segurança aos profissionais de saúde.

A abordagem dessa temática pela saúde é fundamental por adentrar aos problemas que se revelam no cotidiano dos serviços, nas limitações dos profissionais devido à formação, capacitações incipientes e às próprias concepções sobre a violência.

Trata-se de uma temática que, segundo os estudos analisados, ainda não foi suficientemente explorada, principalmente no que se refere ao aprofundamento teórico sobre a violência familiar. Sua abordagem está repleta de preconceitos e estigmas, culminando em limitações no desenvolvimento de ações em saúde. Apresenta-se como uma possibilidade aos profissionais da APS, como campo de atuação e construção de intervenções, no que se relaciona às suas raízes, desenvolvimento de ações preventivas e de redução de danos.

Verificar a aptidão da APS para aproximar das questões relativas à violência permite minimizar o estigma e construir princípios de atuação mais sólidos no seu tratamento e discussão. Acredita-se que esta análise acrescentará, por meio do arcabouço teórico, nos diversos campos do saber, possibilitando fundamentar práticas profissionais de saúde no tratamento dos problemas do cotidiano no que se refere à violência.

## REFERÊNCIAS

- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 2, p. 320-7, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>>. Acesso em: 02 nov. 2013.
- AUDI, C. A. F. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*, v. 28, p. 416–421, 2012. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000440441](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000440441)>. Acesso em: 28 nov. 2014.
- BORGES, J. M. 20 anos de SUS. In: MARQUES, A. J. de S. et al. Org. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2009. p. 15-28.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 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. 60 p.
- CHAN, K. L. et al. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, v. 36, p. 275–284, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.12.003K.L>>. Acesso em: 05 out. 2013.
- COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500008>>. Acesso em: 02 nov. 2013.
- CROSS, T. P. Child welfare policy and practice on children's exposure to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, v. 36, p. 210–216, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.11.004>>. Acesso em: 05 out. 2013.
- DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003>>. Acesso em: 02 nov 2013.
- GREGORY, A. et al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, v. 15, n. 54, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/14712458/10/54>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

GUČEK, N. K.; ŠVAB, I.; SELIČ, P. The prevalence of domestic violence in primary care patients in Slovenia in a fiveyear period (2005-2009). *Public Health*, v.52, p. 728-34, 2011. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243325/pdf/CroatMedJ\\_52\\_0728.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3243325/pdf/CroatMedJ_52_0728.pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

JOYNER, K.; MASH, B. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primarycare: action research. *BMC Health Services Research*, v.12, n. 399, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>>. Acesso em: 07 out. 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde: Brasil, 2010: *Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 225-248. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_11\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

MATSEKE, G.; PELTZER, K. Screening and brief intervention for intimate partner violence among antenatal care attendees at primary healthcare clinics in Mpumalanga Province, South Africa. *S Afr Jog*, v. 1, n. 2, p. 40-43, 2013. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sajog/article/download/88893/78464>>. Acesso em: 06 set. 2013.

MELO, E. M. *Podemos prevenir a violência*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.: il. Série: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

MINAYO, M. C. de S. *A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 1259-1267, 2007.

\_\_\_\_\_. *Violência: um problema para a saúde do brasileiro*. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MOURA, E. R. F et al. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 4, p. 935-43, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400022>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: <[script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500019](http://www.who.int/sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019)>. Acesso em: 21 maio 2012.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. *Inovando o papel a Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. *Prevención de la violencia: La evidencia*. El Paso, TX: OPS. (Série de orientações sobre prevención de la violencia), 2013.

OSCÓS-SÁNCHEZ, M. Á. ; LESSER, J. L.; OSCÓS – FLORES, D. High School Students in a Health Career Promotion Program Report Fewer Acts of Aggression and Violence. *Journal of Adolescent Health*, v. 52, n. 1, p. 96–101, 2013, January. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12001681>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 351-8, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>>. Acesso em: 07 out. 2013.

PAPADAKAKI, M.; PROKOPIADOU, D.; PETRIDOU, E.; KOGEVINAS, M.; LIONIS, C. Defining Physicians' Readiness to Screen and Manage Intimate Partner Violence in Greek Primary Care Settings. *Eval Health Prof*, v. 35, p. 199, 2012. Disponível em: <<http://ehp.sagepub.com/content/35/2/199>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

REIS, D. C. et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 2013, Mar./Apr. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200016>>. Acesso em: 28 out. 2013.

SCHMIDT, B.; COELHO, E. S. B. Abordagem da violência familiar na Estratégia Saúde da Família: Revisão da literatura. *Psicol. Argum*, v. 31, n. 74, p. 373-381, 2013, jul./set. Disponível em: <[www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=12229&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=12229&dd99=pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39829/S1415-790X2012000400011.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 out. 2013.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p.101-22, fev 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2012.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G.. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun, 2013. Disponível em: Acesso em: 04 nov. 2013.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G.. Violência por parceiro(a) íntimo(a) contra mulheres e cuidado em saúde na Austrália: cartografando o cenário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 1037-1048, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a2>>5. Acesso em: 07 out. 2013.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1121-1130, jun, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201300060000>>. Acesso em: 23 set. 2013.

SOUSA, M. de F. de. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

TAFT, A. J.: Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health*, v. 12, p. 811, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564741/>>. Acesso em: 16 set. 2013.

USTA, J. Involving the health care system in domestic violence: What women want. *Annals of Family Medicine*, v. 10, n. 3, p. 213-220, May, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354970/>>. Acesso em: 27 set 2013.

VIJAYARAGHAVAN, M. Health, Access to Health Care, and Health Care use Among Homeless Women with a History of Intimate Partner Violence. *J Community Health*, v. 21 december, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22187095>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

WANDERBROOKE, A. C. N. de S.; MORÉ, C. L. O. O. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>>. Acesso em: 27 out. 2013.

WANDERBROOKE, A. C. N. de S.; MORÉ, C. L. O. O. Significados de violência familiar para idosos no contexto da atenção primária. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 28, n. 4, p. 435-442, out-fez 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000400010>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

## **CAPÍTULO 3**

### **ARTIGO DE RESULTADOS**

# **ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

## **APPROACH OF VIOLENCE IN PRIMARY HEALTH CARE: CORRESPONDENCE BETWEEN PERCEPTIONS AND EXPERIENCE FROM PROFESSIONALS AND USERS.**

Elisane A. Santos Rodrigues

Ricardo Tavares

Elza Machado de Melo

### **RESUMO**

O presente estudo, de abordagem qualiquantitativa, tem por objetivo investigar a correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da saúde relativas à violência, no âmbito da Atenção Primária de Saúde (APS). Trata-se de estudo transversal realizado em Ribeirão das Neves/MG, no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas utilizando questionários aplicáveis a usuários e autoaplicáveis a profissionais presentes nas Unidades Básicas de Saúde do município. A amostra final de usuários deste estudo foi calculada com erro de 3,71% (n=628) e foram recrutados todos os profissionais em todas as unidades de saúde no momento da pesquisa (n=300). Foi realizada análise descritiva sobre os dados quantitativos - distribuição de frequência simples e cruzada *three way*, análise univariada utilizando teste de diferença entre duas proporções - e análise de correspondência entre as variáveis relativas aos usuários e profissionais. Em relação aos dados de natureza qualitativa, realizou-se a análise de conteúdo. Observou-se que no município estudado a violência permeia o cotidiano de vida de usuários e profissionais e que existem possibilidades de intervenção no campo da violência, assim como profissionais e usuários que acreditam nessa proposta, tanto no sentido de que é possível prevenir, como na perspectiva de que a saúde deve intervir na prevenção da violência. No entanto, nota-se a necessidade de instituir

de forma sistemática esta abordagem como parte das ações desenvolvidas no âmbito primário e nas agendas dos profissionais. Trata-se de um problema de todos que merece solução integrada, capacitação de recursos, discussão e revisão de práticas.

**Palavras-chave:** Violência, Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família, Serviços de Saúde.

## **ABSTRACT**

The present study, of qualitative and quantitative approach, means to investigate the correspondence between the experience and perceptions from users and professionals of Primary Health Care (PHC) regarding violence. This is a cross sectional study carried out at Ribeirão das Neves. In which semi structured interviews were carried out using questionnaires that were applied to users and self-applied to professionals present at the town's Basic Health Units. The final user sample of this study was calculated with a 3.71% (n=628) error rate and all of the professionals in all health units by the time of the research were recruited (n=300). A descriptive analysis on the quantitative data was carried out - simple and joint *three-way* frequency distribution, univariate analysis using difference test between two proportions - and correspondence analysis among the variables regarding users and professionals. Concerning the data with qualitative nature, a tenor analysis was carried out. It was observed that in the studied municipality, the violence permeates the daily life of users and professionals and that somehow there are intervention possibilities in the violence area, and that there are professionals and users who believe in this proposition, both by the means that this is possible to prevent and by the perspective that the Health should intervene in violence prevention. However, there is the necessity to establish in a systematic way the approach as part of the actions developed in the primary ambit and in the professional's agenda is remarkable. This is a problem that deserves all integrated solution, training resources, discussion and review of practices.

1

**Keywords:** Violence, Primary Health Care, Family Health Program. Health Services

## Introdução

A violência tornou-se objeto e campo de atuação necessário e atual, sendo difundido em todo o mundo enquanto problema complexo, de múltiplas causas, capaz de interferir na qualidade de vida das sociedades. Manifesta-se de forma variada e provoca enormes prejuízos à população aos diversos setores envolvidos (BRASIL, 2005).

É um termo polissêmico que na sua conotação prática, é traduzido em “ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (MINAYO, 1998, p.514). Diversos fatores contribuem para sua gênese, a violência torna-se uma questão a ser abordada sob a perspectiva de articulação com diferentes setores, de forma multidisciplinar com a garantia da interlocução com toda a sociedade (BRASIL, 2005).

A mortalidade por causas externas, que compreende a mortalidade por acidentes (relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e a mortalidade por violências (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos) representa a terceira causa mais frequente de morte no Brasil. Segundo dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) gerenciado pelo Ministério da Saúde (MS) o público masculino, adulto, jovem de 20 a 39 anos corresponde à população mais vulnerável à mortalidade por causas externas no período de 2000 a 2009 (MASCARENHAS et al, 2010).

Nas últimas décadas, destaca-se um significativo crescimento da criminalidade. Indicadores revelam que os homicídios tiveram um aumento de mais de 200% no país. O número de homicídios em 1980 foi de 13.601 e já no ano de 2000 foram 45.343 ocorrências (MINAYO, 2005). Em 1996, a taxa de homicídios da população total do país que era de 24,8 por 100 mil habitantes, cresceu para 27,1 por 100 mil habitantes em 2011 (WASELFISZ, 2013).

Comparando-se as capitais brasileiras, a região sudeste foi a única do país a apresentar quedas no número de homicídios na população total, com exceção de Belo Horizonte, onde o número de homicídios cresceu 21,5%. Nas demais capitais do sudeste os números declinam, São Paulo apresentou queda de quase 80%, Rio de Janeiro 55,2% e Vitória, queda de 25,8% no número de homicídios em 2011 (WASELFISZ, 2013).

O Brasil apresenta taxas muito altas para os homicídios e acidentes de trânsito. A taxa total de mortes em acidentes de transporte que em 1996 era de 22,6 por 100 mil habitantes

creceu para 23,2. Na população jovem, esta taxa que era de 24,7 em 1996, aumentou para 27,7 em 2011 (WASELFISZ, 2013).

Em virtude das suas consequências, a violência é compreendida na atualidade como um problema de saúde pública, cuja ocorrência provoca fortes implicações morais, físicas, emocionais e psicossociais aos indivíduos acometidos (MINAYO, 2006). No entanto, o fenômeno da violência torna-se alvo da saúde, não como objeto restrito e específico desta área, mas de forma intrínseca, já que a saúde interage com as questões que envolvem o homem e as relações sociais (MINAYO, 1998).

As funções da saúde no campo da violência exigem o desenvolvimento de medidas preventivas e de atenção ao passo que o problema se constitui como demanda crescente no interior dos serviços de saúde e acarreta impacto importante na vida de homens e mulheres envolvidos (SCHRAIBER et al, 2012).

Sob esse enfoque, destaca-se que ao enfrentar uma questão desta magnitude e complexidade, torna-se necessário fomentar discussões e iniciativas que visem provocar mudanças significativas na forma de ver e atuar sobre esse fenômeno no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). Para além da proposta curativa e de atendimento às vítimas de violência, espera-se que a saúde atue segundo seu conceito ampliado que diz do bem-estar no âmbito individual e coletivo da sociedade (MINAYO, 1998).

Diante desta possibilidade, a promoção da saúde surge com o objetivo amplo e fundamental à melhoria da qualidade de vida da sociedade. À saúde cabe o desafio de fomentar a autonomia dos indivíduos para lidar com os diversos fatores que interferem na qualidade de vida, sejam eles biológicos, psicossociais e/ou comportamentais. As situações nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam sobremaneira na produção de saúde, doença e expectativa de vida das comunidades, isto é, são aspectos condicionantes chamados de determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006).

