

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

RENATA MAFRA GIFFONI

O SILÊNCIO NA VIOLÊNCIA

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2016

Renata Mafra Giffoni

O Silêncio na Violência

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

Linha de pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elza Machado de Melo

Giffoni, Renata Mafra.
G458s O Silêncio na violência [manuscrito]. / Renata Mafra Giffoni. --
Belo Horizonte: 2016.
122f.: il.
Orientador: Elza Machado de Melo.
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Violência/prevenção & controle. 2. Promoção da Saúde. 3. Políticas
Públicas. 4. Inquéritos e Questionários. 5. Dissertações Acadêmicas. I.
Melo, Elza Machado de. II. Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 590

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



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

O Silêncio da Violência

RENATA MAFRA GIFFONI

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 28 de julho de 2016, pela banca constituída pelos membros:

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

Prof(a). Ricardo Tavares
UFOP

Prof(a). Fernando Madalena Volpe
UFMG

Belo Horizonte, 28 de julho de 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação: Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

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

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

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

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Edson Samesiana Tatsuo

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

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

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

Prof^a. Elza Machado de Melo

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

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

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

Profa. Cristiane de Freitas Cunha - Titular

Profa. Eliane Dias Gontijo - Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira - Titular

Profa. Elza Machado de Melo - Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario - Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Titular

Profa. Andréa Maria Silveira - Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo - Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares - Suplente

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos - Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos - Suplente

Representantes discente:

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva - Suplente

RESUMO

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência,” que consiste de inquérito domiciliar realizado no município de Betim/MG, em 2014 e 2015. Teve como objetivo estudar a atitude das pessoas frente à violência, especificamente, o seu silêncio, ou não, frente a ela. A amostra foi composta por 1.129 pessoas com 20 ou mais anos de idade, residentes nos domicílios particulares e permanentes localizados em setores censitários urbanos no município de Betim. Utilizou-se amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios. A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária, o domicílio e a terciária, a pessoa que respondeu uma entrevista estruturada (questionário). A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas Tabelas de Kish (1965). A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança e 95%. Foi feita análise descritiva com distribuição de frequência simples e cruzada das variáveis estudadas. Também foram construídos dois indicadores, a saber, um indicador de violência no adulto (IVA) e um indicador de silêncio no adulto (ISA). A associação entre os níveis dos indicadores foi estudada a partir de análise de correspondência, também utilizada para verificar associações entre outras variáveis. Os resultados demonstraram que a violência sofrida foi relatada por 15,1% dos entrevistados. A pesquisa demonstrou que as pessoas têm procurado ajuda após sofrerem violência, mas existe silêncio (12,3%). O silêncio identificado foi pouco maior entre os homens (12,5%) e entre os mais jovens (15,9%). Com exceção dos pós-graduados, em todos os níveis de escolaridade observou-se silêncio. Casados (13,5%), da cor/raça branca/amarela (16,7%), praticantes de religião (12,9%) e com renda até 3 salários mínimos foram a maioria. A frequência de silêncio foi maior no domicílio (22%) e menor na rua (7,7%), mas não foi suficiente para indicar uma diferença estatística. A maioria das pessoas relatou acreditar na prevenção da violência (77,8%), porém o silêncio foi bem maior entre os que não acreditam na prevenção (27,6%). O silêncio entre os que acreditam, os que não acreditam e os que não sabem são estatisticamente diferentes (valor $p=0,017$). Os serviços de saúde foram pouco citados como locais de procura de ajuda entre os adultos que sofreram violência. O debate em torno do silêncio e das atitudes tomadas após ter sofrido violência deve ser amplo e envolver os diversos atores da sociedade.

Palavras-chave: Violência. Silêncio. Procura de ajuda. Promoção da saúde.

ABSTRACT

This work lies within the Research Project entitled "SAUVI- Health and Violence: Subsidies for Public Policies Formulation of Health Promotion and Violence Prevention," which consists of a household survey conducted in the city of Betim / MG, in 2014 and 2015. The objective was to study people's attitudes to violence, specifically, their silence, or not, when facing it. The sample comprised 1,129 people aged 20 years and over, resident in private and permanent households located in the urban census sectors in the city of Betim. It used a stratified sampling by conglomerates in various stages. The primary sampling unit was the census sector, the secondary one was the household, and the tertiary the person who answered a structured interview (questionnaire). The selection of people within the households took into account the homogeneity between gender and age in the sample, and it was based on the Kish Tables (1965). The sample was calculated with a maximum margin of error of 1.9% for violence proportion in cities and degree of trust of 95%. It was made a descriptive analysis with simple and cross frequency distribution of the variables studied. Two indicators were also constructed, meaning, a violence indicator in adult (IVA), and a silence indicator in adult (ISA). The association between indicators levels was studied from the correspondence analysis, also used to check associations between other variables. The results showed that the experienced violence was reported by 15.1% of those interviewed. The research has shown that people have sought help after experiencing violence, but there is silence (12, 3%). The silence identified was slightly higher among men (12.5%), and among young people (15.9%). Except for postgraduates, in all educational levels there was silence. Married people (13.5%), white/Asian individuals (16,7%), religious practitioners (12.9%), and people with income up to 3 minimum wages were the majority. The frequency of silence was higher at household (22%) and lower in the street (7,7%), but it was not enough to indicate a statistical difference. Most people reported that they believe in preventing violence (77,8%), however, the silence was much higher among those who do not believe in prevention (27.6%). The silence among those who believe, those who do not believe and those who do not know are statistically different. Health services were barely mentioned, among adults who have experienced violence, as places where they seek help. The debate about silence and the actions taken after experiencing violence should be broad and involve several social actors.

Key-words: Violence. Silence. Seek help. Health promotion.

DEDICATÓRIA

Para meus amores: Aline, Jade, Luna e Samuel!
(em ordem alfabética)

AGRADECIMENTOS

É com imensa e intensa sinceridade que agradeço à professora Dra. Elza Machado de Melo. Muito obrigada por tamanha dedicação neste trabalho. Obrigada pelo diálogo durante todo esse tempo, pela paciência, pelas sugestões, pelo apoio, pela leitura cuidadosa, por me fazer avançar, por me fazer crescer. Obrigada por sua orientação rigorosa e por seu exemplo de dedicação incansável para uma sociedade sem violência.

Ao professor Dr. Ricardo Tavares agradeço pelos momentos agradáveis de orientação. Por sua paciência e generosidade em ensinar, ensinar, e ensinar de novo... a estatística e a bioestatística, quantas vezes fosse necessário.

Ao professor Dr. Fernando Madalena Volpe que aceitou com tamanha disponibilidade participar da Banca Examinadora.

Às queridas Lauriza e Amanda do Núcleo de Prevenção da Violência e Paz por todo apoio, pelo carinho e pela alegria constante.

Ao corpo de professores do Mestrado Profissional de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência e aos colegas de sala, agradeço pela qualidade e riqueza dos debates em momentos que se tornaram de grande prazer e de abertura ao conhecimento.

Aos colegas do mestrado que trabalharam no Inquérito SAUVI pelo aprendizado do trabalho coletivo e pelos momentos de alegria na preparação e no trabalho de campo: Maicon, Magda, Andréa, Doriana, Sueli, Ronaro, Bia, Marcus Vinícius, Gabriel, Rose e tantos outros que foram chegando.

À Giane, Zenilda, Patrícia, Carla e Lucinéia agentes comunitárias de saúde do núcleo de Venda Nova que trabalharam com muita dedicação, responsabilidade e competência no trabalho de campo. Aprendi muito com vocês!

À minha família e aos meus amigos que, mais uma vez, tiveram que abrir mão do nosso tempo de convivência para que eu pudesse realizar este trabalho, pelo apoio, pela torcida, sou grata do fundo do coração. E a minha mãe em especial pela ajuda e incentivo constantes.

A Deus agradeço pela vida que se renova a cada manhã, por seu Amor e Cuidado diários com todos os detalhes da minha vida – toda honra, toda glória e todo o meu louvor!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Composição dos indicadores a partir das variáveis.....	48
Figura 1: Mapa de correspondência entre os tipos de violência e o local que procurou ajuda. Betim, 2015.	56
Figura 2: Mapa de correspondência entre o local que ocorreu a violência e o local que procurou ajuda. Betim, 2015.	58
Figura 3: Mapa de correspondência entre o acreditar na prevenção da violência e o procurar ajuda após ter sofrido algum tipo de violência. Betim, 2015.	59
Figura 4: Mapa de correspondência entre a classificação do indicador de violência e a classificação do indicador de silêncio. Betim, 2015.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Violência, procura de ajuda e variáveis sociodemográficas. Betim, 2015	.52
Tabela 2: Tipos de violência segundo a procura de ajuda. Betim, 2015	.....53
Tabela 3: Sofreu violência e procura de ajuda segundo local de ocorrência, participação em algum grupo e acredita na prevenção da violência. Betim, 2015	....54
Tabela 4: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Tipos de violência). Betim, 2015	.....56
Tabela 5: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Local que procurou ajuda). Betim, 2015	.....56
Tabela 6: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Local que ocorreu a violência). Betim, 2015	.....58
Tabela 7: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Local que procurou ajuda). Betim, 2015	.....58
Tabela 9: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Acredita na prevenção da violência?). Betim, 2015	.....60
Tabela 10: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Sofreu violência. Procurou ajuda?). Betim, 2015	.....60
Tabela 11: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Classificação do índice de violência nos adultos). Betim, 2015	.....61
Tabela 12: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Classificação do indicador de silêncio dos adultos). Betim, 2015	.....61

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
GBV	Violência de Gênero
IPV	<i>Intimate partner violence</i>
ISA	Indicador de Silêncio no Adulto
IVA	Indicador de Violência no Adulto
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
PPT	Probabilidade Proporcional ao Tamanho
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SAUVI	Saúde e Violência
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	19
2.1 A perspectiva invisível e silenciosa da violência no campo da saúde	19
2.2 Desamparo, violência e pedido de ajuda	24
2.3 As práticas de saúde como possibilidade de ‘amparo’ no contexto das violências	30
3 OBJETIVO GERAL.....	43
3.1 Objetivos específicos.....	43
4 METODOLOGIA	44
4.1 Desenho.....	44
4.2 Local	44
4.3 Amostragem.....	45
4.4 Instrumentos.....	45
4.5 Procedimentos.....	47
4.6 Variáveis.....	47
4.7 Análises.....	48
5 RESULTADOS.....	51
6 DISCUSSÃO	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	81
ANEXO II – QUESTIONÁRIO SAUVI	84
ANEXO III – RECORTE DAS QUESTÕES ESPECÍFICAS RELACIONADAS A ESTE TRABALHO	120

1 INTRODUÇÃO

Violência é uma palavra que deriva do latim *Violentia* – “veemência, impetuosidade”, *Violentus* – “o que age pela força”, provavelmente relacionada à *Violare* – “tratar com brutalidade, desonrar, ultrajar”.

Diversas áreas do conhecimento vêm proferindo seus discursos sobre o assunto: seja para buscar uma definição de violência, sua tipologia, sua história, sua gênese; seja para encontrar respostas que possam orientar formuladores de políticas públicas para seu enfrentamento. Sendo assim, o estado da arte perpassa os discursos da filosofia, da sociologia, do direito, da psicologia, da pedagogia, da política, da ética, da saúde, dentre outros.

Há consenso em dizer que a violência está presente em todas as sociedades, em todos os momentos da história, ainda que com manifestações diferentes. É um fenômeno complexo, multifatorial, que nasce e se desenvolve pela interação do ser humano com a sociedade e na pluridimensionalidade da condição biopsicossocial do humano. (MINAYO, 1994; LEVISKI, 2010; IMURA; SILVEIRA, 2010).

Por ser complexa e multifatorial, o arsenal teórico e metodológico encontra explicações para a sua criação e desenvolvimento nas sociedades a partir de pressupostos filosóficos e científicos. Também a partir de várias teorias explicativas como, por exemplo, aquelas destacadas por Imura e Silveira (2010), a saber: teorias biológicas; teorias sociais; teoria da escolha racional ou teoria econômica do crime; teoria dos laços sociais; teoria da associação diferencial/teoria do aprendizado social; teoria da desorganização social; teoria das janelas quebradas. Ainda que o arcabouço teórico seja mais amplo, o que importou destacar no estudo de Imura e Silveira é que buscando sua causalidade e explicação nos diversos modelos abordados, tenta-se desenvolver os meios de enfrentamento da violência: “o debate teórico tem, portanto, claras implicações práticas”. (p. 48)

É preciso enfrentar a violência porque ela, seja de qualquer tipo, “transgride os limites dos seres humanos” (p.7) causando dor e destruição referentes a todas as dimensões da sua vida, física, psíquica, social:

A violência, sobre todas as formas de suas inúmeras manifestações, pode ser considerada como uma vis, vale dizer, como uma força que transgride os limites dos seres humanos, tanto na sua realidade física e psíquica, quanto no campo de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas. Em outras palavras, a violência, sob todas as suas formas, desrespeita os direitos fundamentais do ser humano, sem os quais o

homem deixa de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres, e passa a ser olhado como um puro e simples objeto” (ROCHA, 1996 *apud* LEVISKI, 2010, p. 7).

O lugar do discurso em que este trabalho repousa é o campo da saúde, especificamente, o da saúde pública.

É de conhecimento geral que o direito à saúde, assim como outros direitos sociais, foi o resultado de conquistas democráticas que marcaram o século XX pós II Guerra Mundial, na Europa Ocidental. Numa perspectiva histórica e mundial, três foram os grandes marcos de conquistas de direitos pelas sociedades: a conquista dos direitos civis no século XVIII, que culminou com a Declaração Universal dos Direitos do Homem; a conquista dos direitos políticos, precisamente, o sufrágio universal, pela classe operária, no século XIX; e a conquista dos direitos sociais e de cidadania, no século XX, que levaram a um aumento de escopo e de atuação da administração pública no atendimento a demandas de inclusão social (TORRES, 2007).