Direciona-se a discussão para a assistência em saúde no nível primário de atenção, isto é, nos serviços que atuam no contexto de vida e moradia das comunidades compreendendo uma estratégia que prevê a “reorientação e organização do sistema de saúde tendo como pressuposto responder as necessidades da população, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais para promover a saúde como direito social” (SOUSA, 2014 p.41). Segundo Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde (APS) está pautada em atributos essenciais, são eles, o “primeiro contato” que opera na acessibilidade funcionando como porta de entrada do indivíduo ao sistema de saúde, a “longitudinalidade” que oferece ações em

saúde ao longo do tempo nos diferentes ciclos de vida, a “integralidade” que prevê a oferta de ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação de forma integrada entre os serviços e níveis de atenção e a “coordenação da atenção” que compreende a garantia de continuidade do cuidado em outros níveis de atenção e pontos da rede de serviços de saúde.

Nesse sentido, as equipes de saúde que atuam no nível primário de atenção possuem o desafio de abordar os determinantes sociais da saúde com vistas à promoção da saúde dos indivíduos, famílias e população sob sua responsabilidade. Aponta-se como estratégia para o alcance desse objetivo a mobilização dos indivíduos para a participação nos processos de mudanças do ambiente onde vivem ao passo que podem compor o debate para a resolução de problemas comuns. Essa abordagem permite que a população exerça a cidadania e a interação com diferentes setores e instâncias locais do governo para o enfrentamento das dificuldades referentes às condições socioeconômicas e de saúde de um determinado território (COSTA & LOPES, 2012; BRASIL, 2006). A busca da promoção da saúde implica avançar na lógica de atenção às comunidades baseada na construção de políticas públicas favoráveis às ações amplas e intersetoriais capazes de provocar mudanças na forma como os sujeitos inseridos no contexto social enfrentam as questões coletivas (SÍCOLE & NASCIMENTO, 2003).

Essa discussão aponta para a abordagem dos espaços construídos no nível micro de atuação, ou seja, no cotidiano das comunidades que lidam e são acometidas por realidades diversas dentro do contexto nacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Refere-se, assim, à abordagem das situações cotidianas dos profissionais, como às relativas à violência, que surgem como demanda cada vez mais frequente aos serviços da APS.

As mulheres vítimas de violência doméstica fazem de 7 a 8 visitas aos profissionais de saúde por motivos diversos, antes de relatarem sobre o abuso sofrido (GREGORY et al, 2010). Demandas como esta têm se apresentado aos profissionais da APS o que revela a importância dessa abordagem como alvo de estudos e propostas de atenção e prevenção em saúde (SCHRAIBER et al, 2012). Respostas inadequadas dos profissionais da área podem levar a mais violência, como ainda, à medicalização, negligência de cuidados e quebra de confidencialidade, desencadeando situações de desespero às vítimas (SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012). Provoca-se, desse modo, uma discussão que tensiona o setor saúde para a abordagem dos casos, uma vez que se possui neste espaço grande potencial para a detecção dos eventos que envolvem violência (COSTA & LOPES, 2012; JOYNER & MASH, 2012).

Os dilemas referentes aos sistemas de saúde correspondem também às expectativas quanto à sua construção. Espera-se que as ações sejam instituídas como resposta social às

necessidades de saúde da população. Hoje, após amplos debates em torno da efetividade do SUS, percebe-se uma incoerência na sintonia esperada entre as respostas sociais e as reais necessidades das comunidades (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013; OPAS, 2011). Verificam-se avanços na melhoria do acesso à APS, no favorecimento do vínculo, na capacidade instalada, na priorização da Saúde da Família pelo governo e incremento de ações preventivas. No entanto, observam-se limites no que se refere à política de pessoal, à capacidade de governo, ao desenvolvimento de políticas intersetoriais no nível local, à integralidade, à territorialização, à participação popular e ao não enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013). A crise atual dos sistemas de saúde em todo o mundo revela-se em modelos que não acompanham as mudanças epidemiológicas e a transição das condições de saúde determinantes das necessidades da população (OPAS, 2011). As violências e acidentes são responsáveis por grande parte dessa transformação no perfil de problemas de saúde, o que significa lidar com o impacto disso sobre a saúde e com os fatores condicionantes da violência. É preciso atuar sobre o estilo de vida, características ambientais e sociais para o alcance que se desenvolve de forma complexa nas sociedades (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013).

A APS aponta potencial para essa abordagem. Estudos mostram que pelo fato de atuar sobre uma população determinada, a relação construída na APS pressupõe o vínculo, existindo uma aproximação maior com as pessoas, o que desencadeia o senso de responsabilidade pela saúde dos indivíduos, assim como para suas necessidades. Esta possibilidade favorece a criação de espaços de diálogo e relações de confiança, nos quais a população sente-se segura para tratar o problema (COSTA & LOPES, 2012). É preciso que as vulnerabilidades sejam reconhecidas para que o fenômeno da violência seja desvelado, possibilitando intervir sobre ele (JOYNER & MASH, 2012).

Diante do exposto, a violência é reconhecida como um fenômeno inerente à vida das comunidades, assim, espera-se que a sua abordagem esteja inserida nas prioridades da APS. Daí surge o propósito deste estudo verificar se existe correspondência entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da saúde relativas à violência, no âmbito da APS. Pretende-se analisar a vivência de situações de violência na ótica de usuários e profissionais, bem como, conhecer a percepção destes atores sobre a possibilidade de prevenir a violência no contexto da APS.

## 2.0 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 Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) denominado “Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde” que teve seu início em 2012.

Trata-se de um estudo transversal de natureza quali-quantitativa, realizado em todas as Unidades de Atenção Primária de Ribeirão das Neves. O município está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte. Sua população, composta por 296.317 habitantes (IBGE, 2010), tem na sua trajetória uma série de contradições. A cidade sofreu processo de emancipação em 1953 e foi desenvolvida sem diretrizes para controle do parcelamento, uso e ocupação do solo, pelo menos até a década de 70. Encontra-se em posição de “periferia”, sofrendo processo de metropolização sob o estigma da presença de presídios e migração de pessoas de baixa renda ligadas por parentesco aos presidiários. O fluxo de pessoas para a região foi intensificado posteriormente à duplicação da BR 040 diante da oferta de lotes sem infraestrutura a uma população de baixa escolaridade e renda em busca de emprego na região metropolitana, o que caracterizou o município como “cidade dormitório”. A ocupação favoreceu a construção de uma base territorial fragmentada composta de pequenos proprietários o que impossibilitou o desenvolvimento do mercado imobiliário voltado às pessoas de maior renda (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2008).

A rede de Atenção Primária de Saúde do município conta com 58 Unidades Básicas de Saúde, sendo 53 unidades de saúde da família e 05 unidades tradicionais de Atenção Primária (Unidades Básicas de Referência - UBR). O território está dividido em 05 Regiões Sanitárias, sendo que a Região I é composta por 14 unidades de saúde da família e 01 UBR, a II por 10 unidades de saúde da família e 01 UBR, a III por 12 unidades de saúde da família e 01 UBR, a IV por 12 unidades de saúde da família e 01 UBR e a V por 05 unidades de saúde da família e 01 UBR. Nesta organização, cada Região Sanitária possui uma UBR como referência para pessoas não cadastradas nas unidades de saúde da família. A unidade de saúde da família com menor número de população adscrita possui 2.196 pessoas enquanto a de maior número possui 4.737 (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2014).

Para a construção do estudo, pretende-se utilizar os dados qualitativos e quantitativos contidos no banco de dados construído a partir de informações coletadas no município, em

2012, por meio de questionários semiestruturados aplicados aos usuários e autoaplicados aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município (Anexo A).

Na pesquisa envolvendo os usuários, a população foi definida por amostra aleatória simples calculada com margem de erro de 3,71% para mais ou para menos, num total de 696 usuários, sendo 12 usuários por unidade de saúde. Houve 9,8% de perda, uma vez que em algumas unidades foram encontrados menor número de usuários (fato decorrente da falta do profissional médico no momento da pesquisa) e devido à falta de preenchimento de campos de identificação e perfil. Assim, o questionário semiestruturado foi aplicado a uma amostra final de 628 usuários. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços e os usuários foram selecionados por ordem de chegada, segundo uma tabela de números aleatórios. Foram critérios de inclusão: ser morador do local há mais de um ano; ter idade maior de 18 anos e ter sido atendido na UBS, pelo menos uma vez antes da entrevista (isto para garantir que o entrevistado tenha conhecimento prévio do serviço).

Para os profissionais foram utilizados questionários semiestruturados autoaplicáveis envolvendo todos os profissionais de saúde presentes nas unidades no momento de realização da coleta de dados. Houve perda de aproximadamente 5%, devido ao descarte de questionários com identificação e preenchimento incompleto. A amostra final foi de 300 profissionais. As entrevistas ocorreram dentro dos serviços, contemplando diferentes perfis - nível superior, inclusive as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); agentes comunitários de saúde; auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo - que preencheram o seguinte critério de inclusão: atuação há pelo menos um ano naquela unidade.

Os questionários foram elaborados pela equipe de pesquisadores, a partir de subsídios da literatura atualizada sobre o tema e de modelos de instrumentos disponíveis, já testados e utilizados, tais como: os questionários do Projeto de Extensão e Consolidação Saúde da Família (PROESF) e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Foram objeto de discussão de disciplina metodológica do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, durante um semestre, posteriormente submetidos à apreciação de especialistas, em duas oficinas e, por fim, testados, com usuários e profissionais no próprio município.

Os dados foram armazenados em bancos de dados, utilizando-se o software Statistical Package and Service Solutions (SPSS).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o parecer 01140812.1.0000.5149 (Anexo B), sob a

anuência do município estudado e todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C).

Foram trabalhadas as seguintes variáveis independentes para os dois grupos: Região Sanitária, idade, sexo, raça ou cor, estado civil e grau de instrução.

O Quadro 1 descreve as variáveis dependentes, sendo que, para a parte quantitativa do estudo, foram utilizadas as variáveis relativas aos usuários e profissionais numeradas de 1 a 4. Para a parte qualitativa do estudo, foi utilizada apenas uma variável do questionário apresentada pelo número 5. As variáveis trabalhadas vêm de dois diferentes bancos de dados, referentes aos usuários e aos profissionais, respectivamente.

**Quadro 1** – Variáveis dependentes.

<b>Análise Quantitativa</b>
<b>Variáveis referentes aos usuários e profissionais</b>
V1 - Presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade. V2 – Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade. V3 - Considera que é possível prevenir a violência. V4 - Considera que uma das funções da unidade é prevenir a violência.
<b>Análise qualitativa</b>
V5 – Percepção sobre quais são as funções da saúde na prevenção da violência.

**Fonte:** Elaboração própria.

Para a análise quantitativa utilizou-se análise descritiva, a saber: Distribuição de frequência simples e cruzada *three way* e análise univariada utilizando teste de diferença entre duas proporções. Foi realizada também a técnica de Análise de Correspondência que compreende um método específico para trabalhar dados categóricos permitindo revelar padrões de relações existentes entre categorias (INFANTOSI, COSTA & ALMEIDA, 2014). Foram utilizados os dois bancos, relacionando, desta forma, variáveis referentes aos usuários com as mesmas variáveis referentes aos profissionais.

Para a análise qualitativa, foram incluídos somente os entrevistados (usuários e profissionais) que responderam afirmativamente à variável V4 do quadro 1 e que não deixaram em branco a variável V5, perfazendo um total de 350 usuários e 207 profissionais.

Aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo Categorical Temática que corresponde à categorização dos discursos através de processos de desmembramento do texto em unidades,

segundo temas analógicos (BARDIN, 1977). Para tanto, as respostas dos usuários e profissionais foram colocadas separadamente em um quadro possibilitando melhor visualização e leitura do todo. Na sequência, realizou-se uma leitura flutuante do conteúdo, incluindo-se cada fragmento das respostas em eixos temáticos correspondentes.

Os eixos foram construídos considerando os aspectos que surgiram com maior frequência nos discursos dos entrevistados, sendo que alguns não coincidiram entre eles. Como parâmetro de inclusão, foram analisados os aspectos que surgiram no mínimo em dez opiniões, uma vez que diversas situações foram citadas com frequência muito pequena nos discursos analisados. Foram analisados os aspectos que surgiram no mínimo em dez opiniões, uma vez que diversas situações foram citadas com frequência muito pequena nos discursos analisados. Como de praxe, não serão apresentados resultados para a parte qualitativa, de forma que as contribuições dela provenientes para o conhecimento do objeto de estudo serão tratadas diretamente na discussão.

As categorias de análise foram definidas a partir da articulação dessas informações qualitativas, com aquelas oriundas dos instrumentos quantitativos e das referências da literatura sobre o tema. Criaram-se, assim, três categorias de análise: *A violência como um problema de saúde, Integralidade da Atenção e Participação Social*, segundo as quais serão discutidos, de forma entrelaçada, os resultados quantitativos e qualitativos.

### **3.0 Resultados**

Os resultados serão apresentados primeiramente em relação à análise quantitativa.

#### **3.1 Análise Quantitativa**

A população total entrevistada foi composta de 928 indivíduos, sendo 628 usuários e 300 profissionais de saúde. Apresenta-se a análise descritiva de cada variável independente mensurada na população de usuários e profissionais segundo a Tabela 1. Tal procedimento permite descrever a distribuição de frequências destas variáveis e detectar possíveis erros de digitação ou tendências existentes entre as observações do estudo.

**Tabela 1:** Distribuição e teste da diferença entre duas proporções (R x não R): usuários e profissionais.

Variáveis	Usuários			Profissionais		
	Frequência	%	Valor p	Frequência	%	Valor p
Sexo			< 0,0001			< 0,0001
	Homem	166	26,4	33	11	
	Mulher (R)	462	73,6	267	89	
Faixa etária			< 0,0001			0,0099
	Até 24 anos	104	16,7	19	6,3	
	De 25 a 29 anos	62	10	76	25,3	
	De 30 a 39 anos (R)	150	24,1	121	40,3	
	De 40 a 49 anos	107	17,2	59	19,7	
	De 50 a 59 anos	83	13,3	20	6,7	
	60 ou mais anos	116	18,6	5	1,7	
Raça ou cor			< 0,0001			< 0,0001
	Branca	119	19	75	25	
	Preta (R)	112	17,9	55	18,3	
	Parda	361	57,8	160	53,3	
	Amarela	33	5,3	8	2,7	
Estado Civil			< 0,0001			0,032
	Casado / União estável (R)	394	62,7	169	56,3	
	Solteiro	160	25,5	103	34,3	
	Separado / Divorciado	41	6,5	25	8,3	
	Viúvo	33	5,3	3	1	
Grau de Instrução			<0,0001			< 0,0001
	Ensino Fundamental (completo e incompleto)	377	61,3	0	0,0	
	Ensino Médio (completo e incompleto) (R)	221	35,9	197	65,8	
	Ensino Superior (completo e incompleto) e mais	18	2,0	102	34,1	

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Segundo a análise realizada, observa-se que características semelhantes prevalecem nos dois grupos como o maior percentual de mulheres, de pessoas na faixa etária de 30 a 39 anos, de pessoas pardas, de pessoas casadas ou em união estável. A escolaridade é divergente. A maior parte dos usuários entrevistados possui baixa escolaridade, isto é, ensino fundamental completo ou incompleto, enquanto a maior parte dos profissionais que contribuíram com o estudo declarou ter o ensino médio completo ou incompleto.

Verifica-se na Tabela 2 a distribuição de frequência cruzada *three way* das variáveis dependentes. Ter presenciado evento violento é bem mais frequente na vivência de usuários. Quanto aos aspectos relativos a conhecer alguém que tenha sido assassinado no território e acreditar que é possível prevenir violência a visão dos dois grupos é semelhante, além de ser alta a porcentagem de respostas positivas. Os dados revelam que, nos dois grupos, grande parte dos entrevistados reconhece que a abordagem da violência seja uma função da APS, porém com maior ocorrência entre os profissionais.

**Tabela 2:** Distribuição de frequência cruzada *three way* sobre as variáveis dependentes de usuários e profissionais.

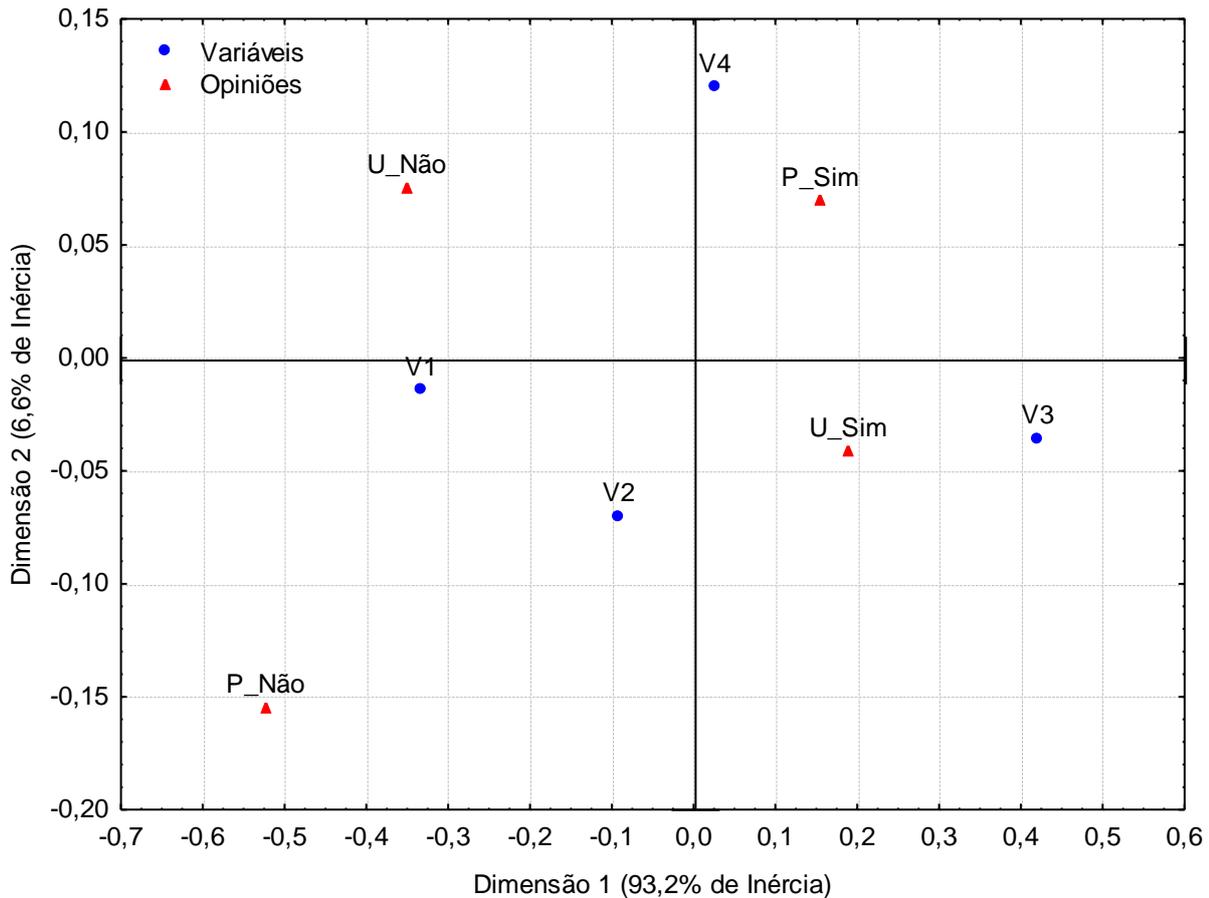
Variáveis	Usuários %		Profissionais %	
	Sim	Não	Sim	Não
Presenciou	<b>71,7</b>	28,3	35,8	<b>64,2</b>
Conheceu	<b>66,2</b>	33,8	<b>63,6</b>	36,4
É possível	<b>86,7</b>	13,3	<b>79,5</b>	20,5
É função	<b>64,6</b>	35,4	<b>81,0</b>	19,0

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Na Análise de Correspondência (AC) procura-se entender e visualizar de maneira simples e prática a relação existente entre linhas e colunas de uma tabela de contingência (INFANTOSI, COSTA & ALMEIDA, 2014). A partir de uma decomposição de valores singulares, a AC transforma uma tabela de dados em dois conjuntos de novas variáveis, chamados de escores fatoriais. Estes escores fatoriais dão a melhor representação da estrutura de similaridade das linhas e das colunas da tabela. Os escores fatoriais podem ser plotados como mapas que otimizam a apresentação da informação da tabela original (GREENACRE, 2007). Nos mapas, linhas e colunas são representadas como pontos cujas coordenadas são os escores fatoriais e as dimensões são chamadas de fatores. Esse mapa é o principal resultado da

AC. A inércia é uma medida que avalia o grau de associação entre linha e coluna. Quando a inércia é alta, significa que existe maior associação entre linha e coluna, e quando a inércia é baixa, haverá baixa associação entre linha e coluna (INFANTOSI, COSTA & ALMEIDA, 2014).

A Figura 1 apresenta o mapa de correspondência entre as opiniões de usuários e profissionais segundo as vivências e concepções relativas à violência.



**Figura 1:** Mapa de correspondência entre as opiniões de usuários e profissionais segundo as vivências e concepções relativas à violência.

**Legenda**

- U\_Sim – usuários que responderam sim
- U\_Não – usuários que responderam não
- P\_Sim – profissionais que responderam sim
- P\_Não – profissionais que responderam não
- V1 – Presenciou evento violento no bairro ou vizinhança da unidade
- V2 – Conheceu alguém que foi assassinado no bairro ou vizinhança da unidade
- V3 – É possível prevenir violência
- V4 – É uma das funções da unidade a prevenção da violência

Observa-se que as duas primeiras dimensões representam 99,8% da variabilidade dos dados originais. Em outras palavras, perde-se apenas 0,2% ao representar esses dados em duas

dimensões. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (variáveis V1, V2, V3 e V4) e dos perfis coluna (opiniões U-Sim, P-Sim, U-Não, P-Não) devem ser analisadas as Tabelas 3 e 4 por meio das quais revela-se uma melhor representação do nível V4 na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais na dimensão 1.

**Tabela 3:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (variáveis).

Variáveis	Dimensão 1	Dimensão 2
V1	<b>0,997</b>	0,002
V2	<b>0,620</b>	0,362
V3	<b>0,992</b>	0,007
V4	0,045	<b>0,953</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**Tabela 4:** Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (opiniões).

Opiniões	Dimensão 1	Dimensão 2
U_Sim	<b>0,954</b>	0,045
U_Não	<b>0,955</b>	0,044
P_Sim	<b>0,825</b>	0,166
P_Não	<b>0,919</b>	0,080

**Fonte:** Dados da pesquisa.

Desse modo, a Tabela 3 apresenta as contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (variáveis). Observa-se que o nível V1 do perfil de linha (variáveis) pode ser interpretado na dimensão 1, pois esta dimensão explica 99,7% da inércia referente a V1. O nível V2 está levemente mais representado na dimensão 1, pois esta dimensão explica 62,0% da inércia referente a V2. O nível V3 deve ser interpretado na dimensão 1, pois a dimensão 1 explica 99,2% da inércia referente a V3. O nível V4 deve ser interpretado na dimensão 2, pois esta dimensão explica 95,3% da inércia referente a ela.

A Tabela 4 apresenta as contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (opiniões). Observa-se que todos os níveis (U\_Sim, U\_Não, P\_Sim e P\_Não) devem ser interpretados na dimensão 1, pois esta dimensão explica 95,4%, 95,5%, 82,5% e 91,9% da inércia referentes aos níveis U\_Sim, U\_Não, P\_Sim e P\_Não, respectivamente.

Voltando agora à Figura 1, verifica-se, de forma geral, a associação de respostas afirmativas de usuários (U\_Sim) e profissionais (P\_Sim) para a variável V3 (Considera que é possível prevenir a violência) Para a variável V4 (Considera que uma das funções da unidade

é prevenir a violência), no entanto, verifica-se a associação entre respostas afirmativas dos profissionais e as respostas negativas dos usuários. Por outro lado, a variável V1 (Presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da unidade) está mais associada às respostas negativas de usuários (U\_Não) e profissionais (P\_Não). Finalmente, para a variável V2 (Conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da unidade) verifica-se associação entre respostas afirmativas dos usuários (U-sim) e respostas afirmativas dos profissionais (P-sim), assim como associação entre as respostas negativas de usuários e respostas negativas de profissionais. É possível também analisar as associações dentro do mesmo perfil, e nesse caso, destaca-se o fato de que a variável V4 se apresenta bastante separada das demais variáveis, com especial atenção para a variável V3, indicando que a crença dos usuários na prevenção da violência não se associa com a possibilidade de atuação das Unidades de Saúde.

#### **4.0 Discussão**

##### *A violência como um problema de saúde*

A análise dos resultados, especificamente, o percentual de usuários e profissionais que dizem ter presenciado violência (V1) ou conhecer alguém que já foi assassinado na vizinhança da Unidade de Saúde (V2), mostra inequivocamente que a violência é um problema que afeta, e de forma relevante, a população do território estudado. A associação encontrada na análise de correspondência para V2, tanto entre as respostas positivas como negativas de usuários e profissionais, mostra que, do ponto de vista do conhecimento do problema, usuários e profissionais estão próximos um do outro, portanto, que os profissionais têm conhecimento adequado dessa situação experimentada pelos usuários. Ora, sendo a APS reconhecida como um nível de atenção que atua segundo a lógica e necessidades das populações (STARFIELD, 2002), caberia aos profissionais que atuam nesse contexto incluir o fenômeno da violência em suas ações cotidianas, uma vez que o mesmo se apresenta como condicionante de saúde e doença e adentra as unidades de saúde em geral (SCHRAIBER et al, 2012). Confirma-se, portanto, desse ponto de vista, a violência como problema de saúde, como postulado pela OMS (2002).