A constituição de sistemas de proteção social que visavam a ampliação do bem-estar da população através da provisão de bens e serviços de educação, saúde e assistência, possibilitou o surgimento dos Estados de Bem-Estar Social ou *Welfare States*, em diferentes estados nacionais na Europa no final do século XIX:

“Este termo designa as políticas desenvolvidas em resposta ao processo de modernização das sociedades ocidentais, consistindo em intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social de oportunidades de vida que procuram promover a seguridade e a igualdade entre os *cidadãos com o objetivo de fomentar a integração social das sociedades industriais altamente mobilizadas*” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p.29).

A configuração de que o Estado passaria a se responsabilizar pela saúde da sua população, com a conseqüente constituição de sujeitos de direito de cidadania, coloca a política de saúde como uma política social e a saúde como um direito do cidadão (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Em abril de 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o direito à saúde, a obrigação do Estado na garantia desse direito e publica o conceito que ampliou a noção de que saúde não seria a ausência de doença e sim o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social” (p.37). Este conceito foi de encontro ao Relatório Lalonde do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá (1974) que reconheceu que o estado de saúde das pessoas era determinado por um

conjunto de fatores determinantes, a saber: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLiar, 2007, p.37).

No Brasil, quarenta e oito anos após a definição de saúde pela OMS, é promulgada a Constituição Federal de 1988 que, ao criar o Estado de Direito Democrático, instituiu a saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado, a ser efetivado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inicia-se, então, um processo gradativo de construção de um sistema de saúde, voltado para a multidisciplinaridade e para a integralidade do cuidado. A matemática deste sistema demonstra o aumento no número de equipes de saúde, na variedade e no número de equipamentos sanitários, bem como do acesso à população, ainda que pesem muitos desafios a serem resolvidos (SCLiar, 2007; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Cito aqui tal contexto mundial e brasileiro, de ampliação de direitos e serviços no campo da saúde, para afirmar que: é nesse novo palco que se ilumina a definição de violência, com seus grandes números e diversos tipos, como problema de saúde pública, a demandar cuidados e ações assistenciais.

Nas últimas décadas, o setor saúde passou a ser mais um dos protagonistas a projetar, a dar visibilidade e voz a uma realidade de violência vivida no interior das famílias e da sociedade. A contabilização dos números da violência assistida pelos serviços de saúde, expressa por indicadores de morbidade e mortalidade por causas violentas, chamou a atenção dos organismos internacionais e nacionais. No final dos anos 80, a violência apareceu como um problema alarmante nas Américas, denunciada pelo aumento do número de mortes e traumas, o que demandou uma resposta dos sistemas de saúde. A década de 90 foi marcada pela priorização, nas agendas de organismos internacionais como a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), do debate sobre a violência, bem como a incitação dos governos para o estabelecimento de políticas e planos nacionais de prevenção e controle das doenças. No Brasil, apesar de estudos datarem os anos 70, é também no final dos anos 80 que se dá a integração de estudos filosóficos, das ciências sociais e da epidemiologia (MINAYO, 1994).

Cabe esclarecer que a violência afeta a saúde das pessoas diminuindo os anos de vida, criando sequelas e dor e, obviamente, por isso interessa ao setor saúde. Mas é correto afirmar que a violência também afeta o setor saúde aumentando o número de internações e necessidades de tratamentos diversos, com

consequente aumento da demanda e dos custos do setor (REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Além das evidências relatadas, se discute também os aspectos velados da violência. Melo (2010) num estudo que traz como título a questão “é possível prevenir a violência?”, compara a “epidemia de violência” vivida pelo Brasil com duas outras grandes epidemias, a saber: as epidemias de cólera e de dengue; ambas fortemente noticiadas pela mídia e impactadas pela opinião pública. Ao comparar os números dessas epidemias aos números do que se convencionou chamar de “causas externas” – violências e acidentes –, demonstra-se a gravidade da situação tendo em vista a “disparidade dos números”¹. Dá destaque para o silêncio existente em torno dessa grave epidemia. Lembra a chamada do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2008, para um seminário intitulado: “violência: uma epidemia silenciosa”, e, referindo-se também a estudos do Ministério da Saúde e da OPAS (Organização Pan Americana de Saúde), apontam para o fato de que: “[...] essa situação, apesar de grave, constitui apenas o que se chama de “ponta do iceberg”, pois a esses números visíveis correspondem muitos outros invisíveis” (MELO, 2010, p.2).

Interessante notar que este e diversos outros estudos disponíveis na literatura, ao abordarem a temática da violência, a identificação de sua magnitude e a importância de se debater o caráter preventivo da mesma, utilizam-se de termos como: visibilidade/invisibilidade e silêncio. Algo no campo da percepção da violência desvela e vela seu caráter, sua face, suas nuances. Está registrado na literatura que entre o olhar e a escuta, entre a possibilidade de se mostrar e de se fazer ouvir existem fatores que corroboram para que ela se mantenha, em parte, invisível e silenciosa.

Fatores culturais podem dificultar o reconhecimento de que certos atos são violentos e ferem o outro, assimétrico na relação. Isso acontece no caso das violências contra: a criança, o idoso, o trabalhador, a mulher, o negro, o pobre, o imigrante, as pessoas em menor proporção; ou também o homem quando certa cultura destaca eminentemente a violência contra a mulher e termina por velar, em certa medida, a violência a que este está submetido. Além dos fatores inseridos e

¹ Em 2006, o número de casos de dengue foi de 345.922 e 76 óbitos, enquanto os números de casos de causas externas foi de 796.247 e 128.388 óbitos. (MELO, 2010)

arraigados na cultura, a literatura aponta como dificuldade de percepção da violência, o local e o tipo de relação em que a violência acontece: o domicílio; nas relações entre parceiros íntimos; nas relações entre pais e filhos (crianças, adolescentes, idosos); no local de trabalho; nas instituições de cuidado. Sentimentos de medo, de vergonha, de insegurança abafam e dificultam a expressão do ato violento pelas pessoas que estão submetidas à violência. Se esta for do tipo psicológica ou verbal há dificuldade em contabilizar, registrar para que seja percebida (ZALUAR; LEAL, 2001; OMS, 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; SARTI, 2009; DAHLBERG; KRUG, 2006; CELMER, 2010; MELO, 2010; ALVES *et al.*, 2012; PALMA; FRANCIS, 2013; GOMES *et al.*, 2014).

Com o objetivo de conhecer a realidade das violências ocorridas no dia a dia das pessoas residentes em municípios selecionados na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, o Núcleo de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, da Faculdade de Medicina da UFMG realizou o inquérito domiciliar SAUVI - Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Além de buscar identificar as violências ocorridas e as formas como a comunidade lida com elas, o estudo tem o objetivo de “propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de saúde e paz” (SAUVI, 2014).

Este estudo que integra o SAUVI foi realizado com os dados da cidade de Betim. O objeto de estudo se refere ao silêncio mediante a violência e/ou a busca de ajuda entre as pessoas que a sofreram. Configurou-se chamar de silêncio a não procura de ajuda entre aqueles que informaram sofrer algum tipo de violência nos últimos 12 meses.

Parti das seguintes questões: a violência ainda é um fenômeno silencioso, em que a vítima não busca ajuda? Como se comportam as pessoas que afirmaram sofrer violência quanto ao enfrentamento da violência? Elas procuram ajuda ou permanecem silenciosas? Quais foram os locais em que as pessoas buscaram ajuda após terem sofrido violência? Existe associação entre o tipo de violência sofrida e o local onde se buscou ajuda? O local onde ocorreu a violência pode estar associado ao local onde se buscou ajuda? É possível identificar algum tipo de vulnerabilidade determinante do comportamento de buscar ou não ajuda frente a situações de violência? É possível afirmar que a pesquisa SAUVI pode ser um instrumento de manifestação e “quebra de silêncio”, na medida em que ela possa

identificar pessoas que permanecem em silêncio frente a situações de violência? Em que medida as pessoas que sofreram violência identificaram o sistema de saúde como um local de busca de ajuda?

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

2.1 A perspectiva invisível e silenciosa da violência no campo da saúde

A magnitude da violência é retratada, há várias décadas, por um arsenal considerável de estudos internacionais e nacionais no campo da saúde. Uma vez considerada a política de saúde uma política social e numa esfera internacional influenciada pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), considerar-se-á a definição de violência proposta, em 2002, no Relatório Mundial sobre Saúde e Violência. Cabe ressaltar que neste relatório a OMS descreve a magnitude da violência, reconhece-a como um problema de saúde pública e afirma o seu caráter preventivo, sendo a redução de seu impacto tão possível quanto foi o impacto de outras doenças e agravos de saúde.

A violência para a OMS é:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p.5).

Tal definição exclui a maioria dos acidentes. Acrescenta ao uso da força física a palavra poder, o que significa incluir as noções de ameaça e intimidação, negligência ou atos de omissão, no mesmo patamar dos outros atos de violência incluídos, tais como: abusos físicos, sexuais e psicológicos; suicídio e atos auto-inflingidos; injúria, privação e desenvolvimento precário. Há um esforço em incluir como violência um conjunto de atos que “impõe um peso substancial em indivíduos, famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo” (DAHLBERG; KRUG, 2006, p.1165), tenham eles um desfecho para o óbito ou não.

Como os atos violentos podem ser aceitos culturalmente, a OMS procura considerar as violências em seus aspectos de saúde e bem-estar. Desta forma, um ato violento pode ser culturalmente aceito, não necessariamente intencional, porém, com sérios danos para a saúde.

A tipologia da violência proposta pela OMS (2002) para análise e intervenção no campo da saúde, pressupõem 3 tipos: autodirigida, interpessoal e coletiva. Cada tipo de violência é dividida em subgrupos: a violência autodirigida é dividida em: suicídio e autoagressão; a violência interpessoal é dividida em: a violência na família e por parceiro íntimo e a violência na comunidade, seja entre pessoas conhecidas

ou não; a violência coletiva dividida em: social, política ou econômica. Sua natureza pode ser: física, sexual, psicológica, envolvendo privação ou negligência, afetando diferentes sujeitos em diferentes fases da vida.

Minayo (2007) chama atenção para a existência de outros conceitos, consensuais ou às vezes contraditórios. Destaca, porém, fatores e características da violência que são comuns e expressos por diferentes autores: a violência é um fato humano e social; é histórica; há formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades; abrange todas as classes e os segmentos sociais; também está dentro de cada um; a violência tem solução.

E na medida em que é identificada que também se encontra solução para a violência, por meio do empreendimento de esforços teóricos e práticos para seu enfrentamento. Em outras palavras, para que um problema possa ser enfrentado, ele precisa ser reconhecido como problema, precisa ser perceptível aos sentidos humanos, precisa ser parte do seu campo de consciência e sensibilidade. Ao me ater sob os aspectos da visibilidade/invisibilidade ou do silêncio/grito da violência, chamo atenção para a percepção que antecede o enfrentamento da violência no campo da saúde.

É importante esclarecer que o silêncio, às vezes, também é uma solução. Nem sempre, verbalizar a violência vivida, pode ser garantia de solução da violência. Isso porque uma situação mais violenta possa ser desencadeada se e dependendo da forma como for verbalizada. Além disso é preciso considerar que o silêncio pode ser uma opção e não somente uma condição de impotência frente a situações violentas. De acordo com a cultura ou com o momento o silêncio pode ser vivido e interpretado ora como sendo negativo, ora como sendo positivo. Na análise do discurso, em linguística, o silêncio pode significar uma redução da velocidade da fala com o objetivo de tornar clara as ideias, ou demonstrar uma hesitação. Porém, o que este estudo busca é justamente o silêncio como ausência de comunicação, ou de atitude, não opcional e que faz perpetuar a violência. O silêncio como “não procura de ajuda”, apesar da violência.

Ao buscar estudar a relação entre silêncio e violência, deparei-me com um número limitado de publicações. Diferente do que ocorre ao buscar a relação entre visibilidade/invisibilidade da violência em que é possível encontrar um maior número de estudos.

O próprio relatório da OMS, citado anteriormente, ressalta os aspectos invisíveis da violência. Chama a atenção para um tipo de violência que ocorre longe da percepção pública, ou seja, a que ocorre dentro dos lares, do trabalho, das instituições médicas e sociais que, ao contrário de praticarem violência, deveriam cuidar das pessoas. Chama também a atenção para o invisível da dor e do sofrimento humano decorrentes da violência, impossível de serem calculados. Menciona-se também o silêncio forçado daqueles impedidos de expressarem a violência sofrida com pena de sofrerem agressões piores (OMS, 2002 p. 3). Portanto, a violência atrelada ao campo da saúde está intrinsecamente ligada aos seus aspectos de invisibilidade e silêncio, ainda que seja o setor saúde, o responsável também por assistir os feridos de guerra, de rebeliões, dos atos terroristas, dentre outros.

Os estudos identificados abordam a invisibilidade e, em menor escala, o silêncio da violência relacionando-os geralmente à população afetada como os idosos, as crianças, os adolescentes, as mulheres e também a invisibilidade dada aos homens vítimas de violência doméstica. Assim é que Moraes, Apratto Júnior e Reichenheim, (2008), ao estudarem a violência contra idosos, concluem que a invisibilidade do problema se justifica pela ideia de que a violência doméstica pertença ao âmbito privado e “deve ser resolvida entre os envolvidos” (p. 2290). Estes autores constataram ainda que a formação dos profissionais de saúde é precária, no que diz respeito, a transmissão de conhecimentos que contribuam na suspeição e identificação do problema. Verificou-se que o silêncio também se dá em virtude do sentimento de medo da violência e do abandono, uma vez que, os agentes da violência são os responsáveis também pela proteção e cuidado do ofendido.

Para Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006), a violência como problema social e de saúde pública é um fato nacional e internacional. As autoras afirmam que a violência como uma violação de direitos humanos não é novidade, porém, destacam um paradoxo: à medida que se observa a expansão dos direitos humanos e sociais, observa-se também o crescimento da violência. Relatam ainda que o aumento na liberdade do exercício dos direitos humanos e sociais contribui para um “borramento do limite” prático no exercício de tais direitos. O silêncio aqui surge na medida em que o exercício dos direitos vem sendo situado no campo da esfera individual,

desconectado da esfera relacional, em que deveres e compromissos são silenciados. Há uma confusão entre a realização de direitos e a satisfação de desejos individuais: “Nessa equivalência o outro pouco importa, associando-se a liberdade de exercício de direitos à coisificação desse outro, ruptura interativa que fundamenta as violências” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA; COUTO, 2006, p.113).

Celmer (2010) num estudo sobre a violência contra as mulheres remonta às primeiras teorias no início dos anos 80. As teorias lideradas pelos movimentos feministas da época tinham como um dos principais objetivos dar visibilidade à violência contra a mulher e reivindicar do Estado políticas públicas que dessem conta do problema. Outro aspecto destacado pela autora é que são raros os casos em que o ato violento contra a mulher ocorre sob os olhares de terceiros: “a maioria esmagadora dessa espécie de violência acontece ao abrigo da publicidade e só é denunciada às autoridades se a vítima o fizer”. (p. 87).

Sobre outro aspecto, Gomes *et al.* (2014) relatam o quanto da violência contra a mulher permanece ainda na invisibilidade, à medida em que o profissional de saúde não reconhece a violência como um problema de saúde.

No campo da violência doméstica, numa perspectiva da violência conjugal ou entre parceiros íntimos, estudos procuram revelar, numa outra perspectiva, como é velada a violência da mulher contra o homem. Em que pese todo o dano e magnitude do problema da violência contra a mulher, existe invisibilidade e silêncio para a problemática da violência doméstica contra o homem. Diante da complexidade das relações conjugais e das questões sociais e culturais a que estão subordinadas tais relações, é possível concluir que a magnitude dada à violência contra a mulher vela, numa certa perspectiva, a violência a que o homem está submetido no âmbito doméstico. (CELMER, 2010; ROSA *et al.*, 2008; SARTI, 2009; CAMPOS; CARVALHO, 2006; ALVES *et al.*, 2012)

Sarti (2009) para debater tal questão relata ainda o caso de atendimento de um homem vítima de violência sexual, numa unidade de urgência em São Paulo, que teve seu atendimento negado uma vez que a equipe de saúde não o identificou como vítima, pelo fato de ser homem. Explica:

A incidência epidemiológica que trouxe a violência ao campo da saúde, responde a uma lógica classificatória dos fenômenos do corpo, da saúde e da doença, recortada por uma concepção de gênero, que, ao mesmo tempo em que permitiu visibilizar a violência, contribuiu para esconder

manifestações que não fossem identificadas com sua lógica de classificação da violência. (SARTI, 2009, p. 91).

Pereira (2010) estudou a violência submetida pela população negra no Brasil. Fez-se neste estudo uma análise histórica desde o período colonial e descreveu um contraponto a que chamou de “a visibilidade da violência e a violência da invisibilidade”. Chamou de violência visível e direta, a violência legalizada contra essa população nos períodos colonial e imperial, perceptível no próprio corpo marcado pelos castigos da escravidão. Posteriormente, descreveu o que chamou de violência indireta, ou seja, o sistema opressivo imposto à população negra, após a abolição da escravatura. Esse sistema criou legalmente mecanismos que impedia e dificultava o acesso a recursos e bens materiais, expondo a população a esse outro tipo de violência. Como exemplo deste período citou a Lei de Terras de 1850, que determinou o acesso à posse da terra somente mediante a compra, e que tem suas consequências até hoje.

O impedimento à prática religiosa africana e ao acesso à escola foram outros tipos de violência indireta abordados por Pereira (2010). A autora apontou que a modernidade manteve tratamentos desiguais aos seus cidadãos, desde a República Velha até os dias atuais. Apesar do discurso de que a sociedade brasileira era agora uma “sociedade livre”, a população negra foi exposta a um tipo de “violência invisível” que a autora chamou de “falaciosa tese da democracia racial”. A marca da cor excluiu as pessoas do acesso à saúde, à educação, ao trabalho e da habitação. O discurso de que o Brasil é um país sem “discriminação”, “sem preconceito”, e que vive em “perfeita harmonia” entre os grupos raciais, vem caindo por terra, pois foi denunciado pelo movimento negro e de intelectuais, e deixando aparecer a “violência invisível” que sustenta a tese (“falaciosa”) de convivência e “integração social”:

[...] como poderia haver integração racial em um país com um contingente tão expressivo de pessoas negras que tinham e têm a inclusão desprivilegiada e a desigualdade como marcas inerentes? Criara-se a mentira de integração racial, ou seja, da violência invisível, pois se tornou natural a crença de que o sublugar ocupado pela população negra era responsabilidade dela própria. (PEREIRA, 2010, p. 93).

Um estudo Sul-africano, de base qualitativa, realizado com professores em 2012, identificou o desconforto dos professores em abordarem o tema da sexualidade com os alunos num programa de educação sexual. Relatou-se, nesse

estudo, como o silêncio é uma questão ligada à cultura e à censura de natureza política imposta aos indivíduos. Ainda nesse contexto, Palma e Francis afirmam que o silêncio sustenta questões de desigualdades raciais e de gênero enraizadas na sociedade, além de esconder questões como: doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, violência sexual, questões relativas à orientação sexual (PALMA; FRANCIS, 2013).

Sem entrar numa seara filosófica sobre o tema, cabe destacar que tanto a violência quanto a sua percepção se dão na relação entre um EU e um OUTRO. Entre o olhar e a escuta, entre o visível e o audível é possível afirmar a relevância dos estudos científicos em torno do tema. Faço a opção por trabalhar na perspectiva do silêncio. É possível identificar pessoas que silenciam diante da violência? O que faz uma pessoa calar num contexto contemporâneo de dar visibilidade à violência é intrigante. Ainda que na pesquisa SAUVI não seja possível encontrar respostas que expliquem porque as pessoas se calam, é possível identificar se há silêncio, quem silencia e, para aqueles que não se silenciam, a quem endereçam sua palavra, seu “pedido de ajuda”. Ao buscar o silêncio, busca-se também a palavra, ambos na perspectiva de gerar uma compreensão capaz de contribuir para mais um capítulo na ação positiva de enfrentamento da violência.

2.2 Desamparo, violência e pedido de ajuda

Nascemos desamparados!

Assim nos diz Freud (1895) sobre a condição do bebê humano ao nascer. A fragilidade humana ao nascer, condição que o torna totalmente dependente de outro ser humano para garantir a sua sobrevivência, é constatada não só pela psicanálise freudiana, mas pela filosofia, sociologia e outras áreas do conhecimento. A questão em Freud é que ele coloca nessa condição de desamparo toda possibilidade ética da civilização, em suas palavras: “[...] o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais” (FREUD, 1950 [1895], p.431).

O desamparo a que Freud se refere está descrito na “experiência de satisfação”, um capítulo dos escritos do “Projeto para uma Psicologia Científica”. Neste Projeto, Freud buscou descrever o funcionamento do aparelho psíquico de uma forma que fosse possível estudá-lo por meio de uma psicologia concebida como uma ciência natural:

A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais específicas, tornando assim esses processos claros e livres de contradição (FREUD, 1950 [1895], p.403).

Ao buscar uma explicação para o funcionamento do aparelho psíquico, Freud descreve duas fontes de energia ou estímulos capazes de causar dor aos indivíduos: uma externa e outra interna. Diante de estímulos externos, causadores de dor, o indivíduo teria condição de fugir da dor. Mas em relação à energia interna não haveria a possibilidade de fuga. Pensando no bebê, Freud relata uma incapacidade deste em modificar o mundo externo para satisfazer uma demanda interna geradora de dor como, por exemplo, a fome. Sendo assim, seria necessária uma “*ajuda alheia*” de uma pessoa experiente, que a partir de uma “*ação específica*” contribuiria para que o desamparado aliviasse sua dor. Chamou esse mecanismo de “*experiência de satisfação*”:

O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna. Essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação, e o desamparo inicial dos seres humanos é a fonte primordial de todos os motivos morais.” (FREUD, 1950 [1895], p.431).

Ao declarar a “*importantíssima função secundária da comunicação*”, Freud disse que é por via motora, isto é, a “*expressão das emoções, gritos, inervação vascular*” (FREUD, 1950 [1895], p.431) que se dá a descarga da energia causadora de dor. Se primariamente tais expressões promovem a descarga interna da energia, secundariamente ela evoca o outro a se aproximar, comunicando assim, a dor sentida. O EU e o OUTRO se encontram aqui numa perspectiva de cuidado, de possibilidade, de amparo frente ao desamparo. E o “*grito*” (choro) possibilita o vínculo entre os sujeitos e é, portanto, o primeiro elemento a autorizar, a criar a linguagem:

Em primeiro lugar, existem objetos – percepções – que nos fazem gritar, porque provocam dor; [...] Numa situação em que a dor impede o recebimento de boas indicações da qualidade do objeto, a informação sobre o grito do próprio sujeito serve para caracterizar o próprio objeto. [...] pouco falta agora para inventar a fala. (FREUD, 1950 [1895], p.491).

A fala tem uma importância crucial na práxis psicanalítica. É através da fala que se acessa o inconsciente, estruturado, segundo Lacan (1985), como linguagem. Por meio da fala é que se buscam os caminhos de formação do sintoma, e assim o

seu alívio; a própria psicanálise é reconhecida por seu inventor, Freud, como a “*talking cure*”, ou seja, a cura de sintomas psíquicos pela fala. Mas, é também onde a palavra falha, onde ela não dá conta de expressar uma tensão interna, que pode surgir o ato violento. (FREUD, v.14, 1914-1916). No “Projeto para uma Psicologia Científica”, Freud já anuncia:

A inervação da fala é, a princípio, uma via de descarga [...] essa via adquire uma função secundária ao atrair a atenção da pessoa que auxilia (geralmente o próprio objeto do desejo) para o estado de anseio e aflição da criança; e, desde então, passa a servir ao propósito da comunicação, ficando assim incluída na ação específica. (FREUD, 1950 [1895], p.431).

Numa perspectiva ética do desamparo primordial, Di Matteo (2006), num estudo intitulado “Os Discursos Éticos de Freud”, afirma que não é possível encontrar na obra de Freud um discurso sistemático e linear sobre a ética. Relata, neste estudo, que é na dimensão do sujeito inserido na cultura que a problemática da ética deve ser pensada e destaca dois momentos para se pensar a origem, a gênese da moral dos textos freudianos:

Uma relacionada com o intransponível desamparo infantil e sua dependência [...] a segunda, da necessidade 'racional' de prescrições para regular a existência e convivência humana, “pela necessidade de delimitar os direitos das sociedades contra o indivíduo, os direitos do indivíduo contra a sociedade e dos indivíduos uns contra os outros. (FREUD, 1939, p.145 apud DI MATTEO, 2006, p.64).

Se por um lado a necessidade do laço social se impõe frente à condição primária de desamparo, possibilitando ao outro a oportunidade do exercício do amor através do cuidado, do afeto, da contribuição na satisfação das necessidades humanas, por outro, é fato também que o amor não é garantido nas relações entre os seres humanos. Desamparo, indiferença, violência são o outro lado da “*dupla face do outro*” (SANTOS; FORTES, 2011, p. 748).

Numa referência a outro momento na obra de Freud, Santos e Fortes (2011, p.752) destacam que a condição de desamparo é experimentada em diferentes momentos da vida do ser humano, sendo vivida como “solidão e sentimento de vulnerabilidade, constituídos pela impossibilidade, para o sujeito, de encontrar sozinho uma saída para a situação em que se encontra”.

Para a psicanálise violência e agressividade são categorias diferentes. A agressividade é constitutiva do “eu”, própria do desenvolvimento humano e passível de sublimação. Já compreender a violência no campo da psicanálise seria adentrar

em categorias mais amplas (FERRARI, 2006, p. 51), que escapam ao objetivo deste trabalho.

A violência, como um problema de saúde pública, é uma dessas situações em que muitas vezes a pessoa não encontra saída sozinha, necessitando da “ajuda alheia”, e na ausência dessa ajuda, fica lançada à condição de desamparo.

O silêncio frente a situações de violência surge aqui como que em oposição ao “grito”. Diante do silêncio não há possibilidade de amparo, não há vínculo social que permita a quebra da condição de violentado. Não há “motivos morais” que contribuam para a construção da dimensão ética da sociedade. O silêncio frente a situações de violência faz perpetuar a violência, impossibilita o seu enfrentamento.

Se por um lado, o anúncio da condição de desamparo, em que se encontra a vítima de violência, pode ser expresso pelo “grito”, pela “fala”, pelo “pedido de ajuda”; por outro lado o silêncio pode emergir de vários lugares. O silêncio de quem sofre a violência e se vê impossibilitado de buscar ajuda; o silêncio de quem pratica a violência, afinal esse também precisa de ajuda; o silêncio das instituições que deveriam oferecer ajuda e não se veem como responsáveis ou com capacidade para cumprir o seu papel no enfrentamento da violência; o silêncio embutido na surdez dos que não ouvem apesar do “grito”; o silêncio inerente a toda palavra, uma vez que ela não é capaz de dar conta de representar o real.

Soares, Lopes e Njaine (2013), ao estudarem a violência nas relações afetivo-sexuais de adolescentes, afirmam que eles não buscam ajuda profissional frente a essas situações. Tal afirmativa foi obtida em um estudo quantitativo e qualitativo, por amostragem conglomerada multiestágio e a seleção em duas etapas, que integrou o projeto de base: “Violência entre Namorados Adolescentes: Um Estudo em Dez Capitais,” coordenado pelo Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz. (SOARES; LOPES; NJAINE, 2013).