A situação, no entanto, é muito diferente quando se analisa a opinião de usuários e profissionais sobre o papel da saúde na abordagem da violência (V4). Nesse caso, não só há

uma associação entre posições contrárias desses dois atores como também um distanciamento maior desta variável em relação às demais, sugerindo que, embora haja um reconhecimento do problema por parte dos profissionais, ele ainda não se traduziu na realização de ações efetivas nem numa atuação prática rotineira, que possa ser visualizada e aceita pelos profissionais. Os aspectos em questão coincidem com a visão de autores que citam a necessidade de investir na qualificação da assistência e na capacitação dos profissionais da APS (SILVA, CASOTTI & CHAVES, 2013). A forma como a APS está estruturada no Brasil pressupõe um atendimento pautado na figura dos profissionais e não nas necessidades dos usuários, além disso, se observa uma sobrecarga dos profissionais e grande demanda das unidades (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013). Em tal perspectiva, destacam-se as limitações no preparo e formação dos profissionais que, ainda, adentram a um sistema pautado na produtividade, desvirtuando-se do contexto de construção de processos de trabalho pautados no vínculo, acolhimento, interdisciplinaridade com foco no sujeito e nas necessidades das populações (DURAND & HEIDEMANN, 2013; SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013).

Além disso, muitos profissionais de saúde não se sentem capacitados para atuar sobre as situações que envolvem violências e/ou apresentam limitações para lidar com o sofrimento alheio, preferindo atuar frente às doenças com indicações mais sólidas e pontuais de tratamento (OSIS, DUARTE & FAÚNDES, 2012).

Notou-se, nos resultados desta pesquisa, nenhuma alusão à necessidade de capacitações aos profissionais de saúde sobre o tema, conforme nota-se na literatura. Conclui-se que os entrevistados não reconhecem esta necessidade no que se refere ao desenvolvimento de ações de prevenção. Esta perspectiva merece destaque, uma vez, que no campo teórico existe grande ênfase à necessidade de capacitar os profissionais para a abordagem da violência (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; DURAND & HEIDEMANN, 2013; AUDI et al, 2012; JOYNER & MASH, 2012; MOURA et al, 2012; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; TAFT et al, 2012; WANDERBROOKE & MORÉ, 2012).

Estudiosos ressaltam, ainda, a necessidade de assistir quem cuida da violência, já que o sistema não oferta suporte, como exemplo, proteção, aos profissionais que lidam com casos de violência em seu cotidiano (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013). Esta situação contribui, segundo os autores, para o distanciamento de muitos profissionais da abordagem de casos envolvendo violência.

Quando se trata de V1, porém, a frequência é muito maior entre usuários do que entre profissionais e, ainda, a análise de correspondência mostra proximidade apenas entre as respostas negativas, mas não entre as respostas de positivas de usuários e profissionais, o que poderia ser explicado pela maior exposição dos usuários aos fatos da vida cotidiana no território, pela característica velada de algumas formas de violência, mas também pela existência de um maior distanciamento entre eles. Ainda assim, esses dados são relevantes para a abordagem da violência pelo setor saúde, se considerar, como na literatura, que a violência precisa ser primeiramente reconhecida como um problema da população para depois ser abordada e atacada pela equipe de saúde (BUDÓ et al, 2012; JOYNER & MASH, 2012).

Na análise qualitativa somente usuários declararam a necessidade de melhoria no atendimento ao público como função da saúde na prevenção da violência. Os usuários apontaram que para prevenir a violência é preciso ter resolutividade e ter médicos nas unidades. Ressaltaram que os profissionais precisam ter carinho, paciência, atenção, que é preciso cuidar mais, ter mais responsabilidade e escuta. Foi citada também, a necessidade de maior agilidade nos atendimentos, a mudança de funcionários de unidade e desenvolvimento condutas menos conflituosas entre profissionais e usuários. Além disso, foi proposto mudar a unidade de lugar e prover atendimentos aos sábados. Os usuários apontaram, ainda, como função da saúde a necessidade de cuidar da segurança dentro das unidades básicas de saúde.

Nesse sentido, para que os serviços do nível de atenção primário se comportem de fato como parte da rede de atenção às pessoas em situação de violência é preciso que os profissionais atuem de forma integral na abordagem dos casos, com espaço de escuta e acolhimento. A atuação deve ser integrada aos outros serviços de uma rede intersetorial. Além disso, para seu desenvolvimento esta rede precisa ser constantemente avaliada quanto ao seu impacto o que possibilita aprimorar as ações realizadas e seu desempenho (OSIS, DUARTE & FAÚNDES, 2012).

### *Integralidade da Atenção*

As ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação de forma integrada entre os serviços e níveis de atenção possibilitam que a atenção primária reconheça previamente as necessidades relacionadas à saúde da população e disponibilize recursos para abordá-las (STARFIELD, 2002).

Os resultados demonstram que uma proporção significativa de usuários e profissionais considera ser possível a prevenção da violência (V3) e reconhece nas equipes que atuam na APS a possibilidade de intervir neste sentido (V4). Os resultados das análises de frequência e qualitativa permitem verificar que tal fenômeno tem sido incorporado, principalmente pelos profissionais, como responsabilidade da saúde no âmbito primário (V4).

No entanto, os resultados quantitativos mostram também que maior parcela de usuários, em relação aos profissionais, declarou não reconhecer a prevenção da violência como função da saúde. Na análise de correspondência verifica-se que houve associação entre a resposta negativa de usuários e a prevenção da violência como uma das funções da unidade (V4). Isto demonstra que a parte da população ainda não reconhece as potencialidades da APS quanto à prevenção da violência. Tal situação revela que é preciso introduzir a abordagem da violência como parte das ações desenvolvidas no âmbito primário e nas agendas dos profissionais de forma sistematizada com vistas em alcançar as necessidades da comunidade e atingir populações que ainda não reconhecem na APS esta responsabilidade.

Estudo revela que a baixa procura dos jovens pelos serviços da atenção primária está relacionada, dentre outros motivos, ao fato da saúde deixar de ofertar a esse público ações de prevenção e promoção da saúde frente à violência (SOARES, LOPES & NJAINE, 2013). É possível que este fator esteja relacionado ao resultado que se discute. A dificuldade de aproximação dos serviços de saúde das necessidades da população é uma possível causa deste descrédito de parcela dos usuários.

É preciso que profissionais de saúde tornem-se atentos ao contexto de vida das comunidades como ponto de partida para o planejamento em saúde, sob a égide da intersetorialidade e integralidade da atenção. A atenção básica um meio de potencialização das redes que atuam na redução da violência dada a sua possibilidade de integrar e promover ações voltadas à realidade local (BUDÓ et al, 2012).

Na vertente em questão, segundo a análise qualitativa, usuários e profissionais relacionaram à APS ações relativas à prevenção da violência e promoção da saúde. Foram citadas ações de cunho coletivo como palestras, grupos operativos, oficinas, cursos, eventos e campanhas; ações voltadas à população jovem nas escolas; atividades educativas de orientação e conscientização da população sobre a violência, elaboração de panfletos, cartazes, cartilhas e folhetos sobre o tema.

No campo teórico, discute-se que a abordagem da violência requer atuação na prevenção e promoção da cidadania sob a abordagem multidisciplinar e interdisciplinar

agregando diversas áreas da saúde, além de outros setores de forma integrada. Além disso, aponta-se que os profissionais necessitam de formação sobre a temática para desenvolver ações nesse sentido devido à complexidade do fenômeno violência (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013).

A busca por atuar sobre os determinantes e condicionantes das violências é reconhecida como função da saúde. As ações devem ser pautadas na vigilância através da melhoria das informações e conhecimento da magnitude do problema, sendo dirigidas de forma intersetorial e assistidas por redes de atenção e proteção com vistas na promoção da qualidade de vida das comunidades (SILVA & MAETA, 2010).

Observou-se que usuários e profissionais entrevistados citaram funções da saúde para além das ações de prevenção, propriamente ditas. Nos discursos surgiram conotações que abrangem o campo da promoção, da melhoria da assistência em saúde, da segurança nas unidades, construção de espaços de discussão, entre outras ações que se referem à prevenção universal, isto é a que se dirige à população em geral.

No que se refere à abrangência das ações de prevenção indicada, isto é para grupos já envolvidos com a violência, a análise qualitativa demonstra que apenas usuários citaram propostas como oferecer algum programa ou tratamento aos usuários de drogas, abordagem ao homem agressor e a criação de grupos de apoio. Isto revela que os usuários apontam para as lacunas, ou seja, para os grandes desafios atuais dos sistemas de saúde que ainda avançam com dificuldade nesse sentido.

Sobre esse aspecto, merecida atenção deve ser dada às vítimas de violência para que a situação não se agrave e não se tornem possíveis agressores. Além disso, processos que possibilitem o entendimento do problema vivenciado evitam a aceitação e adoção de comportamentos violentos, o que é muito significativo na diminuição da violência no âmbito doméstico e público (VELASQUEZ et al, 2010).

Foi citação comum entre os entrevistados a importância da atuação do profissional psicólogo na prevenção da violência. A literatura discute de forma expressiva a necessidade de profissionais aptos para atuarem no campo da violência, com potencial de escuta, atenção, privacidade e confidencialidade. Porém, ao contrário dos entrevistados, não indica categorias específicas, mas sim um perfil de profissional capacitado para esta atuação (COSTA & LOPES, 2012; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; USTA et al, 2012) podendo ser qualquer membro da equipe multidisciplinar com: desejo de trabalhar com o problema,

empatia, boas habilidades de escuta, respeito à confidencialidade e à autonomia da clientela sob uma avaliação abrangente do seu contexto social (JOYNER & MASH, 2012).

Nessa discussão, verifica-se que os entrevistados demonstraram perceber na APS a abordagem da violência, mas dirigem a categorias específicas a possibilidade de cuidado e atenção. Esta perspectiva é encontrada na literatura, diante dos casos de violência, quando profissionais da APS frequentemente transferem a responsabilidade do cuidado a outros profissionais (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013).

Observou-se que os resultados da pesquisa demonstraram-se insuficientes em relação às dimensões da APS no que se refere à longitudinalidade do cuidado. Nesta perspectiva contempla-se a existência de assistência ao longo do tempo, com o pressuposto de vínculo e reconhecimento da população a ser assistida nos diversos ciclos da vida (STARFIELD, 2002). Para os usuários e profissionais entrevistados as ações em prol da violência devem ser dirigidas ao público infantil, adolescente, jovem através de abordagem coletiva. Pouco destaque houve em relação à abordagem da família e outros grupos como mulheres e idosos.

Nesta direção, diversos autores ressaltam a importância da abordagem da violência nos diversos ciclos de vida. Para a prevenção, nota-se considerável atenção de estudos à atuação junto aos jovens, principalmente no âmbito escolar (SOARES, LOPES & NJAINE, 2013). Além disso, apontam-se considerações sobre a prevenção da violência junto às famílias (DURAND & HEIDEMANN, 2013), principalmente com foco na prevenção da violência doméstica (SCHRAIBER et al, 2012) envolvendo crianças (DURAND & HEIDEMANN, 2013), mulheres (AUDI et al, 2012; TAFT et al, 2012) e idosos (WANDERBROOKE & MORÉ, 2012).

As opiniões de usuários e profissionais demonstraram-se insuficientes em relação às abordagens referentes ao rastreamento, à notificação, denúncias e assistência domiciliar.

Como alternativa para a detecção dos casos de violência, encontra-se na literatura, diversos autores que defendem a implementação de estratégias de rastreamento. Esta possibilidade permite a visibilidade do problema, além de prover informações para aprimorar a rede de apoio (APOSTÓLICO, HINO & EGRY, 2013; MATSEKE & PELTZER, 2013; AUDI et al, 2012; CHAN et al, 2012; JOYNER & MASH, 2012; SIGNORELLI, TAFT & PEREIRA, 2012; USTA et al, 2012).

As visitas domiciliares e a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na abordagem da violência têm sido apontadas como estratégias de grande potencialidade para aproximação dos eventos no campo da APS. Destaca-se que os ACS, no caso da saúde da

mulher, por atuarem por meio de visitas aos domicílios e por possuírem uma relação próxima com muitas usuárias, conseguem identificar a violência doméstica sem que as mulheres verbalizem, o que demonstra o potencial da categoria para a abordagem do problema (SIGNORELLI, AUAD & PEREIRA, 2013). A estratégia de rastreamento da violência deve ser incluída em abordagens específicas como em visitas domiciliares, com o intuito de identificar situações de violência doméstica e prevenir maus tratos às crianças (CHAN et al, 2012).

Curiosamente, a maioria dos entrevistados, embora tenha afirmado que a prevenção da violência é uma função da APS, não sabe e não reconhece que estratégias inerentes à estrutura e funcionamento da APS, tais como o atendimento domiciliar, a adscrição das famílias, o acolhimento, o vínculo e a aproximação entre profissionais e usuários, são elas próprias as melhores alternativas de enfrentamento e combate à violência.