Os autores supracitados analisaram, em sua pesquisa, entre os adolescentes do segundo ano de escolas públicas e privadas de Porto Alegre, unicamente, as questões que “tratavam da busca de ajuda para problemas decorrentes de violência no namoro”. As subcategorias para identificação da categoria de análise (busca de ajuda) foram: “apoio dos amigos”, “apoio da família”, “apoio da escola”, “apoio da mídia”, “apoio dos profissionais de saúde”.

Os achados desse estudo, para os dados das escolas de Porto Alegre, foram de que somente 5% dos adolescentes que sofreram violência, afirmaram ter pedido ajuda profissional, sendo que 3,9% por problemas emocionais e 1,1% por consequências físicas associadas. O achado nacional foi que somente 3,5% dos adolescentes afirmaram ter buscado ajuda profissional. Ao considerarem a busca por apoio, constatou-se que em Porto Alegre, a grande maioria (51,5%) procurou os amigos, 36,7% os familiares e os profissionais de saúde representaram 12,1% de busca de ajuda. Na pesquisa nacional, os achados seguiram a mesma hierarquia: amigos (45,9%), familiares (24,2%), profissionais religiosos (3,6%), profissionais de saúde (3,3%) e professores (2,6%).

Nesse estudo, os testes estatísticos não apontaram diferença significativa entre os sexos e nem entre as redes de ensino. Outras questões foram colocadas para os adolescentes, porém, destaco aqui alguns resultados relativos ao “apoio dos profissionais de saúde”: os meninos procuram menos apoio nos profissionais de saúde do que as meninas; existe menor proporção de adolescentes do sexo masculino realizando consultas na rede de saúde do que de meninas; a percepção dos adolescentes em relação aos profissionais de saúde é de associação com a doença e com a necessidade de consulta médica, ou com o psicólogo quando a questão é associada a problemas na escola; a procura por serviços de saúde tem caráter mais curativo do que preventivo. Uma possível explicação é dada pelos autores do trabalho: “não existe oferta e divulgação de ações promocionais para essa população”.

Para os autores, acima citado, há que se tencionar a atuação dos profissionais de saúde na prevenção das violências e nos relacionamentos afetivo-sexuais dos adolescentes, conforme mostrado na análise de vulnerabilidades e fatores de proteção, pois essa prática reforça a importância dos serviços de saúde atuarem em conjunto com as escolas, as famílias, as comunidades e de combaterem a banalização e a naturalização das violências. Esses autores consideraram também a importância dos serviços de saúde serem mais ativos na promoção da saúde contribuindo para a mudança de comportamento de procura de ajuda e cooperando para a redução das questões de gênero e violência. “Aponta-se o desafio de pensar sobre a responsabilização e o comprometimento do cuidado, a fim de potencializar as ações de saúde na visibilização e enfrentamento das situações de violência” (SOARES; LOPES; NJAINE, 2013, p. 1128).

É interessante notar que é no seio da própria sociedade que os adolescentes “buscaram ajuda”. Os principais locais declarados de busca de ajuda por eles foram os amigos, a própria família, a igreja. Os serviços de saúde não foram reconhecidos como locais de busca de ajuda, diferente do que se constata quanto ao aumento dos casos de violência assistidos nos serviços de saúde. O artigo não traz uma resposta sobre alguma associação entre tipo de violência sofrida e local de busca de ajuda. Seriam os serviços de saúde locais de busca de ajuda somente no agravamento da violência sofrida? Há que se refletir sobre a capacidade dos amigos, da família, da igreja, estarem “empoderados” de conhecimento e recursos para enfrentarem a violência sofrida entre seus membros.

Quanto a este estudo me pergunto ainda: será possível buscar sinais que evidenciem condições de vulnerabilidade em torno do silêncio no SAUVI? É aleatória sua condição ou é sistemática, passível de classificação, de identificação de associação? Já foi identificado que a classificação muitas vezes vela outras condições de violência, como explicado no capítulo anterior sobre a condição dos homens violentados. Porém, busco uma categoria, uma associação, não para excluir outras, mas porque uma vez silenciada, a violência “não existe”, não “aparece” e, portanto, não pode ser enfrentada. O discurso é condição essencial para sua existência e para seu amparo.

Desamparo se supera com vínculos de cuidado, de amor, de presença. Há que se entender os contextos que alimentam a violência, para além de descrever a ação violenta de quem a pratica, ou declarar a vitimização de quem a sofre. Buscar a compreensão das vulnerabilidades e dos contextos que operam na manutenção do silêncio frente à violência, é buscar compreender alguns dos contextos que a alimentam e a mantêm viva. É também buscar compreender quem são os atores reconhecidos pelas pessoas como sendo capazes de responder ao desamparo causado pela violência.

Quebrar o silêncio da violência é como que dissolver as raízes sob as quais ela emerge e floresce. Freud ao buscar os “caminhos dos sintomas psíquicos”, procurou compreender os contextos que os mantinham vivos. Ao propor a cura pela fala, demonstrou através da sua psicanálise que quebrando o silêncio se alcançaria o caminho da cura.

2.3 As práticas de saúde como possibilidade de ‘amparo’ no contexto das violências

Quando ocorreu a qualificação desse trabalho, fui questionada se a melhor forma de abordar o entrevistado sobre ter “procurado ajuda” após sofrer algum tipo de violência, não seria perguntar se “procurou atendimento” ou invés de “procurou ajuda”. A questão pesquisada está da seguinte forma no questionário do SAUVI: “Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr. (a) ou alguém da sua família, o (a) Sr. (a) procura ajuda em: serviço de saúde; escolas; delegacias; igreja; conselho tutelar; juizado; associações em geral; amigos; família; outros.” A palavra “ajuda” tem o significado de prestar auxílio, socorro; enquanto que a palavra “atendimento” pode estar diretamente ligada a uma dimensão de assistência e imaginariamente pode condicionar a uma associação a um tipo especializado de assistência, quem sabe do corpo, mais do que a outras formas de sofrimento e dor.

Busco mais a dimensão do “cuidado” oferecido a pessoas que sofreram violência do que propriamente a “assistência”. Cuidado pode ser oferecido por qualquer outro ser humano, não necessita de especialização, mas de abertura ao outro. O atendimento está sugerido, na nossa cultura, que seja em algum lugar especializado em atender. Sem contar que é possível prestar assistência sem prestar cuidado. Merhy e Feuerwerker (2009) apontam que no cotidiano do trabalho dos serviços de saúde, a clínica está orientada para um “corpo sede de órgãos”, somente. A prática de saúde tem evidenciado, tem tornado visível o corpo biológico, e dessa forma se mantém fragmentada, especializada, “centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida”. (p.30).

Os autores chamam a atenção para a importância da dimensão relacional do cuidado e ao propor “um novo olhar sobre as tecnologias de saúde”, destacam:

[...] a respeito dos atos de saúde, relembramos que a produção de atos cuidadores diz respeito a todos os seres humanos – o modelo médico-hegemônico é que desvaloriza e deslegitima os outros saberes sobre saúde, os que não tomem o corpo biológico como objeto e os que não se baseiam nos conhecimentos ditos científicos sobre o tema. [...] Ora, território das ações cuidadoras, informados pelas tecnologias relacionais, é de domínio não somente de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área de saúde, mas inclusive dos usuários e de suas famílias. (MERHY;FEUERWERKER, 2009, p.35).

É claro que a forma de perguntar pode determinar o tipo de resposta. Mas a questão que se coloca aqui é saber quem buscou ajuda, quem silenciou (não

buscou), onde buscaram ajuda. Seriam os serviços de saúde, preferencialmente, reconhecidos pelas pessoas como um local onde seria oferecido “cuidado” para os diferentes tipos de violência? Que tipo de “ajuda” os serviços de saúde podem oferecer frente a situações de violência para além do cuidado com o corpo ferido, ou das profilaxias para prevenção das DST, do HIV, da gestação decorrentes de violência sexual? Ao tratar o corpo e acolher a vítima de violência, estariam intervindo na violência de forma a contribuir para a sua redução? Quais outros lugares as pessoas reconhecem como fonte de amparo e ajuda para situações de violência?

Há cerca de três décadas, as práticas de saúde no Brasil vêm sofrendo um conjunto de influências e movimentos que têm contribuído para sua transformação. Ayres, Paiva e Buchalla (2012) chamam a atenção para um conjunto de mudanças favorecedoras de transformações importantes no campo da saúde como: a redemocratização do país, a reforma sanitária, a construção do sistema único de saúde, propostas de atenção de modelo integral, movimentos de mulheres, luta antimanicomial e a mobilização da sociedade civil organizada na luta por direitos. Também destacam a importância de movimentos advindos da academia que influenciaram novos conceitos, técnicas e práticas: a psicologia social, as teorias de Paulo Freire, as críticas à saúde coletiva e à epidemiologia, bem como a busca de novas bases epistemológicas e técnicas para a construção de novas práticas (AYRES, PAIVA; BUCHALLA, 2012 p.12).

Muitos aspectos das práticas em saúde referentes ao fato de que o modelo vigente, em crise, não responde satisfatoriamente para o alcance de uma vida saudável que vêm sendo apresentados por autoridades sanitárias, profissionais de saúde e academia e estão amplamente encontrados na literatura: a ênfase no substrato biomédico, a medicalização da população, as relações despersonalizadas e tecnicistas de cuidado. Em contraposição, alguns conceitos que configuram novas práticas ganham espaço, tais como: cuidado integral em saúde, humanização, hermenêutica, promoção da saúde, vulnerabilidade, vigilância em saúde, projeto de felicidade.

A literatura estudada e apresentada, parcialmente no primeiro capítulo deste trabalho, demonstra que os serviços e os profissionais de saúde não estão preparados, de forma geral, para o atendimento aos diversos tipos de violência. É possível afirmar que ainda há dificuldades em reconhecer a violência como um

problema de saúde; muitas vezes, os profissionais não percebem a violência sofrida por seus pacientes/usuários, não sabem agir ou se sentem impotentes diante das situações de violência; afora a violência física e sexual, que demandam cuidados com o corpo das vítimas, há dificuldade em reconhecer as demais violências e intervir.

Trago aqui conceitos e novas construções teóricas que autores da área de saúde (CZERESNIA, 2003; AYRES, 2004; 2007; MELO; 2005; 2010; DESLANDES, 2006) vêm trabalhando, a partir de diálogos com filósofos como Heidegger, Kant, Hegel, Marx, Foucault, Illich, Canguilhem, Habermas e educadores como Paulo Freire e Piaget, dentre outros pensadores, a fim de contribuir com as reflexões sobre as práticas de saúde no contexto da violência, de seu silêncio e busca de ajuda, que sinalizam com possibilidades de superação do desamparo.

Em 2002, quando o Relatório Mundial Sobre a Violência (OMS, 2002) foi publicado, a OMS afirmou ser inegável o caráter altamente preventivo da violência, mas reconheceu sua dificuldade: “Se a violência é altamente evitável, surge, então, a questão: por que não há mais esforços para evitá-la, especialmente, em nível nacional, provincial e estadual?” A resposta a essa indagação foi de que “faltava conhecimento”. Outros aspectos abordados pela OMS sobre essa questão foi que havia dificuldades por parte dos tomadores de decisão em reconhecer a violência como um problema de saúde pública.

De acordo com a OMS, a violência sempre foi vista como um problema criminal e a ideia de violência ligada à área da saúde era nova. Novas também eram as ideias de que a violência seria evitável e que era possível pensar em uma sociedade sem violência. O necessário enfrentamento da violência era dificultado pela pouca visibilidade dada a violência doméstica, naquela época, bem como pelo pensamento dominante de que a paz reinava, ou seja, era predominante. A ideia da efetividade da justiça criminal, a não percepção da extensão da violência e o fator emocional determinante da violência eram fatores desencorajadores de governos na adoção de outras práticas de enfrentamento. (OMS, 2002).

Entretanto, ao propor um modelo preventivo para a violência, a OMS (2002) seguiu o padrão usado em saúde pública para o controle de doenças como a prevenção primária, secundária e terciária. Ela adotou também o conceito de risco para proposição de ações preventivas e valeu-se do ‘termo’ vulnerabilidade, como sinônimo de ‘fragilidade e pobreza’ ao identificar os fatores ligados à pobreza como

determinantes da violência – vulnerabilidade como dupla violência - apontando que a negligência poderia decorrer deste fator:

o fato de a violência estar ligada à pobreza pode ser mais um motivo pelo qual os elaboradores de políticas e as autoridades governamentais negligenciaram, ao tratar da violência, as abordagens de saúde pública - abordagens que poderiam significar uma maior parcela de serviços e recursos direcionados a famílias e comunidades pobres - em prol do policiamento e das prisões. Tal negligência deve ser corrigida se quisermos evitar a violência. (p.243).

Interessante notar que o Relatório Mundial não abordou a temática em torno da promoção da saúde como possibilidade de enfrentamento da violência. O modelo de enfrentamento proposto nele foi o da doença e a do risco, sendo que ele não levou tal distinção entre promoção da saúde e prevenção da doença, abordada no campo da saúde pública. Porém, concluiu-se nele que “a violência impõe uma carga maior ao bem-estar” e que o “objetivo da saúde pública é criar comunidades seguras e saudáveis no mundo todo.” (p.19).

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências constante na Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, portanto, anterior ao relatório da OMS, passou a orientar o setor de saúde estabelecendo diretrizes e responsabilidades de medidas de promoção da saúde e de prevenção dos agravos denominados ‘causas externas’. Além disso, indicou a necessidade de garantir ações de assistência, recuperação e reabilitação. Posteriormente, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde constante na Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, veio contribuir para que as ações pudessem se constituir como estratégias que enfocassem os determinantes sociais da saúde, sendo que a violência é colocada como um desses determinantes. Nessa Portaria, foram destinados três eixos da política, para agravos relativos a causas externas como: álcool e drogas; acidentes de trânsito; prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz.

Muitas têm sido as razões associadas ao grande impacto da morbimortalidade decorrentes de violências e acidentes no Brasil, também, muitos são os avanços em medidas macroestruturais implementadas pelo governo brasileiro como resposta à violência.

Um estudo publicado na revista *The Lancet*, por Reichenheim *et al.* (2011), analisou os efeitos e o perfil das violências e dos acidentes no Brasil. Este estudo também apontou um conjunto de avanços na legislação brasileira, assim como

iniciativas governamentais para superação da violência no país: foram assinados tratados internacionais que possibilitaram avanços na legislação brasileira; foram implementados serviços e políticas relativos à: violência entre parceiros íntimos; maus tratos contra crianças e adolescentes; violência doméstica contra idosos; medidas ligadas ao trânsito; ao uso de álcool e drogas; ao desarmamento, bem como políticas de redução da pobreza, das desigualdades e do acesso à educação. Muitos desafios foram apontados e que não de ser superados. Porém, retorno a discussão no plano das relações de 'cuidado' e no cotidiano das ações e das práticas de saúde como possibilitadores de superação de silêncio e desamparo.

Não fazemos amor sozinhos, não brincamos sozinhos, não aprendemos sozinhos, não transformamos a natureza sozinhos, não existimos sozinhos, não praticamos a violência sozinhos, não alcançamos a paz sozinhos, não fazemos saúde sozinhos. Somos parte de um corpo social e estamos o tempo todo conectados e em relação de interdependência um ao outro. Toda interação humana é intermediada pela linguagem e a convivência pacífica entre sujeitos, depende do respeito à identidade e à subjetividade entre os que interagem, assim como da garantia da fala e do diálogo. Na contramão da consciência de que somos parte de um corpo social e que os demais membros deste corpo deveriam se relacionar em condições de igualdade e de cooperação assistimos a uma sociedade que cresce de forma individualista, pouco altruísta, em que a competitividade, o consumo, a impessoalidade, a 'virtualidade', o tecnicismo, a globalização e a 'descartabilidade' - dos objetos, do conhecimento e das pessoas - vêm determinando o nosso jeito de ser, de viver e de 'cuidar'.

Violência e desamparo se constituem nas relações que perderam sua reciprocidade intersubjetiva e sua superação depende de transformações nessas relações. No Núcleo de Promoção da Saúde e Paz da Faculdade de Medicina da UFMG, Melo (2005) propõe uma análise da violência e das práticas de saúde para o seu enfrentamento a partir da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Tal teoria propõe que o paradigma que pauta as relações no mundo não pode ser o de sujeito-objeto, mas sim de intersubjetividades: sujeito-sujeito. A ação comunicativa é uma ação coletiva, portanto, entre sujeitos, mediada exclusivamente pelo entendimento linguístico, que sendo acordo mediado pela força das razões, é isento de dominação e, ao mediar ações - linguagem como práxis, fala - é capaz de modificar o mundo. O entendimento linguístico e a interação que ele media - ação comunicativa - mantêm

a “coesão e a durabilidade do tecido social”. Num contexto cultural, a ação comunicativa é capaz – e só ela é capaz - de reproduzir e renovar a cultura, em que os sujeitos são produzidos e produzem os contextos sociais (MELO, 2005).

Trazendo a postulação de Habermas, a autora esclarece que a ordem social pode ser garantida pela coesão produzida pela “ação comunicativa,” gerada, portanto, segundo a autonomia dos participantes, ou pela pretensão de autoridade inerente a instituições arcaicas onde as relações se sustentam na dicotomia atração/medo, e conseqüentemente não democrática, impositiva. Sendo as sociedades modernas bastante complexas nas suas organizações e no seu cotidiano, há importantes déficits de integração.

Nas sociedades de capitalismo tardio, porém, o “mundo da vida”, *lócus* da ação comunicativa, onde sujeitos interagem de modo a encontrar entendimento e produzir a cultura, é colonizado por um “sistema”, advindo da economia e do Estado, onde a linguagem não é mediadora de entendimento e de solidariedade, mas onde a mercantilização, o poder, o dinheiro e a coerção circulam e impedem o compartilhamento e a troca de conhecimentos (Melo, 2005)

Pensar a saúde como um direito social implica necessariamente pensar em princípios democráticos que seriam, segundo a teoria da ação comunicativa, implícitos a todos os direitos sociais. Princípios de “participação livre e igual de todos os envolvidos”, garantida a condição essencial de autonomia entre os sujeitos. Caso contrário, deixa de ser um direito e passa a ser algo imperativo e impositivo. Sendo assim, destaca que, tanto quanto os conhecimentos técnico-científicos, a democracia é importante – e na mesma medida - para a constituição do campo da saúde (MELO, 2005)

Reconhecendo a importância de toda crítica colocada por essas teorias, Melo (2005) ressalta que a saúde é necessidade incontestável e legítima de todos os seres humanos e em seu nome se deve superar a crítica que paralisa o que unicamente poderia ser feito pela concepção da saúde como direito dos cidadãos, por eles conquistados a partir do exercício da sua práxis de autonomia, em que todos os participantes são autores das ações implementadas e os laços de solidariedade são capazes de se contrapor à colonização do mundo da vida (MELO, 2005, 2010). Destaca-se ainda que o campo de ‘promoção da saúde’ é aquele que, por excelência, se constitui incondicionalmente dentro desse modelo de democracia,

exigindo relações de intersubjetividade e a associação da autonomia ao direito à saúde.

Desse arcabouço teórico, a autora busca os elementos para a explicação da violência, especificamente, da tese da colonização do mundo da vida, que suprime a ação comunicativa por substituir o entendimento linguístico pelos meios sistêmicos de poder e dinheiro. Do mesmo modo e, conseqüentemente, o enfrentamento da violência apontado por ela viria da mesma fonte e se constituiria da descompressão da ação comunicativa.

Se a violência pode ser definida como perda de reconhecimento pelo outro, mediante uso do poder, da força física ou de qualquer outra forma de coerção (ZALUAR, 2001), então, para nós, combatê-la é antes de tudo, recuperar em cada espaço, no cotidiano, essa competência de falar e agir que nos dá a todos a condição de sujeitos – é explorar ao máximo as potencialidades interativas e criadoras da fala – no sentido do uso da linguagem como práxis social (MELO, 2005, p. 176).

Interessante notar que é no campo da “promoção da saúde” que Melo (2005) aponta as possibilidades de superação da violência por meio das interações coordenadas pela linguagem no seu uso cotidiano, isto é, o entendimento linguístico. Faço esse contraponto porque - quando procuro estudar se a pessoa procurou ajuda, onde a procurou, se acredita na prevenção da violência, se acreditar na prevenção da violência, está associado a procurar ajuda e, sobre quais as práticas de saúde que estão disponíveis para a população no contexto da violência - é preciso ter clareza quanto a diferenciação entre a prevenção e a promoção nesse contexto.

Prevenção das doenças e promoção da saúde não são a mesma coisa. Existe uma confusão entre os dois conceitos, decorrente da realização de atividades de prevenção focadas em mudanças dos comportamentos individuais e na redução de fatores de risco para determinadas doenças descritas em programas que levam o nome de promoção da saúde (BUSS, 2003, p. 34).

Há que se diferenciar os conceitos. O conceito de Promoção da Saúde surgiu no Canadá, nos Estados Unidos e em países da Europa Central. Nasceu do conceito de campo da saúde no Informe Lalonde (1974) e dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Posteriormente, teve importância na Declaração de Alma Ata (1978) e o debate sobre o tema foi demarcado e intensificado nas Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde: Ottawa (1986), Adelaide

(1988) e Sundsväl (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005) e Nairóbi (2009), segundo Ayres, Paiva, França Júnior (2012).

Segundo Buss (2003) promoção da saúde é uma “reação à medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde”. Citando a Carta de Ottawa (1986), o autor esclarece que um conjunto importante de valores foi associado ao conceito de promoção: “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento”. A valorização do conhecimento popular e da participação social são aspectos essenciais para se fazer promoção de saúde, de acordo com a Carta. Cada conferência traz um enfoque e amplia as bases conceituais propostas por Otawa, porém cabe dizer que os objetivos da prevenção das doenças são diferentes da promoção da saúde.

De acordo com Buss (2003), o objetivo da prevenção é evitar a doença e para isso ações de detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco são a base para proposição de mudanças de comportamentos individuais. As doenças, suas causas, consequências e tratamentos são a base da clínica e da medicina preventiva, que se divide em prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, evitar a doença, curar o doente ou controlar a duração da doença, mitigar os efeitos ou complicações. “Neste contexto, saúde tem sido entendida, centralmente como ausência de doença” (BUSS, 2003, p.34).

Czeresnia (2003) numa referência a Canguilhem (1978) relata que ao considerar a doença depositada no corpo desconsideram-se todas as demais relações que “constituem o significado da vida” e “o conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecer concreto, mas principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como sendo capazes de responder à sua totalidade”. Portanto, a prevenção, ao focar a doença, considera o discurso científico epidemiológico moderno, estruturando-se em “recomendações normativas de mudanças de hábitos” (CZERESNIA, 2003, p. 41).

Promoção da saúde tem outro significado, não é o significado de ‘evitar’ como na prevenção, mas ‘impulsionar’, ‘gerar’:

partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução. (BUSS, 2000a:165 *apud* BUSS, 2003, p.15).

Prevenção e promoção não de se articular no campo da saúde e da violência, porém, Czeresnia (2003) chama atenção para uma “radical” e ao mesmo tempo “pequena” diferença entre os dois conceitos. “Radical” porque somente com uma transformação na concepção de mundo pode-se proporcionar as mudanças necessárias na operacionalização das práticas de saúde no campo da promoção da saúde. Promover saúde é tão amplo como promover a vida, o que envolve múltiplas dimensões de âmbito das ações de Estado e, ao mesmo tempo, a “singularidade e autonomia de sujeitos”. E “pequena diferença” porque tanto as práticas de promoção quanto as de prevenção valem-se do conhecimento científico:

Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito (CZERESNIA, 2003, p.47).

Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade é um conceito importante, que tem trazido uma mudança de paradigma para o campo das práticas de saúde e é útil para pensar tais práticas no contexto da violência. Originário do campo dos Direitos Universais do Homem, segundo os estudos de Ayres (2003, p.118), “o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania”.

O autor esclarece que o conceito é antigo, porém, seu uso no campo da saúde é recente. Numa tentativa de ampliação do conceito epidemiológico de risco, em função de suas limitações para conter a epidemia de AIDS no mundo na década de 90, o termo vulnerabilidade ganhou expressão na área da saúde por meio do livro *Aids in the Word*, dos autores - Mann *et al.* - da Escola de Saúde Pública de Harvard.

Ressalto que em 1978, a Declaração de Alma Ata já enfatizava a interferência das desigualdades sociais nas políticas de saúde, porém, o termo “vulnerabilidade” não foi utilizado. Ele se constituiu como um modelo de resposta superior ao modelo de estratégias individuais de redução de risco.

Vale recordar que no início da epidemia de AIDS, os conceitos de “grupo de risco” e “comportamento de risco” contribuíram para a formulação de políticas de saúde com foco na prevenção individual, que se demonstraram equivocadas e terminaram por contribuir com a propagação da epidemia, com o preconceito e discriminação das pessoas.

O entendimento de que mudanças no “comportamento de risco” não dependiam única e exclusivamente da vontade e do esforço das pessoas, fez com que o modelo de vulnerabilidade, viesse abarcar as análises, a fim de contribuir para a transformação de condições que favoreciam a doença, possibilitando assim uma nova e ampliada leitura do problema e uma nova forma de agir, com vantagens sobre os demais modelos.

Estudos recentes têm associado o conceito de vulnerabilidade ao campo dos Direitos Humanos e “designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção” (AYRES, CALAZANS, SALLETI FILHO, FRANÇA JÚNIOR, 2006a; AYRES *et al.*, 2006b; MANN; TARANTOLA, 1996; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992; apud AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, p.78).

Interessa notar que o conceito de vulnerabilidade está alinhado com os conceitos advindos do campo da Promoção da Saúde, pois considera um conjunto de fatores de natureza cultural, política, social e intersubjetiva que contribuem para o processo saúde-doença (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p. 81). O quadro dos direitos humanos e suas violações passam a ser importante na medida em que, contribuem para identificar situações potenciais de vulnerabilidade (p.82).

As mais recentes orientações sobre a utilização do conceito de vulnerabilidade e direitos humanos no campo da saúde indicam que sua análise dever ser feita a partir de três dimensões, consideradas inseparáveis e aplicadas à “dinâmica da vida cotidiana e de sua organização”: a individual, a social e a programática. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p. 87).

A dimensão individual da vulnerabilidade considera o indivíduo como “*intersubjetividade* e ativo construtor”, sujeito-cidadão, possuidor de valores, crenças, desejos (ambos, muitas vezes conflitantes); que tem uma trajetória pessoal e recursos pessoais como: nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação e relações de diversas naturezas (familiares, de amizade, afetivo-sexuais, profissionais, de apoio social); que agem dinamicamente nas “cenas da vida cotidiana”. Porém, há contextos e aspectos da vida social que conformam as vulnerabilidades individuais e, por isso, há a necessidade de integrar a **dimensão social de vulnerabilidade**. Tal dimensão considera as relações econômicas, de gênero, raciais, geracionais, “crenças religiosas e a religiosidade viva, a pobreza, a

exclusão social ou os modos de inclusão que mantém a desigualdade.” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p. 87).

E por fim, a **dimensão programática da vulnerabilidade** vai permitir avaliar como atuam as instituições e as políticas de saúde, a educação, o bem-estar social, a justiça e a cultura, no sentido de reduzir, reproduzir ou aumentar as “condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p. 87).

Por fim, cabe destacar que a ideia é de não trabalhar com generalização e sim particularidades, com cotidianos, lembrando novamente que o “indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo construtor, e não apenas resultado (efeito) das relações sociais”. Considera-se que além dos marcos normativos, do entendimento da cultura, das instituições, importa sim, “apreender o a dinâmica da vida cotidiana e de sua organização social”. Portanto, a qualidade e a viabilidade do processo de redução das vulnerabilidades dependem da “sinergia das três inextrincáveis dimensões da vulnerabilidade [...] dinâmica que precisa ser considerada para tornar os conceitos da prevenção e da promoção da saúde mais realistas, pragmáticos e eticamente orientados.” (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012, p.84).