### *Participação social*

O marco para a definição dos arranjos de participativos no país foi promulgado pela Constituição de 1988 que legitimou a partilha do poder, através da descentralização e da definição das políticas públicas pela sociedade civil na colaboração com o Estado (AVRITZER, 2011). Esta concepção coloca os espaços que possibilitam a participação em um patamar de extrema relevância por permitirem o exercício da cidadania no seu sentido mais amplo. Devido à sua importância e mesmo se conformando como uma vertente da promoção da saúde sob a perspectiva das ações de empoderamento comunitário, o aspecto da participação social foi escolhido para ser tratado em categoria única e de forma separada do conteúdo da Integralidade da Atenção. Sua análise foi construída especialmente sobre os aspectos qualitativos desse estudo.

Destacam-se as sugestões encontradas de forma mais expressiva nos discursos dos usuários sobre a construção e envolvimento em ações coletivas contínuas sob o desenho de reuniões, rodas, espaço de discussão e diálogo, debates, conversa, esclarecimento de pontos de vista, interação com a comunidade, depoimentos e participação para a abordagem da violência. Esta proposta surge 10 vezes nos discursos dos profissionais e 52 vezes nos discursos dos usuários, isto é, 4,1 % dos profissionais e 12,5 % dos usuários. Este dado é ainda mais relevante quanto é comparado aos dados quantitativos que revelam uma parcela

maior de profissionais (81%) que consideram a prevenção da violência como função da APS (V4) em relação aos usuários (66,4%).

Tal situação demonstra que a população sinaliza pela construção de espaços mais democráticos de discussão do tema violência, onde todos possam de fato debater sobre o problema. Esta proposta transcende o modelo de transmissão de informações e conhecimentos, no qual indivíduos se posicionam como detentores do saber e impõem ações à comunidade, e se pauta em uma alternativa promissora de espaços horizontalizados de discussão.

A construção de um sistema pautado na realidade das populações pressupõe a aproximação institucional da vida e do meio onde a sociedade vive e se relaciona. Este fundamento pode ser ancorado à perspectiva que resgata a importância do sujeito no sistema social, como capaz de lançar ao poder público as demandas advindas de seu cotidiano de vida (MELO, 2010). Este pensamento traduzido à teoria instituída por Habermas aponta para a criação de interações discursivas entre os discursos, institucional e da sociedade civil, os quais integram uma rede comunicacional periférica ao espaço público político institucional (MARQUES, 2009). Na discussão proposta, entende-se que o sujeito inventa a sociedade civil frente ao Estado na sua capacidade de interagir com o meio e os demais sujeitos inseridos em um contexto social, o que lança uma nova perspectiva de inserção dos atores sociais no debate público e na formulação de políticas.

Para Habermas, a comunicação lingüística e o diálogo se constituem em saída da alienação da sociedade que recupera aí sua autonomia e identidade (HABERMAS, 2002). A sociedade civil, nesse modelo, é distinta do sistema de ação econômica como o da administração pública, tornando-se a base social de espaços públicos autônomos que geram poder comunicativamente capaz de se transformar em poder propício de ser empregado no âmbito administrativo a partir da geração informal da opinião e das consequentes decisões eleitorais institucionalizadas. Assim, o autor destaca que não somente a ação comunicativa define a força da capacidade de integração da sociedade, mas também a construção de espaços públicos autônomos de formação de vontade é fundamental para o enfrentamento dos poderes: dinheiro e poder administrativo (HABERMAS, 1995).

Tais possibilidades associam-se à tematização de questões e articulação de problemas por parte de atores sociais e a sua amplificação na esfera pública – podendo envolver a passagem pela mídia ou requerer mobilizações e ações espetaculares –, de forma a gerar suficiente pressão para sua incorporação ou processamento na agenda governamental (MENICUCCI & BRASIL, 2010 p. 371-372).

Isto é, as autoras ressaltam a incorporação trazida por Habermas de que os sujeitos potencializam seus discursos, atingindo a esfera pública ao provocar influências na agenda política, incluindo demandas à sua formulação.

A dimensão comunicativa que ocorre como debate público, está presente ainda no cotidiano da vida, nas interações informais, travadas entre pessoas no seu ambiente social. Porém, diante de uma inversão de papéis no mundo contemporâneo, verifica-se que o poder público e econômico, na perspectiva de um sistema capitalista, adentra ao mundo da vida (âmbito da ação comunicativa ou interação) e interfere nessa construção do sujeito, impedindo que as relações interativas se estabeleçam. Isto, por si só, se apresenta como uma violência, que tende a produzir mais violência em suas diversas manifestações sociais, uma vez que tolhe o sujeito de sua interação com o meio social (MELO, 2010).

Portanto, o resgate das relações entre sujeitos através da construção de ações pautadas no fortalecimento da cidadania e das relações dos indivíduos com o meio onde vivem apresenta-se como um importante passo rumo ao enfrentamento da violência (MELO, 2010). Este pensamento está em consonância com os pressupostos da promoção da saúde que se apresenta como um importante meio de transformação sobre os determinantes da violência com vistas ao empoderamento comunitário. E como se percebe, a visão dos entrevistados, principalmente de usuários, corroboram com esta idéia e provocam na saúde a possibilidade de interrelação e promoção de espaços de conversação comunitária.

Nesta perspectiva, espera-se que diante de casos envolvendo violência, o profissional da APS, após avaliar cada situação, como alternativa, encaminhe os envolvidos para grupos de empoderamento comunitário, preferencialmente como estratégia de longo prazo. Os grupos de base comunitária podem ser iniciados por profissionais da saúde e área social e, posteriormente, se tornarem sustentáveis. E para sistematizar estas ações nos serviços de saúde, apontam-se a importância de construir protocolos escritos descrevendo esta proposta e investir na formação inicial e contínua dos profissionais para o desenvolvimento de ações de empoderamento comunitário (JOYNER & MASH, 2012). É necessário intensificar as práticas de promoção da saúde na APS, ampliando esta abordagem para todas as ações desenvolvidas nos serviços deste nível de atenção com o objetivo de promover diálogo e acolhimento. Nessa proposta, todos devem ter oportunidade de participação, usuários e profissionais, atuando como iguais no grupo, mesmo que possuam papéis diferenciados (DURAND & HEIDEMANN, 2013).

Nota-se pela relação entre as discussões teóricas e os achados deste estudo, o reconhecimento dos espaços de participação social como importante estratégia de inserção da comunidade na discussão dos problemas que afetam a sua qualidade de vida. Os achados quantitativos deste estudo demonstram que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais, portanto comporta-se como um evento que merece aprofundamento por parte de quem sofre, convive e lida com o problema. Nesse sentido, esta proposta possui grande potencial de desenvolvimento no nível primário de atenção pela possibilidade de aproximação da realidade das populações.

## **5.0 Considerações Finais**

No enlace entre violência, saúde e APS, o estudo que se conclui discutiu sobre os arranjos que favorecem a abordagem do tema, bem como a responsabilidade da APS na definição de ações voltadas às necessidades da sociedade. Tais situações têm provocado a qualificação e efetivação das propostas de tratamento e enfrentamento do problema no cotidiano dos serviços.

Esta abordagem propiciou o encontro com a visão de autores, que, no caminho desta investigação, pensaram variáveis que poderiam afetar de forma significativa o modo de atuar em saúde. Buscou-se a relação com a dimensão empírica no sentido de compreender como a relação entre a percepção e vivência da violência se estabelece entre diferentes atores.

A violência apresenta-se como um dos problemas mais complexos e de difícil abordagem na saúde. Lidar com pessoas em situação de violência envolve saber técnico, social, psicológico, além de múltiplas habilidades. É necessário atuar nas causas, nas manifestações, na abordagem das vítimas, agressores e envolvidos. A abordagem da violência implica no enfrentamento de um problema que acomete a todos, profissionais que cuidam e pessoas que carecem de cuidados. Por isso o problema é tão complexo e requer o olhar diferenciado, assim como, a produção de informações para a tomada de decisão.

Nessa perspectiva, verificou-se que a violência permeia o cotidiano de vida e atuação de usuários e profissionais de saúde no município estudado. Aponta que, de algum modo, existem possibilidades de intervenção no campo da violência, já que profissionais e usuários acreditam nessa proposta, tanto no sentido de que é possível prevenir, como na perspectiva de que a saúde deve atuar na prevenção da violência. Isto mostra avanços no que se refere à

atuação da APS sobre as necessidades locais, além de revelar cenário propício ao desenvolvimento de ações em prol da qualificação da assistência nas situações de violência.

A população entrevistada citou propostas abrangentes para a atuação da APS frente à violência. Foram elas pautadas em ações coletivas e na garantia de melhoria da assistência e segurança nos serviços de saúde. Em destaque, apresentam-se as propostas de cunho participativo que surgem por parte dos sujeitos como proposta para a abordagem do problema. Isto reforça a noção de um contexto fértil para o desenvolvimento de discussões, debates e conversas à luz de objetivos que promovam a incursão da população e profissionais de saúde envolvidos em proposições sobre temas comuns e construção de redes de solidariedade com foco no sujeito.

Se, por um lado, este estudo demonstra a presença da violência no contexto de vida e atuação de usuários e profissionais, por outro, mostra que o problema precisa ser melhor reconhecido pela APS, tratado de forma sistemática a partir de uma crescente necessidade de abordagem e aprimoramento das práticas profissionais de forma equânime em todo o território. É preciso fortalecer o princípio do trabalho em rede, de forma intersetorial, integrada e consistente.

Espera-se que esta pesquisa contribua para a reflexão sistemática sobre a inserção da violência no campo de APS. Diante dos desenvolvimentos teóricos e discussões desencadeadas, verifica-se a necessidade da participação de todos, gestores, equipes multiprofissionais, sociedade civil e Estado nos seus diversos níveis, no compromisso com a proposta de aprimoramento das práticas tradicionais de abordagem da violência. Nesse sentido, aponta-se para a necessidade de investir na construção de princípios de atuação mais sólidos que considerem as raízes do problema e intervenções que propiciem a qualificação dos profissionais, o fortalecimento da rede de suporte para o enfrentamento da violência que provoquem intervenções de prevenção de forma contextualizada.

Além disso, nota-se a relevância de estudos com ênfase na abordagem da violência na APS, principalmente que permitam avaliar a rede de serviços, assim como os impactos das políticas existentes. Pouco se discute sobre a violência no âmbito familiar e nas potencialidades da APS. Esta discussão é bastante necessária, uma vez que a APS tem o potencial de aproximação do local onde a sociedade vive e se relaciona, podendo desenvolver um olhar responsável às famílias ao longo do tempo. A APS atua no ponto onde a violência se instala, ocorre e se desenvolve, causando milhares de vítimas e conseqüências às famílias e envolvidos.

Contudo, o estudo realça lacunas e possibilidades de atuação da APS sobre o campo da violência. A discussão provocada acrescenta a todos os profissionais de saúde inseridos na APS, podendo ser útil para alinhar discursos, para a revisão de práticas e superação do estigma relacionado ao tema.

## REFERÊNCIAS

APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 2, p. 320-7, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200007>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

AUDI, C. A. F. et al. Adverse health events associated with domestic violence during pregnancy among Brazilian women. *Midwifery*, v. 28, p. 416–421, 2012. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000440441](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000440441)>. Acesso em: 28 nov. 2014.

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. In: PIRES, R. R. C. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília: Ipea, 2011. v. 7, p. 372, 13-28 p.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa (POR): Edições 7, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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. 60 p.

BUDÓ, M. L. D. et al. Percepções sobre a violência no cenário de uma Unidade de Saúde da Família. *Cogitare enferm.* v.17, n. 1, Curitiba, jan./mar., 2012. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-85362012000100003](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362012000100003)>. Acesso em: 24 abr. 2014.

CHAN, K. L. et al. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, v. 36, p. 275–284, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.12.003K.L>>. Acesso em: 05 out. 2013.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 5, p. 1088-1095, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500008>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da autonomia da mulher na consulta de enfermagem em saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003>>. Acesso em: 02 nov 2013.

GREENACRE, M. *Correspondence analysis in practice*. 2. Ed. Barcelona: Chapman & Hall/CRC Press; 2007.

GREGORY, A. et al. Primary care Identification and Referral to Improve Safety of women experiencing domestic violence (IRIS): protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, v. 15, n. 54, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/14712458/10/54>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

HABERMAS, J. *A crise de legitimação no capitalismo tardio*. Tradução CHACON, V. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 2002. 180 p.

\_\_\_\_\_. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova: Revista de cultura de política*, n. 36, p. 37-54, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n36/a03n36.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/amostra/>. Acesso em: 13 maio 2014.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. G. D.; ALMEIDA, R. M. V. R. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciência da Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 473-486, mar, 2014. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00128513>>. Acesso em: 17 mai. 2014.

JOYNER, K.; MASH, B. A comprehensive model for intimate partner violence in South African primary care: action research. *BMC Health Services Research*, v.12, n. 399, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/399>>. Acesso em: 07 out. 2013.