A vida se realiza num campo de complexidades para além do positivismo e do discurso científico da razão. A formação eminentemente científica nas graduações das ciências da saúde não prepara os alunos para uma concepção de mundo ampla e integrada. O cientificismo deixou de lado os discursos da arte, da filosofia, da literatura que ampliam a percepção e os sentidos na apreensão da realidade. Assim, autores como Melo (2010), Ayres (2004, 2007), Czeresnia (2003), dentre outros, vêm propondo novas práticas de saúde, baseadas na intersubjetividade, na promoção da saúde, na vulnerabilidade, na humanização e nos projetos de felicidade, que não excluem o discurso científico, mas tampouco, reduzem saúde a ele, incluindo, com *status* análogo, os demais discursos, de forma a ampliar as possibilidades de atuação das práticas de saúde:

[...] quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, quanto mais se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos (AYRES, 2007, p.53)

Ayres (2004) propõe integrar aos aspectos técnicos do atendimento, os aspectos humanísticos da atenção à saúde, fazendo da relação terapêutica uma relação de Cuidado. Enquanto conceito ontológico tomado de Heidegger e que expressa um modo de “*ser no mundo*,” do qual deduz uma proposta de prática interessada na existência do humano:

adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (p.22)

Na lógica de que a relação de Cuidado se dá entre sujeitos, atrelado à noção de humanização, inclui a questão da felicidade como projeto existencial, e da democracia, ambas apontando para a ética do bem comum:

É preciso, porém, assumir a noção de “projeto de felicidade” como uma construção de caráter “contrafático” (Habermas, 1990), isto é, como uma ideia ética e norteadora, mas construída com base na percepção do valor de determinadas concepções ou práticas a partir do momento, e na exata medida, em que estas são sugeridas, porque negadas, por alguma experiência concreta, historicamente dada. (AYRES, 2006).

Contrafática tem, portanto, o sentido de contradizer qualquer definição de felicidade *a priori*, ou seja, fundamentalista, no sentido de não ser nem “objetiva e universal”, nem “idealista e abstrata”, a felicidade aqui se dá como construção, como projeto, como uma “experiência de caráter singular e pessoal”. (AYRES, 2006)

A paz é muito mais do que a ausência de violência, assim como a saúde é muito mais do que a ausência de doença. Há que se considerar que é possível estabelecer a promoção de uma cultura de paz como ações claras e bem delimitadas, construídas democraticamente. As reflexões que a literatura apresenta de forma abundante sobre os conceitos de saúde e doença, suas limitações, as consequências na prática e no cotidiano das instituições de saúde e das ações dos profissionais, podem ser transpostas para o campo das violências, respeitada as particularidades.

Muitos silêncios têm sido quebrados e muitos amparos têm sido proporcionados em experiências relatadas por projetos de prevenção da violência e promoção de uma cultura de paz, elaboradas a partir de novas práticas de saúde (MELO, 2010; DESLANDES, 2006; FELIZARDO JUNIOR; UDE, 2009; GOMES *et al.*, 2010). Porém, na medida da existência de violência, silêncio e desamparo, há que se buscar incessantemente o desenvolvimento de “projetos e propostas como

iniciadores ou estimuladores de processos interativos mediados pela linguagem, articulando com outros e mais outros, indefinidamente, formando redes fundadas na solidariedade” (MELO, 2010, p.22) para influenciar e promover as mudanças necessárias.

3 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da não procura por ajuda (silêncio) por vítimas de violência e analisar os fatores associados.

3.1 Objetivos específicos

- Avaliar se o perfil sociodemográfico das pessoas que afirmaram sofrer violência e sua atitude frente a ela: busca de ajuda ou silêncio.
- Analisar fatores associados à busca ou não de ajuda frente à violência sofrida.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho

Este trabalho se insere dentro do Projeto de Pesquisa intitulado “SAUVI- Saúde e Violência: Subsídios para Formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência,” que consiste de inquérito domiciliar realizado em Betim e Belo Horizonte, em 2014 e 2015, e tem por objetivo estudar o perfil da violência e os fatores associados, entre diferentes grupos populacionais dos municípios envolvidos.

A revisão de literatura para este recorte foi realizada em periódicos indexados nas principais bases de dados de pesquisa em Saúde, gerenciadas pelo Portal CAPES e pela BVS (biblioteca virtual em saúde). Os descritores ou palavras chaves que orientaram a busca foram: Violence, Silence, Coping Strategies, Inertia, Health Surveys, Health Legislation, Utilizou-se também a pesquisa em livros e autores consagrados da literatura nacional em saúde pública e a legislação do SUS.

O tema selecionado foi o silêncio após a vivência de violência nos 12 meses anteriores à pesquisa, e identificado a partir de variáveis específicas selecionadas dentre as centenas de possibilidades de investigação proporcionadas pelo Inquérito.

4.2 Local

O presente estudo é um recorte da pesquisa SAUVI, referente aos dados da cidade de Betim, cidade da região metropolitana de Belo Horizonte, polo industrial, com uma área territorial de 343.736 km² e uma população de 378.089 habitantes, segundo o Censo de 2010. Possui densidade demográfica de 1.102,80 hab/Km² e um IDHM (2010) de 0,749. Segundo a distribuição por sexo, Betim apresentou 49,7% de habitantes do sexo masculino e 51,7% de habitantes do sexo feminino. A renda média per capita dos domicílios na região urbana foi de R\$510,00 reais. Quanto à distribuição das pessoas que se declararam religiosas: 58,1% se dizem católica, 40,8% evangélica e 1,1% espírita (IBGE, 2016).

De acordo com os dados do Índice Mineiro de Responsabilidade Social, da Fundação João Pinheiro, em 2010, Betim possuía uma taxa de analfabetismo para a população com 25 anos ou mais de 6,8%, sendo que a do Estado de Minas Gerais foi de 10,36% para o mesmo período. Quanto à escolaridade observou-se, para o mesmo ano e faixa etária, que 53,0% das pessoas haviam completado o ensino fundamental e 34,95% o ensino médio. A taxa média de homicídios intencionais foi de 49,07 por 100.000 habitantes no período de 2012 a 2014. Ainda de acordo com o IMRS, a participação do gasto com segurança pública no orçamento municipal, entre 2000 e 2013, passou de 0,10% para 0,00% (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2016).

4.3 Amostragem

Consideraram-se, como população alvo, todas as pessoas com 20 ou mais anos de idade residentes nos domicílios particulares permanentes e localizados em setores censitários urbanos no município de Betim. Utilizou-se amostragem estratificada por conglomerados em vários estágios, sendo o primeiro para selecionar os setores censitários por meio da amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) do número de domicílios no setor; o segundo para selecionar os domicílios por meio da amostragem sistemática e o terceiro para selecionar a pessoa que responderá o questionário.

A unidade amostral primária foi o setor censitário, a secundária o domicílio e a terciária a pessoa que responderá o questionário. A seleção das pessoas dentro dos domicílios levou em conta a homogeneidade entre sexo e idade dentro da amostra, e se baseou nas Tabelas de Kish (1965). O sistema de referência adotado foi a listagem e os mapas dos setores censitários do Censo de 2010. (SAUVI, 2014). A amostra foi calculada com margem de erro máxima em 1,9% para a proporção de violência nos municípios e grau de confiança de 95%.

4.4 Instrumentos

O instrumento utilizado para a pesquisa SAUVI era composto de um questionário geral (ANEXO II), composto de 563 questões, organizadas em 11

blocos temáticos: condições sócio-demográficas, saúde, trabalho, ambiência, ambiente, comportamentos, violência doméstica, violência no trânsito, violência institucional, violência comunitária, violência urbana e violência autoinfligida. Em cada casa foi entrevistado um adulto, escolhido, por meio da Tabela de Kish, entre homens e mulheres de 20 anos ou mais, moradores do domicílio. Para homens e mulheres com idade maior ou igual há 60 anos, foi acrescentado um bloco específico para idosos. Em domicílios onde havia adolescente, ele foi convidado a preencher um questionário, autoaplicável, especificamente, elaborado para essa faixa etária.

O questionário foi elaborado por professores e mestrandos do Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, como atividade de disciplina ofertada em dois semestres consecutivos, a partir da literatura sobre o tema e da adaptação de questionários, de uso público, já testados, como os utilizados pelo Ministério da Saúde, na Pesquisa Nacional de Saúde e pela OMS, para pesquisa sobre violência contra mulher. A primeira versão foi enviada para vários pesquisadores sobre o tema, solicitando que eles classificassem cada pergunta em: muito relevante, relevante, pouco relevante e irrelevante. Também foi solicitado a eles que fizessem as sugestões que julgassem importantes.

Foram mantidas as perguntas avaliadas como muito relevantes e relevantes, por, no mínimo, 80% dos pesquisadores. Foram incorporadas as sugestões retornadas desde que não contraditórias. Neste caso, elas eram enviadas a todos novamente, para que se fizesse a definição final. O modelo assim construído foi, posteriormente, submetido a três rodadas de teste, sendo entrevistadas, em cada rodada, aproximadamente, 30 pessoas, escolhidas aleatoriamente, no catálogo telefônico, para facilitar a marcação da entrevista.

4.5 Procedimentos

O trabalho de campo foi precedido de extensa preparação que incluiu a elaboração de manual detalhado sobre a pesquisa, o treinamento dos entrevistadores e a constituição de equipes por entrevistadores, mestrando e supervisor, responsáveis por regiões específicas dos municípios. Foi realizada também intensa campanha junto à mídia – redes de televisão Globo, Band, SBT,

Record, Rede Minas, TV UFMG e TV Assembleia Legislativa; jornais e emissoras de rádio dos dois municípios; jornal do ônibus – e junto a instituições de amplo contato com a população, como serviços de saúde e igrejas. Além desses meios de divulgação, foi feito um site para a pesquisa na página da Faculdade de Medicina da UFMG. Também foram utilizados outros instrumentos no sentido de facilitar a disposição dos moradores dos domicílios sorteados, em responderem: envio de carta da UFMG aos domicílios selecionados, avisando sobre a pesquisa e sobre a seleção daquele domicílio; uso de crachás e uniformes; telefone exclusivo da pesquisa; possibilidade de checar a identidade do entrevistador, no momento de sua chegada ao município. As entrevistas foram realizadas entre os meses de julho e novembro de 2014, no município de Betim.

As respostas dos questionários foram transportadas para planilhas, por uma equipe permanente, que dirimia, coletivamente, as dúvidas encontradas. Depois disso, foram digitadas, todas elas, por um único profissional. Utilizou-se o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS). Em seguida, dois outros profissionais fizeram a conferência de todo o banco, questionário por questionário.

Os dados deste recorte foram analisados à partir deste mesmo software e os mapas foram construídos por meio do programa *R Core Team – R* (2015).

4.6 Variáveis do Estudo

As variáveis selecionadas para este recorte foram as que possibilitaram a investigação das atitudes frente a situações de violência, ou seja, o silêncio ou a busca de ajuda, além das características sociodemográficas. Foram selecionadas as seguintes variáveis do questionário geral do adulto (ANEXO III): tipo de violência sofrida (questões 399 à 405), local de ocorrência da violência (questões 406 à 411), busca de ajuda (questões 480 à 489), pertencimento a um grupo social (questões 545 à 557) e opinião sobre acreditar na prevenção da violência (questão 537). As variáveis estudadas correspondem às informações prestadas pelas pessoas que afirmaram ter sofrido pelo menos algum tipo de violência nos últimos 12 meses anteriores à data de aplicação do questionário (julho a novembro de 2014). O silêncio e a atitude de procurar de ajuda foram analisados a partir desse grupo.

4.7 Análises

Foi feita análise descritiva com distribuição de frequência simples e cruzada das variáveis estudadas. Também foram construídos 2 indicadores, a saber, um indicador de violência no adulto (IVA) e um Indicador de silêncio no adulto (ISA), com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas referentes à violência e ao silêncio e os graus em que se manifestam (WITTKOWSKI *et al.*, 2004). O Quadro 1 mostra as variáveis utilizadas na composição dos dois indicadores. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram codificadas atribuindo-se (-1) para resposta sim e (1) para resposta não. Os indicadores assim compostos foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1. É importante notar que quanto mais próximo de um for esses indicadores padronizados, maiores serão os indicativos, segundo a opinião do entrevistado, de mais violência e de mais silêncio, respectivamente. Por fim, foi realizada análise de correspondência, buscando verificar a associação entre a existência de violência e a busca ou não de ajuda.

Quadro 1: Composição dos indicadores a partir das variáveis.

Indicador	Variáveis (X_i)	
Violência	1	Física
	2	Verbal
	3	Moral/Psicológica
	4	Sexual
	5	Discriminação por racismo
	6	Falta de acesso aos direitos sociais
	7	Falta de cuidados necessários
Silêncio (Não procurou ajuda em...)	8	Serviços de saúde
	9	Escolas
	10	Delegacia
	11	Igreja
	12	Conselho Tutelar

13	Juizado
14	Associação em geral
15	Amigos
16	Família
17	Outros

Fonte: SAUVI, 2015.

As expressões para o cálculo desses indicadores são apresentadas abaixo.

A) Indicador de violência contra o adulto (IVA):

$$IVA = \sum_{i=1}^7 X_i \quad (1)$$

B) Indicador de silêncio no adulto (ISA):

$$ISA = \sum_{i=8}^{17} X_i \quad (2)$$

Esses indicadores foram padronizados para que assumissem valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte

$$I_{pad}_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)} \quad (3)$$

Também foram classificados nos níveis baixo, médio e alto, em que o nível baixo representa os 33,3% dos entrevistados vítimas de violência com menor indicativo de silêncio (procurou mais ajuda); o nível alto representa os 33,3% dos entrevistados vítimas de violência com maior indicativo de silêncio; enquanto que os 33,3% dos intermediários representam os entrevistados classificados em médio silêncio.

A Análise de correspondência (AC) é uma técnica multivariada de análise exploratória de dados. Esta técnica é adequada para analisar tabelas de contingência com duas ou mais entradas, levando em conta algumas medidas de correspondência entre linhas e colunas. Basicamente, a AC converte uma matriz de dados não negativos em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão

reduzida através de um gráfico de pontos. Essa análise baseia-se em uma média ponderada entre as distâncias dos pontos até os perfis médios de linhas e de colunas, representada pela inércia. A inércia será alta quando os perfis linha tiverem grandes desvios de sua média e será baixa quando tiverem pequenos desvios. Quando a inércia é baixa o perfil linha está mais próximo do perfil médio o que mostra que há baixa associação entre linha e coluna, quando a inércia é alta o perfil linha fica mais afastado do perfil médio e assim há maior correlação entre linha e coluna (GREENACRE, 2007).

Mais detalhes sobre a teoria e aplicações da AC podem ser obtidos em Greenacre (1984, 2007).

4.8 Aspectos Éticos

A pesquisa SAUVI, que deu origem a esta Dissertação, foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG, sob o número CAAE - 02235212.2.0000.5149 (ANEXO I). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informados sobre os objetivos e benefícios da pesquisa, bem como da garantia da confidencialidade das informações prestadas.

O Inquérito SAUVI foi financiado pelo Ministério da Saúde, através do Núcleo de Promoção da Saúde e Paz da UFMG e contou com recurso financeiro dos Fundos Municipais de Saúde dos municípios de Betim e de Belo Horizonte, bem como do apoio logístico e da divulgação.

5 RESULTADOS

Foram realizadas 1.129 entrevistas com pessoas acima dos 20 anos de idade, sendo uma em cada domicílio sorteado.

A distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas entre as pessoas que afirmaram ter sofrido algum tipo de violência, e permaneceram em silêncio ou procuraram ajuda pode ser observada na Tabela 1. A violência sofrida foi relatada por 15,1% (n=171) dos entrevistados.

Dentre os entrevistados que relataram terem sofrido violência 67,3% eram mulheres, enquanto 32,7% eram homens. A distribuição entre as duas faixas etárias mais jovens de 20 a 29 anos (25,7%) e 30 a 39 anos (27,5%) correspondeu à mais de 50% das pessoas. Observou-se a diminuição da frequência, conforme aumentou a faixa etária. Quanto à escolaridade, sem ensino fundamental (25,1%), ensino fundamental (26,9%) e ensino médio (38%) somaram 90%. As variáveis estado civil e cor/raça foram agrupadas: 52% eram casados e com união estável enquanto que 48% solteiros/viúvos/separados/divorciados; 28,1% dos que sofreram violência afirmaram ser da cor branca/amarela e 71,9% negra/parda/indígena. No que se refere à religião, a maior proporção (77,2%) ocorreu entre os praticantes de religião e com relação à renda entre os que afirmaram receberem entre 1 e 3 salários mínimos (49,7%) e até 1 salário mínimo (24%) (Tabela 1).

Ainda é possível analisar sobre o silêncio e a procura de ajuda. Identificou-se que as pessoas têm procurado ajuda após sofrerem violência (66,7%), mas existe o silêncio (12,3%) e merece uma avaliação cuidadosa. Como relatado na metodologia, convencionou-se chamar de silêncio, a não procura de ajuda. Interessa notar que, para as variáveis sociodemográficas, a frequência de não respondeu (em branco) entre os que afirmaram terem sofrido violência foi quase que inexistente, ocorrendo somente para escolaridade (1,2%) e religião (1,7%). Diferente foi o que ocorreu com a investigação de silêncio e busca de ajuda, onde as proporções de pessoas que não responderam foi mais frequente (21,1%).

Entre os entrevistados que não procuraram ajuda (silêncio) 12,5% eram de homens e 12,2% de mulheres. A faixa etária em que o silêncio foi mais prevalente foi de 20 a 29 anos (15,9%), seguida de 40 a 49 anos (14,7%). Com exceção dos pós-graduados, em todos os níveis de escolaridade observou-se silêncio. Casados/união estável (13,5%), da cor/raça branca/amarela (16,7%), praticantes de religião (12,9%)

e com renda entre 1 e 3 salários mínimos (15,3%) apresentaram maior frequência de não procura de ajuda. O teste de *Bonferroni* mostrou que não houve diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas tanto para os que afirmaram ter sofrido violência quanto para os que procuraram ou não ajuda (Tabela 1).

Tabela 1: Violência, procura de ajuda e variáveis sociodemográficas. Betim, 2015

Variáveis sociodemográficas	Sofreu violência		Procurou ajuda?						Valor-p
			Não		Sim		Não respondeu		
			n	%	n	%	n	%	
Sexo									1,0000
Homem	56	32,7	7	12,5	36	64,3	13	23,2	
Mulher	115	67,3	14	12,2	78	67,8	23	20	
Idade									0,8357
20 |---- 29	44	25,7	7	15,9	24	54,5	13	29,5	
30 |---- 39	47	27,5	4	8,5	33	70,2	10	21,3	
40 |---- 49	34	19,9	5	14,7	24	70,6	5	14,7	
50 |---- 59	29	17	3	10,3	20	69	6	20,7	
60 ou +	17	9,9	2	11,8	13	76,5	2	11,8	
Escolaridade									0,9007
Sem Ensino Fundamental	43	25,1	6	14	29	67,4	8	18,6	
Ensino Fundamental	46	26,9	5	10,9	31	67,4	10	21,7	
Ensino Médio	65	38	9	13,8	40	61,5	16	24,6	
Ensino Superior	8	4,7	1	12,5	7	87,5	0	0	
Pós-graduação	7	4,1	0	0	7	100	0	0	
Não respondeu	2	1,2	0	0	0	0	2	100	
Estado civil									0,7903
Casado/União estável	89	52,0	12	13,5	56	62,9	21	23,6	
Solteiro/Viúvo/Separado/Div	82	48,0	9	11,0	58	70,7	15	18,3	
Cor/Raça									0,4052
Branca/Amarela	48	28,1	8	16,7	35	72,9	5	10,4	
Negra/Parda/Indígena	123	71,9	13	10,6	79	64,2	31	25,2	
Religião									0,7751
Sim	132	77,2	17	12,9	92	69,7	23	17,4	
Não	36	21,1	4	11,1	21	58,3	11	30,6	
Não respondeu	3	1,8	0	0	1	33,3	2	66,7	
Renda (em S. M. = R\$ 724,00)									0,5317
Sem renda	33	19,3	2	6,1	20	60,6	11	33,3	
Até 1	41	24	5	12,2	30	73,2	6	14,6	
Entre 1 e 3	85	49,7	13	15,3	55	64,7	17	20	
Entre 3 e 5	7	4,1	0	0	5	71,4	2	28,6	
Mais de 5	5	2,9	1	20	4	80	0	0	
Total	171	100	21	12,3	114	66,7	36	21,1	

Fonte: SAUVI, 2015.

Legenda: S.M.= salário mínimo.

Todos os tipos de violência foram identificados pelo SAUVI, e em todos os tipos foi possível identificar silêncio (Tabela 2), no entanto, a proporção de silêncio nos diversos tipos de violência foram estatisticamente iguais (valor $p = 0,9377$). Quanto aos tipos de violência sofrida segundo o relato dos entrevistados houve maior proporção de violência verbal (32,3%), moral/psicológica (21,7%) e menor frequência de violência física (8,7%), sexual (2,5%) e racismo (5,9%), além da falta de acesso a direitos sociais (15,5%) e falta cuidados necessários (13,4%). No entanto, quando se analisa o silêncio observa-se uma distribuição mais homogênea entre elas. Pessoas que relataram violência sexual foram as que apresentaram maior percentual de busca de ajuda 87,5%, sendo que neste caso, mesmo observando a ocorrência de silêncio (12,5%), não houve respostas em branco (não respondeu).

Tabela 2: Tipos de violência segundo a procura de ajuda. Betim, 2015

Tipos de violência*	Sofreu Violência		Procurou ajuda?					
			Não		Sim		Não respondeu	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Física	28	8,7	4	14,3	21	75,0	3	10,7
Verbal	104	32,3	15	14,4	73	70,2	16	15,4
Moral/Psicológica	70	21,7	8	11,4	53	75,7	9	12,9
Sexual	8	2,5	1	12,5	7	87,5	0	0,0
Racismo	19	5,9	1	5,3	13	68,4	5	26,3
Falta de acesso a direitos sociais	50	15,5	5	10,0	32	64,0	13	26,0
Falta de cuidados necessários	43	13,4	6	14,0	25	58,1	12	27,9

*Teste Bonferroni apresentou valor $p = 0,9377$

Fonte: SAUVI, 2015.

A distribuição da violência e do silêncio frente a ela, segundo as variáveis locais de ocorrência da violência, participação em grupo e crença na prevenção da violência pode ser observada na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3: Sofreu violência e procura de ajuda segundo local de ocorrência, participação em algum grupo e acredita na prevenção da violência. Betim, 2015

Variáveis estudadas	Sofreu violência		Procurou ajuda?						Valor - p
			Não		Sim		Não respondeu		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Local que a violência ocorreu									0,0603
Domicílio	50	20,9	11	22	36	72	3	6	
Trabalho	50	20,9	5	10	36	72	9	18	
Estabelecimento público	61	25,5	5	8,2	42	68,9	14	23	
Rua/Clube/Bar/Academia/Outros	78	32,7	6	7,7	55	70,5	17	21,8	
Participa de algum grupo									0,7354
Entidades de caridade e ajuda social/Grupo de autoajuda/ONG	26	15,6	2	7,7	17	65,4	7	26,9	
Partido político/Grupo de jovens, grêmio/Associação de bairro/Grupos de esportes e artes	14	8,4	1	7,1	10	71,4	3	21,4	
Grupo religioso	77	46,1	8	10,4	55	71,4	14	18,2	
Redes sociais	42	25,1	6	14,3	29	69	7	16,7	
Gangues/Outros grupos	8	4,8	0	0	5	62,5	3	37,5	
Você acredita na prevenção da violência?									0,017
Sim	133	77,8	13	9,8	91	68,4	29	21,8	
Não	29	17	8	27,6	17	58,6	4	13,8	
Não sei	8	4,7	0	0	5	62,5	3	37,5	
Não respondeu	1	0,6	0	0	1	100	0	0	

Fonte: SAUVI, 2015.

A ocorrência de violência foi relatada em todos os locais pesquisados. Mais uma vez observou-se que as pessoas têm procurado ajuda, porém, o silêncio também foi frequente. A violência foi relatada no domicílio (20,9%), no trabalho (20,9%), nos estabelecimentos públicos (25,5%) e na rua/clube/bar/academia/outros (32,7%). A proporção de silêncio foi maior no domicílio (22%) e menor na rua (7,7%), mas não foi suficiente para indicar uma diferença estatisticamente significativa.

Sobre a participação em algum grupo social, observou-se que 46,1% das pessoas que afirmaram terem sofrido algum tipo de violência pertencem a algum grupo religioso; sendo que o silêncio neste grupo foi de 10,4%. 25,1% participam de rede social (virtual) e apresentam uma proporção de silêncio de 14,4%.

A maioria das pessoas relata acreditar na prevenção da violência (77,8%), porém, a prevalência de silêncio foi maior entre os que não acreditam na prevenção (27,6%). O teste estatístico (Bonferroni) apresentou diferença significativa para esta variável (valor $p = 0,017$).

A Figura 1 apresenta o mapa de correspondência entre os tipos de violência e o local em que se procurou ajuda.

Verifica-se que a dimensão 1 capturou 52% e a dimensão 2 capturou 42% da inércia, portanto, que 94% da variabilidade entre os níveis foi explicada nas duas dimensões. Para a interpretação da associação - entre os níveis dos perfis linha que são os tipos de violência: física (F), verbal (V), moral e psicológica (M/P), sexual (S), racismo (R), falta de acesso a direitos (FA) e falta de cuidado (FC), com os níveis dos perfis coluna que são os locais em que se procurou ajuda: serviços de saúde (SS), escola (Esc), delegacia (Deleg), Igreja, conselho tutelar (Constut), juizado (Juiz), Assoc, Amigos, Família, Outros (ANEXO III) - devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente aos tipos de violência, revela uma melhor representação do nível S (violência sexual) na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis são melhores representados na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 5, referente ao local que procurou ajuda, revela uma melhor representação dos níveis 'Esc' e 'Juiz' na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis são melhor interpretados na dimensão 1 (em negrito).

Verificou-se que há forte associação entre sofrer violência sexual e buscar ajuda na escola e no juizado. Há também forte associação entre sofrer violência física e moral/psicológica e buscar ajuda nas associações, na delegacia e nos serviços de saúde. Os demais tipos de violência estão fortemente associados aos

demais locais de busca de ajuda. Racismo, violência verbal, falta de acesso e falta de cuidados estão mais fortemente associados à busca de ajuda na igreja, entre os amigos, no conselho tutelar e na família.