MARQUES, Â. C. S. As interseções entre o processo comunicativo e a deliberação pública. In: MARQUES, Â. C. S. Org. *A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas: textos fundamentais*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 239 - 367.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde: Brasil, 2010: *Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 225-248. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_11\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2013.

MATSEKE, G.; PELTZER, K. Screening and brief intervention for intimate partner violence among antenatal care attendees at primary healthcare clinics in Mpumalanga Province, South Africa. *S Afr Jog*, v. 1, n. 2, p. 40-43, 2013. Disponível em: <<http://www.ajol.info/index.php/sajog/article/download/88893/78464>>. Acesso em: 06 set. 2013.

MELO, E. M. *Podemos prevenir a violência*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278 p.: il. Série: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.

MENICUCCI, T. M. G.; BRASIL, F. P. D. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. *Estud. sociol.*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 369-396, 2010. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/2971>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.

\_\_\_\_\_. Violência: um problema para a saúde do brasileiro. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, Mangueiras, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997 - fev. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06>>. Acesso em: 25 maio 2014.

MOURA, E. R. F et al. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 4, p. 935-43, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400022>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS, 2002. Disponível em: <[script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000500019](script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500019)>. Acesso em: 21 maio 2012.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. *Inovando o papel a Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 137 p.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 2, p. 351-8, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>>. Acesso em: 07 out. 2013.

RIBEIRÃO DAS NEVES. *Rede de avaliação e capacitação para a implementação dos planos Diretores Participativos - Estudo de Caso*. Ribeirão das Neves – Minas Gerais, 2008.

RIBEIRÃO DAS NEVES. *Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves*, 2014.

SCHRAIBER, L. B. et al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 15, n. 4, p. 790-803, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/39829/S1415-790X2012000400011.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 out. 2013.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R.. Promoção de saúde: concepções, princípios e Operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 12, p.101-22, fev 2003. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf)>. Acesso em: 20 maio 2012.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G.. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun, 2013. Disponível em: Acesso em: 04 nov. 2013.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G.. Violência por parceiro(a) íntimo(a) contra mulheres e cuidado em saúde na Austrália: cartografando o cenário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 1037-1048, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a2>>. Acesso em: 07 out. 2013.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, v.18 n.1, Rio de Janeiro, jan. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100023>>. Acesso em: 02 ago. 2013.

SILVA, M. M. A.; MAETA, D. C. Capítulo 5. Promovendo a cultura da paz e prevenindo as violências e acidentes: O papel do setor saúde na prevenção da violência e na promoção da cultura da paz. In: MELO, E. M. *Podemos prevenir a violência: Teorias e práticas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. P. 81-93, il: Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

SOARES, J. S. F.; LOPES, M. J. M.; NJAINE, K. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1121-1130, jun, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X201300060000>. Acesso em: 23 set. 2013.

SOUSA, M. de F. de. A Reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TAFT, A. J. Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health*, v. 12, p. 811, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564741/>>. Acesso em: 16 set. 2013.

USTA, J. Involving the health care system in domestic violence: What women want. *Annals of Family Medicine*, v. 10, n. 3, p. 213-220, May, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354970/>>. Acesso em: 27 set 2013.

VELASQUEZ, R. et al. Capítulo 15. Cuidadores incluídos nos tratamentos. In: MELO, E. M. *Podemos prevenir a violência: Teorias e práticas*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. p. 243-252, il: Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

WASELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2013 homicídios e juventude no Brasil. *Centro Brasileiros de Estudos Latino-Americanos - FLACSO Brasil*, 2013. Disponível em: <[http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013\\_jovens.php](http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013_jovens.php)>. Acesso em: 12 set. 2013.

WANDERBROOCKE, A. C. N. de S.; MORÉ, C. L. O. O. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2095-2103, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800020>>. Acesso em: 27 out. 2013.

## **CAPÍTULO 4**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção pretendida revelou o enorme desafio que se configura no âmbito primário de atenção à saúde conquista de uma atenção integral aos envolvidos em situações de violência. Tal proposta se revela como importante estratégia de investimento, atuação e aperfeiçoamento. Reconhecem-se na APS as prerrogativas para uma aproximação e abordagem desse problema que acomete comunidades, geralmente, sob a interface com diversos campos do saber e áreas específicas para seu êxito.

Estabelecer padrões de relação entre as vivências e percepções de usuários e profissionais da saúde proporcionou adentrar ao campo da aproximação entre realidades, contextos de vida e atuação, como ao que se refere à atuação da saúde no campo da violência na visão das duas categorias. Por meio das discussões desencadeadas, viu-se que a saúde, mais especificamente, o nível de atenção primário, é reconhecida pela literatura, profissionais e população, como espaço privilegiado de abordagem da violência. Tal perspectiva, segundo os resultados deste estudo, precisa ainda ser reforçada junto à sociedade em geral e, em específico, na formação e capacitação dos profissionais da saúde para que esta proposta seja de fato apreendida pela APS.

A literatura discute de forma enfática a necessidade de criar protocolos e ferramentas sistematizadas para a identificação dos casos, ou seja, alternativas para reconhecer e dar visibilidade ao problema. Esta proposta é promissora na APS, já que existe a possibilidade inerente de aproximação da vida dos sujeitos envolvidos.

Além disso, os achados desta pesquisa mostram que é preciso pensar no suporte do sistema após a detecção dos casos. A APS e equipe envolvida precisa ser estruturada para tal fim com destaque à melhoria e qualificação da assistência. As necessidades de atuação no campo da violência se apresentam como sintomas, enfermidades ou diretamente como violências, a exigirem intervenções preventivas e de promoção da saúde. Neste sentido, relacionar as manifestações de usuários e profissionais da saúde com os atributos da APS permitiu estabelecer uma discussão de acordo com o que se espera deste nível de cuidado em saúde. Esse olhar foi possível devido à abrangência das opiniões dos sujeitos da pesquisa que foram além da proposta de prevenção da violência. Tais considerações revelaram que as possibilidades de intervenção são diversas diante das potencialidades da APS e das necessidades da população que se apresentam nos seus mais variados matizes.

Para tanto, torna-se também evidente a atuação em rede, de forma articulada, rompendo com as estruturas fragmentadas de atuação. Por isso o problema se torna grande e cada vez mais abrangente, revelando-se como necessário ao olhar de todos, de modo crítico e consequente, na perspectiva de denunciar e romper com as práticas naturalizadoras dos atos de violência.

Por fim, torna-se evidente a necessidade de construir estudos nas diversas realidades a partir das diferentes nuances do problema, com a proposta de apreender como o fenômeno é enfrentado em diversas realidades e apontar alternativas diante de sua complexidade.

## **ANEXOS**



## QUESTIONÁRIO USUÁRIOS

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. [ ]

- 1.  Sim. 2.  Não.

09. O lixo do seu domicílio é: 9. [ ]

- 1.  Coletado diretamente por serviço de limpeza
- 2.  É queimado ou enterrado na propriedade
- 3.  Jogado em terreno baldio ou logradouro
- 4.  Jogado em rio, lago ou mar
- 5.  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

4.  Empregado do setor privado

5.  Empregador

6.  Conta própria

7.  Empregado não remunerado

8.  Outra \_\_\_\_\_

9.  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 seus trabalhos? 29. [ ]

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 ininterruptos, isto é, por 24 horas seguidas? 30. [ ]

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

33. 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 esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras)? 35. [ ]

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 associações de moradores, sindicatos ou partidos, centros acadêmicos ou similares? 36. [ ]

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

37. Nos últimos 12 meses, com que frequência você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras? 37. [ ]

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 atividades da sua religião ou de outra religião? ou 38. [ ]
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

#### VIOLÊNCIA

39. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 39. [ ]
1.  Sim
  2.  Não
40. Com que frequência você presencia eventos violentos no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 40. [ ]
1.  Sempre
  2.  Quase sempre
  3.  Às vezes
  4.  Raramente
  5.  Nunca
41. Você conheceu alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 41. [ ]
1.  Sim.
  2.  Não
42. Você (ou um de seus familiares próximos) teve algum familiar ou parente que foi assassinado? 42. [ ]
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:
1.  Força corporal/spancamento (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

83. 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 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 objetivo? [ ]

1.  Sim. Quais? \_\_\_\_\_
2.  Não
3.  Não sei.

88. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção 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 de agressores, atuando aqui? [ ]

1.  Sim. Quais? \_\_\_\_\_
2.  Não.

90. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em 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 100. [ ] com o sono, como dificuldade para adormecer, acordar frequentemente à noite ou dormir 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

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 –

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



## QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS

1 NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO:

1. [ \_\_\_\_\_ ]

### CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1 Qual o seu estado civil? 2 [ ]

1 ( ) Casado(a)

2. ( ) Solteiro(a)

3. ( ) União estável

4. ( ) Divorciado(a)

5. ( ) Viúvo(a)

6. ( ) Separado (a) ou desquitado (a) judicialmente

3. Cor 3. [ ]

1( ) Branca

2( ) Preta

3( ) Amarela

4( ) Parda

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

1( ) Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) incompleto

2( ) Ensino médio (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) completo

3( ) Superior incompleto

4( ) Superior completo

4( ) Especialização

5( ) Mestrado incompleto

6( ) Mestrado completo

7( ) Doutorado incompleto

8( ) Doutorado completo ou Pós-Doutorado

5. Qual é a sua formação acadêmica: \_\_\_\_\_ 5. [ ]

### TRABALHO

6. Há quanto tempo trabalha na Unidade: \_\_\_\_\_ anos 6. [ ]

7. Qual é o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde? 7. [ ]

1. ( ) Concursado

2. ( ) Contratado celetista

3. ( ) Contratado autônomo (RPA)

4. ( ) Temporário

5. ( ) Terceirizado

6. ( ) Outro. Especifique \_\_\_\_\_

8. Função ocupada na Unidade: 8. [ ]

1. ( ) Enfermeiro do Programa de Saúde da Família

2. ( ) Médico do Programa de Saúde da Família e Comunidade

3. ( ) Dentista do Programa de Saúde da Família

4. ( ) Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

5. ( ) Auxiliar ou Técnico de enfermagem

6. ( ) Agente Comunitário de Saúde (ACS)

7. ( ) Recepcionista

8. ( ) Auxiliar Administrativo

9. ( ) Laboratorista

10. ( ) Gerente da Unidade

11. ( ) Agente Comunitário de Endemias (ACE)

12. ( ) Auxiliar de Serviços Gerais

13. ( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

9. Quantas horas/semana você trabalha na Unidade: \_\_\_\_\_ 9. [ ]

10. Turno de trabalho: 10. [ ]

1. ( ) Manhã

2. ( ) Tarde

- 3.  Noite
- 4.  Manhã e Tarde
- 5.  Tarde e Noite
- 6.  Manhã, Tarde e Noite
- 7.  Outro. Especifique \_\_\_\_\_

11. Tem outro vínculo de trabalho? 11. [    ]

- 1.  Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_
- 2.  Não

12. Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24) horas seguidas? 12. [    ]

- 1.  Sim
- 2.  Não

13. Total de horas trabalhadas na semana (todos os vínculos): \_\_\_\_\_ 13. [    ]

14. Com que frequência trabalha por 24 horas seguidas? 14. [    ]

- 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

#### TRABALHO NA SUA UNIDADE

15. Em sua opinião, dentro da Unidade de Saúde: 15. [    ]

- 1.  O trabalho é desenvolvido em equipe
- 2.  Cada um cuida da sua parte e às vezes recebe o apoio de outros profissionais
- 3.  Cada um cuida da sua parte e o trabalho de cada um é praticamente isolado
- 4.  Outro. Especifique \_\_\_\_\_

16. As decisões na unidade contam com a participação de todos? 16. [    ]

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

17. Há conflitos no desenvolvimento do trabalho? 17. [    ]

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

18. Em sua opinião os horários são cumpridos por todos? 18. [    ]

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

19. Existem momentos de encontros da equipe para planejamento e organização de trabalhos coletivos? 19. [    ]

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

20. Existem momentos de encontros da equipe para resolução de algum problema 20. [    ]

importante e imediato?

1.  )Sim
2.  )Não
3.  )Às vezes
4.  )Raramente
5.  )Nunca

21. A demanda por atendimento na Unidade é grande? 21.[ ]

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

22. A demanda impede o desenvolvimento de outros trabalhos, como ações de promoção de saúde, pesquisa e trabalho em equipe? 22. [ ]

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

23. A gerência é receptiva às demandas e sugestões dos profissionais? 23. [ ]

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

24. Você está satisfeito com o seu trabalho? 24. [ ]

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

POR QUÊ?

25. Em sua opinião, o seu trabalho lhe causa estresse? 25. [ ]

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

POR QUÊ?

26. Você vê boas oportunidades de crescimento no seu trabalho? 26. [ ]

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

POR QUÊ?

27. Em sua opinião, há competição entre os profissionais que atuam na Unidade? 27. [ ]

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

POR QUÊ?

28. Você já se sentiu vítima de injustiça no ambiente de trabalho? 28. [ ]
1. ( ) Sempre.
  2. ( ) Quase sempre.
  3. ( ) Às vezes
  4. ( ) Raramente
  5. ( ) Nunca
- POR QUÊ?

29. Já houve alguma reclamação da sua chefia imediata sobre o seu trabalho? 29. [ ]
1. ( ) Sim. Por quê?
  2. ( ) Não

30. Qual foi essa reclamação? \_\_\_\_\_ 30. [ ]
- 
- 

31. Você já denunciou a equipe da Unidade a outras instâncias? 31. [ ]
1. ( ) Sim.
  2. ( ) Não

32. Se você já denunciou a equipe, por que o fez? \_\_\_\_\_ 32. [ ]
- 

33. A quem você denunciou? \_\_\_\_\_ 33. [ ]

#### **RELAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA**

34. A Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) leva em conta as reivindicações dos profissionais da Unidade? 34. [ ]
1. ( ) Sempre
  2. ( ) Quase sempre
  3. ( ) Às vezes
  4. ( ) Raramente
  5. ( ) Nunca

35. A SEMSA exerce controle sobre os profissionais? 35. [ ]
1. ( ) Sim, controle excessivo.
  2. ( ) Sim, controle necessário.
  3. ( ) Não

36. Os profissionais da Unidade tem algum grau de autonomia perante a SEMSA? 36. [ ]
1. ( ) Sempre
  2. ( ) Quase sempre
  3. ( ) Às vezes
  4. ( ) Raramente
  5. ( ) Nunca

37. Os profissionais participam da formulação das políticas de saúde para o Município? 37. [ ]
1. ( ) Sim.
  2. ( ) Não.

38. Em caso afirmativo, como eles participam? \_\_\_\_\_ 38. [ ]
- 

#### **RELAÇÕES INTERPESSOAIS NA UNIDADE DE TRABALHO**

39. Você fez amigos aqui dentro? 39. [ ]
1. ( ) Sim
  2. ( ) Não

40. Existem encontros da equipe em datas comemorativas? 40. [ ]

1.  Sim
2.  Não
3.  Às vezes
4.  Raramente
5.  Nunca

41. Você já teve algum problema com algum colega de trabalho? 41. [ ]

1.  Sim.
2.  Não

### **VIOLÊNCIAS E AGRESSÕES - RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

Você já sofreu algumas das seguintes agressões por algum colega de trabalho?

- |                                   |                                 |                                 |         |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| 42. Agressão física               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 42. [ ] |
| 43. Agressão verbal               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 43. [ ] |
| 44. Agressão moral ou psicológica | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 44. [ ] |
| 45. Agressão sexual               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 46. [ ] |

46. Você se acha violento(a) ? 47. [ ]

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

Você já agrediu algum colega de trabalho nos seguintes modos?

- |                                   |                                 |                                 |         |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| 47. Agressão física               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 47. [ ] |
| 48. Agressão verbal               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 48. [ ] |
| 49. Agressão moral ou psicológica | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 49. [ ] |
| 50. Agressão sexual               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 50. [ ] |

51. Você costuma pensar em suicídio? 53. [ ]

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

52. Você já fez alguma tentativa de suicídio? 54. [ ]

1.  Sim.
2.  Não

### **RELACIONAMENTO COM O USUÁRIO**

53. Você já teve algum problema com usuário aqui na Unidade? 55. [ ]

1.  Sim
2.  Não
3.  Às vezes
4.  Raramente
5.  Nunca

54. Você já foi ameaçado por algum usuário? 54. [ ]

1.  Sim
2.  Não
3.  Às vezes
4.  Raramente
5.  Nunca

Você já sofreu alguma das seguintes agressões por algum usuário?

- |                                   |                                 |                                 |         |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------|
| 55. Agressão física               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 55. [ ] |
| 56. Agressão verbal               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 56. [ ] |
| 57. Agressão moral ou psicológica | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 57. [ ] |
| 58. Agressão sexual               | 1. <input type="checkbox"/> Sim | 2. <input type="checkbox"/> Não | 58. [ ] |

59. Já houve reclamações do usuário sobre o seu trabalho? 62. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê?  
2. ( ) Não

60. Se houve reclamações, por quê? \_\_\_\_\_ 63. [ ]

61. Alguma vez você já perdeu a paciência com o usuário? 64. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não.

62. Alguma vez você negou atendimento a algum usuário? 65. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não

### RELAÇÃO ENTRE COLEGAS E OS USUÁRIOS

63. Algum profissional desta unidade já teve algum problema com usuário? 66. [ ]  
1. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não  
3. ( ) Não sei

64. Algum profissional já foi ameaçado por usuário? 67. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não.

Algum profissional da Unidade sofreu alguma das seguintes agressões por usuário?

- |                                   |            |            |         |
|-----------------------------------|------------|------------|---------|
| 65. Agressão física               | 1. ( ) Sim | 2. ( ) Não | 55. [ ] |
| 66. Agressão verbal               | 1. ( ) Sim | 2. ( ) Não | 56. [ ] |
| 67. Agressão moral ou psicológica | 1. ( ) Sim | 2. ( ) Não | 57. [ ] |
| 68. Agressão sexual               | 1. ( ) Sim | 2. ( ) Não | 58. [ ] |

69. Já houve reclamações do usuário sobre trabalho de algum profissional da Unidade, em relação ao atendimento técnico oferecido pelo profissional? 73. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não

70. Já houve reclamações do usuário sobre o atendimento de algum profissional, do ponto de vista da relação estabelecida com ele? 74. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não

71. Os profissionais perdem a paciência com o usuário? 75. [ ]  
1. ( ) Sempre  
2. ( ) Muitas vezes  
3. ( ) Algumas vezes.  
4. ( ) Raras vezes.  
5. ( ) Nunca

Por quê?  
72. Qual o motivo mais freqüente? \_\_\_\_\_ 76. [ ]

73. Alguma vez foi negado atendimento a algum usuário? 77. [ ]  
1. ( ) Sim. Por quê? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não

### ATENDIMENTO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA UNIDADE

74. Você já atendeu casos de violência aqui na Unidade? 78. [ ]  
1. ( ) Sim. Quantos em média por semana? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não

75. Você já atendeu casos em que você suspeitou que houvesse violência? 79. [ ]  
1. ( ) Sim  
2. ( ) Não

76. Quantos em média por semana? \_\_\_\_\_ 81. [ ]

77. E os demais profissionais da Unidade já atenderam casos de suspeita de violência? 80. [ ]
1. ( ) Sim.
  2. ( ) Não

Quais tipos de violência são frequentemente atendidos aqui na Unidade?

- |                                   |           |           |        |
|-----------------------------------|-----------|-----------|--------|
| 78. Agressão física               | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 78.[ ] |
| 79. Agressão verbal               | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 79.[ ] |
| 80. Agressão moral ou psicológica | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 80.[ ] |
| 81. Agressão sexual               | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 81.[ ] |
| 82. Negligência ou abandono       | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 81.[ ] |

Qual o âmbito dos casos de violência frequentemente atendidos aqui na Unidade

- |  |           |           |        |
|--|-----------|-----------|--------|
| 83. Violência interpessoal comunitária | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 83.[ ] |
| 84. Violência doméstica                | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 84.[ ] |
| 85. Violência institucional            | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 85.[ ] |
| 86. Violência estrutural               | 1.( ) Sim | 2.( ) Não | 86.[ ] |

Em geral, os casos de violência atendidos nesta unidade atingem:

- |                        |                   |        |
|------------------------|-------------------|--------|
| 87. Criança            | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |
| 88. Idoso              | 1( ) sim 2( ) não | 88 [ ] |
| 89. Adolescente        | 1( ) sim 2( ) não | 89 [ ] |
| 90. Mulher             | 1( ) sim 2( ) não | 90[ ]  |
| 91. Homem              | 1( ) sim 2( ) não | 91 [ ] |
| 92. Deficiente         | 1( ) sim 2( ) não | 92 [ ] |
| 93. Trabalhador        | 1( ) sim 2( ) não | 93 [ ] |
| 94. Outro. Qual? _____ |                   | 94 [ ] |

95. Você notifica quando o caso de violência é declarada pela vítima ou responsável? 84. [ ]

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

96. Você notifica quando há suspeita de violência? 85. [ ]

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

#### SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE

97. Você já presenciou algum evento violento no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 86. [ ]

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

Qual tipo de violência você já presenciou no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 87. [ ]

- |                              |                   |        |
|------------------------------|-------------------|--------|
| 98. Física                   | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |
| 99. Verbal                   | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |
| 100. Moral ou Psicológica    | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |
| 101. Sexual                  | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |
| 102. Abandono ou negligência | 1( ) sim 2( ) não | 87 [ ] |

103. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu alguma violência física (ou agressão), na vizinhança e/ou território da Unidade? 92. [ ]

104. Você conhece alguém que foi assassinado no bairro e/ou vizinhança da Unidade? 93. [ ]

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

105. Você conhece alguém que foi assassinado, fora da área da Unidade? 95. [ ]

1. ( ) Sim. Onde?

2. ( ) Não

106. Você tem algum familiar, parente ou amigo que tenha sido assassinado? 94. [ ]

1. ( ) Sim. Quem? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não

### VIVÊNCIA DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FÍSICA

Você sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses?

107. Física 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
108. Verbal 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
109. Moral ou Psicológica 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
110. Sexual 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]

111. A violência física (ou agressão) mais grave que você sofreu nos últimos 12 meses foi cometida por: 97. [ ]

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?

112. Usuário 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
113. Colega de trabalho 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
114. Bandido, ladrão ou assaltante 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
115. Agente legal público (Policial/ agente da lei) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
116. Agente público (saúde) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
117. Agente público (escola) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
118. Agente público (outras repartições) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
119. Desconhecido 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
120. Outro. Especifique? \_\_\_\_\_  
121. Não se aplica

Quem lhe agrediu moral ou psicologicamente?

122. Usuário 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
123. Colega de trabalho 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
124. Bandido, ladrão ou assaltante 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
125. Agente legal público (Policial/ agente da lei) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
126. Agente público (saúde) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
127. Agente público (escola) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
128. Agente público (outras repartições) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
129. Desconhecido 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
130. Outro. Especifique? \_\_\_\_\_  
131. Não se aplica

Quem lhe agrediu sexualmente?

132. Usuário 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
133. Colega de trabalho 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
134. Bandido, ladrão ou assaltante 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
135. Agente legal público (Policial/ agente da lei) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
136. Agente público (saúde) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
137. Agente público (escola) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
138. Agente público (outras repartições) 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
139. Desconhecido 1( ) sim 2( ) não 87 [ ]  
140. Outro. Especifique? \_\_\_\_\_  
141. Não se aplica

### ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

142. Você acha que é possível enfrentar a violência? 99. [ ]

1. ( ) Sim

2. ( ) Não  
3. ( ) Não sei
143. Você acha que é possível prevenir a violência? 100. [ ]  
1. ( ) Sim  
2. ( ) Não  
3. ( ) Não sei
144. Você acha que é uma das funções da unidade de saúde desenvolver algum tipo de ação em relação à prevenção da violência? 101. [ ]  
1. ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não. Por quê? \_\_\_\_\_
145. Esta Unidade de Saúde da Família desenvolve ações de prevenção da violência? 102. [ ]  
1. ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não
146. Você conhece algum movimento ou iniciativa voltada para a abordagem e prevenção da violência, que atue na região em que trabalha? 103 [ ]  
1. ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não
147. A equipe de saúde participa dessa iniciativa? 104. [ ]  
1. ( ) Sim  
2. ( ) Não  
3. ( ) Não sei
148. Você conhece algum movimento, entidade, ou grupo de proteção às vítimas de violência, que atue na região em que trabalha? 105 [ ]  
1. ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não
149. A equipe de saúde participa de tais ações? 106. [ ]  
1. ( ) Sempre  
2. ( ) Quase sempre  
3. ( ) Às vezes  
4. ( ) Raramente  
5. ( ) Nunca
150. Você conhece algum movimento, ou entidade, ou grupo de proteção de recuperação de agressores, atuando aqui? 107 [ ]  
1. ( ) Sim. Quais? \_\_\_\_\_  
2. ( ) Não
151. Você acha que há no seu Município preocupação das autoridades em combater e prevenir a violência? 108. [ ]  
1. ( ) Sim  
2. ( ) Não  
3. ( ) Não sei
152. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de acabar com a violência? 109. [ ]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
153. Em sua opinião, qual seria a melhor forma de prevenir a violência e promover a cultura de paz? 110 [ ]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DOENÇAS ESTIGMATIZANTES

154. Sobre a hanseníase em sua unidade: 111. [ ]

1.  Nunca foi detectado um caso de hanseníase
2.  A unidade já detectou casos e iniciou tratamento
3.  A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência
4.  O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade.
5.  Os casos são atendidos em outros serviços.
6.  Não sei

155. Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de hanseníase, ele deve: 112. [     ] ]

1.  Continuar trabalhando normalmente.
2.  Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo.
3.  Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos com a equipe.
4.  Deve se afastar até término do tratamento.
5.  Não sei

156. Ao detectar um caso de hanseníase em sua unidade você assumiria o tratamento? 113. [     ] ]

1.  Sim
2.  Não, por quê? \_\_\_\_\_

157. Sobre a tuberculose em sua unidade: 114. [     ] ]

1.  Nunca foi detectado um caso de tuberculose
2.  A unidade já detectou casos e iniciou tratamento
3.  A unidade detectou caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência
4.  O usuário, após atendimento na referência, continuou o tratamento em sua unidade.
5.  Os casos são atendidos em outros serviços.
6.  Não sei

158. Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de tuberculose, ele deve: 115. [     ] ]

1.  Continuar trabalhando normalmente.
2.  Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo.
3.  Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos com a equipe.

4. ( ) Deve se afastar até término do tratamento.

5. ( ) Não sei

159. Ao detectar um caso de tuberculose em sua unidade você assumiria o tratamento? 116. [ ]

1. ( ) Sim

2. ( ) Não, por quê? \_\_\_\_\_

160. Sobre HIV/Aids em sua unidade: 117. [ ]

1. ( ) Nunca foi detectado um caso de HIV/Aids

2. ( ) A unidade detectou o caso e encaminhou o paciente para um serviço de referência

3. ( ) O usuário, após atendimento na referência, manteve seu acompanhamento na rotina da unidade.

4. ( ) Mesmo os atendimentos de rotina são encaminhados para o serviço de referência

5. ( ) Não sei

161. Se um dos seus colegas de trabalho receber o diagnóstico de portador do HIV, ele deve: 118. [ ]

1. ( ) Continuar trabalhando normalmente.

2. ( ) Continuar trabalhando, fazendo o tratamento simultâneo.

3. ( ) Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos com a equipe.

4. ( ) Deve ser transferido para outro local de trabalho.

5. ( ) Não sei

### PERCEPÇÃO DE SAÚDE

162. Você tem plano de saúde? 119. [ ]

1. ( ) Sim

2. ( ) Não

163. Você utiliza o SUS?

120. [ ]

1. ( ) Sim. Para quê? \_\_\_\_\_

2. ( ) Não

164. Você cuida da sua saúde? 121. [ ]

1. ( ) Sempre

2. ( ) Quase sempre

3. ( ) Quase nunca

4. ( ) Nunca

5. ( ) Só quando estou doente

165. Quando foi a última vez que você procurou atenção médica? 122. [ ]

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
166. Nos últimos 12 meses você se envolveu em algum acidente de trabalho? 123. [ ]
1.  Sim. Quantos e de que tipo? \_\_\_\_\_
2.  Não
167. Para o acidente de trabalho que considerou mais grave, você deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos, ir à escola, etc.)? 124 [ ]
1.  Sim. Por quê? \_\_\_\_\_
2.  Não
3.  Não se aplica.
168. Você teve ou tem seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente de trabalho? 125. [ ]
1.  Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2.  Não
3.  Não se aplica
169. Você tem medo de ser demitido caso tenha algum problema (doença, gravidez, afastamento, etc.) que o impeça de trabalhar por algum tempo? 126 [ ]
1.  Sim. Por quê? \_\_\_\_\_
2.  Não
170. Em geral, como avalia a sua saúde? 127. [ ]
1.  Muito boa
2.  Boa
3.  Regular
4.  Ruim
5.  Muito ruim
171. Você tem algum problema de saúde? 128.[ ]
1.  Sim. Qual? \_\_\_\_\_
2.  Não
172. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas no sono, como dificuldade para adormecer, acordar freqüentemente à noite ou dormir mais do que de costume? 129. [ ]
1.  Nenhum dia
2.  Poucos dias
3.  Vários dias
4.  Mais da metade dos dias
5.  Quase todos os dias
173. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas por não se sentir descansado (a) e disposto (a) durante o dia, sentindo-se cansado(a), sem ter energia? 130. [ ]
1.  Nenhum dia
2.  Poucos dias
3.  Vários dias
4.  Mais da metade dos dias
5.  Quase todos os dias

174. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou não sentir prazer em fazer as coisas? 131. [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
175. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve muita dificuldade para se concentrar nas suas atividades habituais? 132 [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
176. Nas duas últimas semanas, com que frequência você teve problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume? 133 [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
177. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu deprimido (a), “pra baixo” ou sem perspectiva (esperança)? 134. [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
178. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu mal consigo mesmo, se achando um fracasso ou achando que decepcionou sua família, seus amigos ou a si mesmo (a)? 135. [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
179. Nas duas últimas semanas, com que frequência você pensou em se ferir de alguma maneira ou achou que seria melhor estar morto (a)? 136. [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias
  4. ( ) Mais da metade dos dias
  5. ( ) Quase todos os dias
180. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu muito mal durante o dia e bem melhor durante a noite? 137. [     ]
1. ( ) Nenhum dia
  2. ( ) Poucos dias
  3. ( ) Vários dias

4.  Mais da metade dos dias  
 5.  Quase todos os dias
181. Nas duas últimas semanas, com que frequência você se sentiu triste ou angustiado (a) na hora de acordar? 138. [     ]
1.  Nenhum dia  
 2.  Poucos dias  
 3.  Vários dias  
 4.  Mais da metade dos dias  
 5.  Quase todos os dias

#### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

182. Com que frequência você costuma consumir alguma bebida alcoólica? 139. [     ]
1.  Não bebo nunca  
 2.  Menos de uma vez por mês  
 3.  Uma vez ou mais por mês
183. Quantos dias por semana você costuma tomar alguma bebida alcoólica? 140. [     ]
- \_\_\_\_\_ dias  
 1.  Não se aplica
184. Em geral, no dia que você bebe, quantas doses de bebida alcoólica você consome? 141. [     ]
- \_\_\_\_\_ doses  
 1.  Não se aplica
185. Alguma vez você dirigiu estando sob o efeito de bebida alcoólica? 142. [     ]
1. Sim  
 2. Não
186. Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas, mesmo em pequenas doses? 143. [     ]
- \_\_\_\_\_ anos  
 1.  Não se aplica

#### PARA HOMENS

187. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? 144. [     ]
1.  Sim  
 2.  Não

#### PARA MULHERES

188. Nos últimos 30 dias, você chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? 145. [     ]
1.  Sim  
 2.  Não
189. Em quantos dias do mês isto ocorreu? 146. [     ]
1.  1 dia  
 2.  2 dias  
 3.  3 dias  
 4.  4 dias  
 5.  5 dias  
 6.  6 dias

7.  7 ou mais dias
190. Você já usou drogas alguma vez na vida? 147. [    ]
1.  Sim
2.  Não
191. Nos últimos 6 meses, você utilizou alguma droga? 148. [    ]
1.  Sim. Qual?
2.  Não

#### ATIVIDADES FISICAS

192. Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo 149. [    ]
- menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de
- transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como
- forma de exercício? \_\_\_\_\_ dias
193. Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos 150. [    ]
- quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?
1.  Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_
2.  Não se aplica
194. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades 151. [    ]
- MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como
- por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer
- ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos
- leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no
- jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer
- atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração
- ou batimentos do coração? \_\_\_\_\_
195. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo 152. [    ]
- menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou
- fazendo essas atividades por dia?
1.  Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_
2.  Não se aplica
196. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades 153. [    ]
- VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por
- exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido

na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa,  
no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer  
atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

197. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? 154. [ ]

1. ( ) Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_
2. ( ) Não se aplica

**As próximas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.**

198. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? 155. [ ]

\_\_\_\_\_

199. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana? 156. [ ]

\_\_\_\_\_

## 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 há uma lista de afirmações e gostaria que você respondesse se você concorda ou discorda das afirmações. Não há respostas certas ou erradas.**

200. Uma boa esposa obedece a seu marido mesmo que discorde dele. 157. [ ]
1. ( ) Concorda
  2. ( ) Discorda
  3. ( ) Não sabe
201. Os problemas familiares devem ser discutidos apenas com pessoas da família. 158. [ ]
1. ( ) Concorda
  2. ( ) Discorda
  3. ( ) Não sabe
202. É importante para o homem mostrar à sua esposa/companheira quem é que manda 159. [ ]
1. ( ) Concorda
  2. ( ) Discorda
  3. ( ) Não sabe
203. Uma mulher deve escolher seus próprios amigos mesmo se o marido não concorda 160. [ ]
1. ( ) Concorda
  2. ( ) Discorda
  3. ( ) Não sabe
204. É obrigação da esposa manter relações sexuais com seu marido mesmo quando não estiver com vontade. 161. [ ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

205. Se um homem maltrata sua esposa, outras pessoas de fora da família devem intervir. 162. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

**Em sua opinião, um homem tem boas razões para bater em sua esposa se: (Questões 130 a 135)**

206. Ela não realiza os trabalhos domésticos de forma satisfatória para ele. 163. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

207. Ela o desobedece 164. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

208. Ela se recusa a manter relações sexuais com ele. 165. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

209. Ela pergunta se ele tem outras namoradas. 166. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

210. Ele suspeita que ela é infiel. 167. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

211. Ele descobre que ela tem sido infiel. 168. [     ]

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 136 a 139)**

212. Ela não quer. 169. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

213. Ele está bêbado. 170. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

214. Ela está doente. 171. [     ]

1. Concorda
2. Discorda
3. Não sabe

215. Ele a maltrata 172. [     ]

1. Concorda

- 2. ( )Discorda
- 3. ( )Não sabe

216. O homem é mais violento do que a mulher

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

173. [      ]

## ANEXO B



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

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

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

### DECISÃO

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

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

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

## ANEXO C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Grupos focais – gestores, gerentes e profissionais de saúde

O senhor (a) esta sendo convidado a participar do grupo focal sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, que pretende identificar, a partir de sua percepção, o perfil da violência contra mulher nas regiões onde o senhor atua como gestor, gerente e/ou profissional, a rede de saúde local disponível e o cuidado que essa presta a mulher que se encontra nessa situação, curativo, preventivo e/ou de reabilitação. É projeto da Universidade Federal de Minas Gerais, financiado e apoiado tecnicamente pelo Ministério da Saúde, e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os responsáveis pelo projeto. Será também resguardado o anonimato das informações, as análises sendo sempre apresentadas para o conjunto, nunca remetendo a qualquer participante em particular. A sua participação é gratuita e voluntária e sua recusa em participar não lhe trará qualquer problema, de qualquer natureza. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins científicos. As gravações serão destruídas após a finalização do trabalho.

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

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre o projeto. Nós, os responsáveis, estaremos à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_,  
aceito participar do grupo focal do Projeto de Atenção Integral à Saúde da Mulher em Situação de Violência, dentro das condições acima expostas.

#### Responsáveis:

Prof. Dra. Elza Machado de Melo –DMPS/Faculdade de Medicina/UFMG, Tel. 34099945  
Coordenadora

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

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

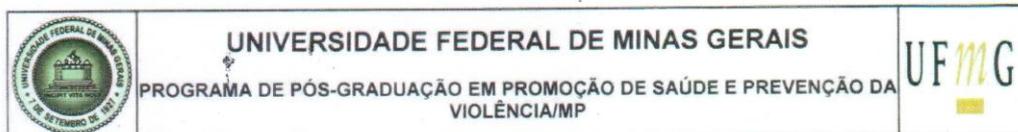
Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

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

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

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na tenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

## ANEXO D



### ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA **ELISANE ADRIANA SANTOS RODRIGUES - 2012736704**

Realizou-se, no dia 29 de agosto de 2014, às 16:00 horas, Faculdade de Medicina sala 166, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários*, apresentada por ELISANE ADRIANA SANTOS RODRIGUES, número de registro 2012736704, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientadora (UFMG), Prof. Ricardo Tavares (UFMG), Prof(a). Jandira Maciel da Silva (UFMG), Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado (UFMG).

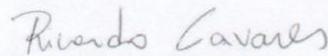
A Comissão considerou a dissertação:

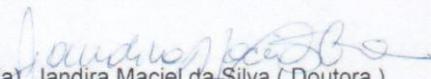
Aprovada

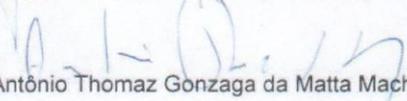
Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.

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

  
Prof. Ricardo Tavares ( Doutor )

  
Prof(a). Jandira Maciel da Silva ( Doutora )

  
Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado ( Doutor )

ANEXO E



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



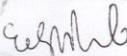
FOLHA DE APROVAÇÃO

Abordagem da violência na Atenção Primária à Saúde: correspondência entre as percepções e vivências de profissionais e usuários

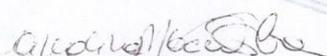
ELISANE ADRIANA SANTOS RODRIGUES

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 29 de agosto de 2014, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Elza Machado de Melo - Orientador  
UFMG

  
Prof. Ricardo Tavares  
UFMG

  
Prof(a). Jandira Maciel da Silva  
UFMG

  
Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado  
UFMG

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2014.