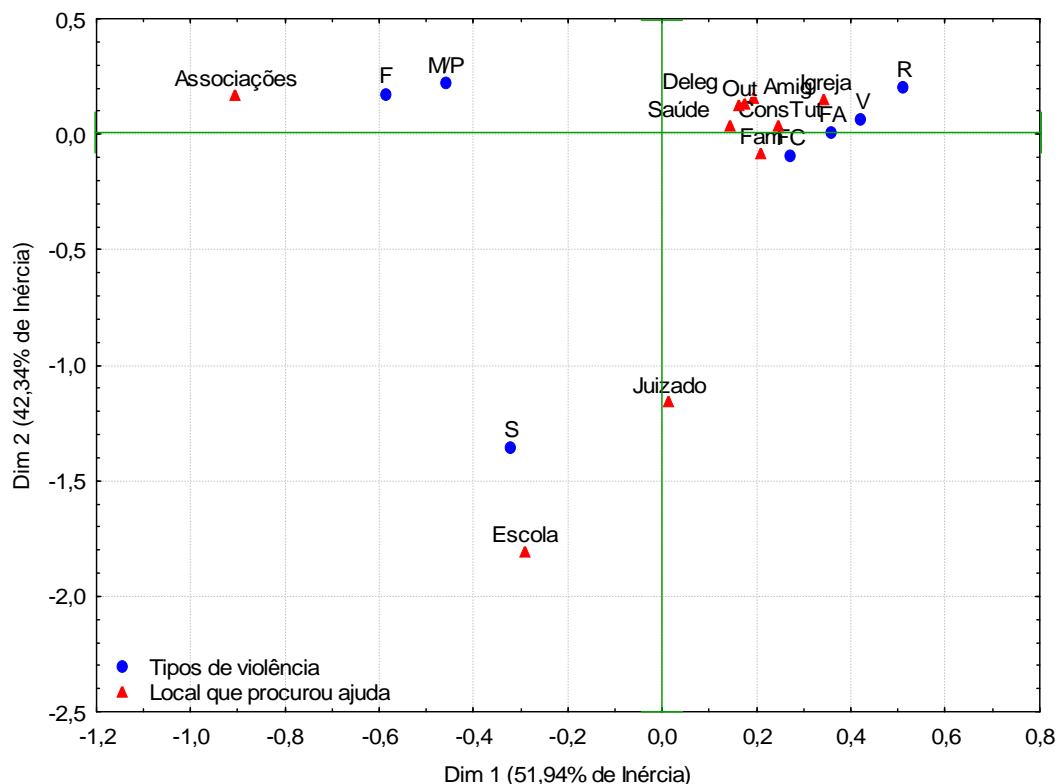


Figura 1: Mapa de correspondência entre os tipos de violência e o local que procurou ajuda. Betim, 2015.

Legenda: F= violência; V= verbal; M/P= moral e/ou psicológica; FC= falta de cuidados; FA= falta de acesso a direitos sociais; R=racismo; Fam= família; Out=outros.

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 4: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Tipos de violência). Betim, 2015.

Tipos de violência	Dim 1	Dim 2
F	0,831	0,075
V	0,926	0,021
M/P	0,786	0,189
S	0,053	0,945
R	0,605	0,095
FA	0,856	0,001

Tabela 5: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Local que procurou ajuda). Betim, 2015.

Sofreu violência. Procurou ajuda?	Dim 1	Dim 2
Saúde	0,324	0,016
Escola	0,025	0,970
Deleg	0,566	0,345
Igreja	0,654	0,121
ConsTut	0,351	0,006
Juizado	0,000	0,980

FC	0,679	0,081
----	--------------	-------

Fonte: SAUVI, 2015.

Associações	0,966	0,033
Amig	0,589	0,299
Fam	0,689	0,110
Out	0,322	0,171

Fonte: SAUVI, 2015.

A Figura 2 apresenta o mapa de correspondência entre o local que ocorreu a violência e o local que procurou ajuda. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Local que ocorreu a violência: Domicílio, Trabalho, Estabelecimento Público, Rua, Clube/Bar/Academia, Outros Lugares) e dos perfis coluna (Local que procurou ajuda: Serv. Saúde, Escola, Delegacia, Igreja, Cons.Tutelar, Juizado., Associação, Amigos, Família, Outros) devem ser analisadas as Tabelas 6 e 7. A Tabela 6, referente aos locais que ocorreram a violência, revela uma melhor representação dos níveis 'domicílio', 'trabalho' e 'rua' na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis são melhores representados na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 7, referente ao local que procurou ajuda, revela uma melhor representação dos níveis 'delegacia', 'família' e 'outros' na dimensão 2 (em negrito), enquanto todos os demais níveis dão uma contribuição maior se interpretados na dimensão 1 (em negrito).

Na Figura 2 a dimensão 1 representa 53% da variabilidade dos dados, enquanto a dimensão 2 representa 31%. As violências ocorridas no domicílio, na rua e no local de trabalho estão associadas mais fortemente à busca de ajuda na delegacia e na família. As violências ocorridas nos estabelecimentos públicos, em clube/bar/academia e outros locais estão mais fortemente associadas à busca de ajuda nos serviços de saúde, na igreja e no conselho tutelar. Violência ocorrida em outros locais está associada à busca de ajuda nas escolas e em associações.

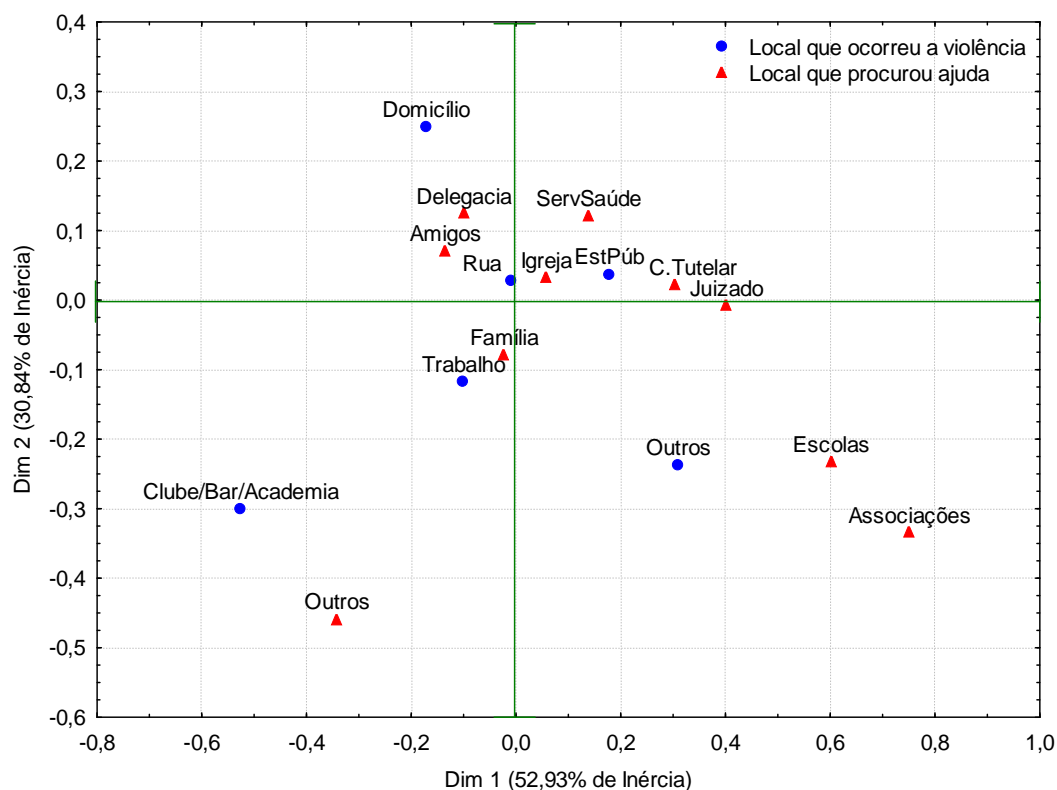


Figura 2: Mapa de correspondência entre o local que ocorreu a violência e o local que procurou ajuda. Betim, 2015.

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 6: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Local que ocorreu a violência). Betim, 2015.

Local que ocorreu a violência	Dim 1	Dim 2
Domicílio	0,306	0,642
Trabalho	0,343	0,477
Estab. Público	0,747	0,032
Rua	0,003	0,026
Clube/Bar/Academia	0,717	0,236
Outros Lugares	0,540	0,313

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 7: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Local que procurou ajuda). Betim, 2015.

Local que procurou ajuda	Dim 1	Dim 2
ServSaúde	0,389	0,297
Escolas	0,843	0,126
Delegacia	0,367	0,57
Igreja	0,321	0,098
Constutelar	0,589	0,003
Juizado	0,698	0,000
Assoc	0,791	0,157
Amigos	0,434	0,118
Família	0,037	0,463
Outros	0,349	0,634

Fonte: SAUVI, 2015.

A Figura 3 apresenta o mapa de correspondência entre 'acreditar na prevenção da violência' e 'procurar ajuda após ter sofrido algum tipo de violência'. Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Acredita na prevenção da violência (?): 'sim', 'não', 'não sabe'); e dos perfis coluna (Sofreu

violência. Procurou ajuda (?): 'sim', 'não', 'não respondeu') devem ser analisadas as Tabelas 9 e 10. A Tabela 9, referente a acreditar na prevenção da violência, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 10, referente a sofreu violência e procurou ajuda, revela uma melhor representação de seus níveis na dimensão 1 (em negrito), sendo que o nível 'sim' também tem uma boa representatividade na dimensão 2 (em negrito).

A dimensão 1 apresentou 95% de inércia. Da associação existente entre os níveis a Figura 3 com duas dimensões capturou 100% da variabilidade. O mapa identifica claramente a intensidade da associação entre acreditar na violência e buscar ajuda após ter sofrido violência. De acordo com a intensidade das associações o silêncio entre pessoas que sofreram violência está fortemente associado a não acreditar na prevenção da violência.

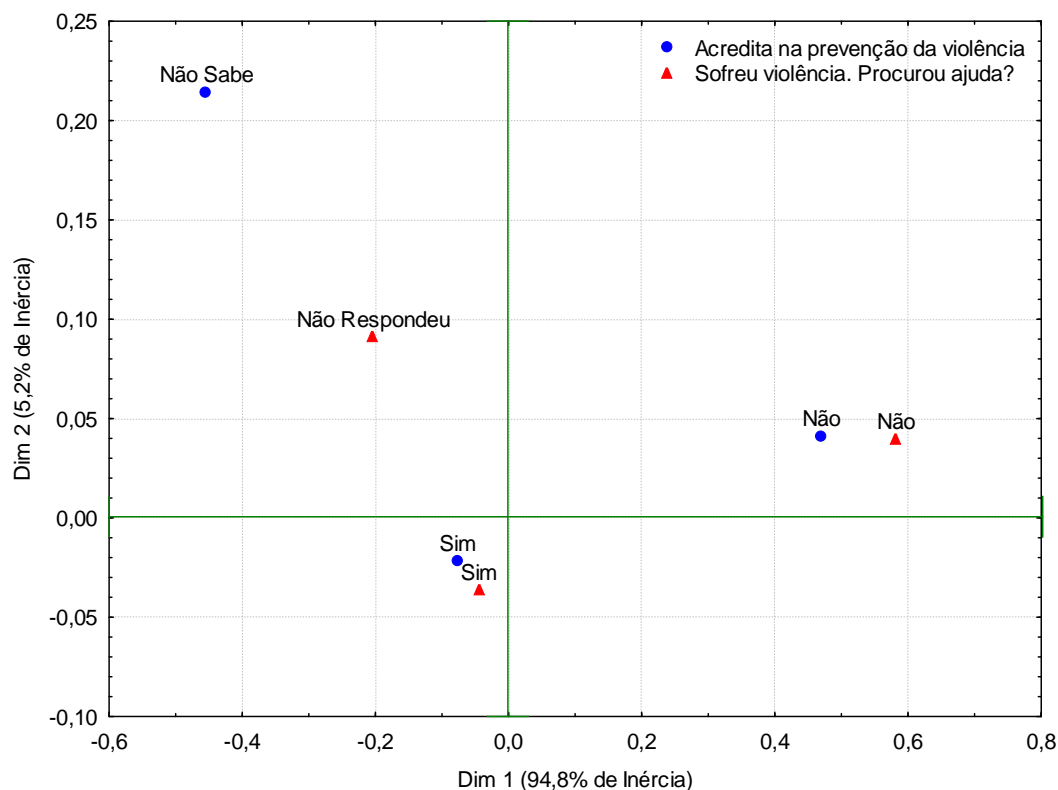


Figura 3: Mapa de correspondência entre o acreditar na prevenção da violência e o procurar ajuda após ter sofrido algum tipo de violência. Betim, 2015.

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 9: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Acredita na prevenção da violência?). Betim, 2015.

Acredita na prevenção da violência?	Dim 1	Dim 2
Sim	0,922	0,078
Não	0,992	0,008
Não Sabe	0,817	0,183

Fonte: SAUVI, 2015

Tabela 10: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Sofreu violência. Procurou ajuda?). Betim, 2015.

Sofreu violência. Procurou ajuda?	Dim 1	Dim 2
Não	0,995	0,005
Sim	0,59	0,410
Não Respondeu	0,833	0,167

Fonte: SAUVI, 2015.

A Figura 4 apresenta o mapa de correspondência entre a classificação do indicador de violência contra o adulto (IVA) e a classificação do indicador de silêncio nos adultos (ISA). Para a interpretação da associação entre os níveis dos perfis linha (Classificação do indicador de violência nos adultos: IVA_baixo, IVA_médio, IVA_alto) e dos perfis coluna (Classificação do indicador de silêncio nos adultos: ISA_baixo, ISA_médio, ISA_alto) devem ser analisadas as Tabelas 11 e 12. A Tabela 11, referente à classificação do IVA, revela uma melhor representação do nível 'IVA_alto' na dimensão 2 (em negrito), e os demais na dimensão 1. A Tabela 12, referente à classificação do ISA, revela uma melhor representação de todos os seus níveis na dimensão 1 (em negrito).

Da associação existente entre esses níveis a figura 4 com duas dimensões capturou 75,5% mais 24,5%, portanto, temos 100% da variabilidade entre os níveis, explicada. Um Indicador de violência alto não está associado ao silêncio. Os IVA médio e baixo estão mais fortemente associados ao silêncio, ou seja, ISA alto. Portanto, a violência tem que ultrapassar um certo limiar para que se rompa o silêncio. Já pessoas com IVA baixo estão fortemente associadas tanto ao silêncio quanto à procura de ajuda.

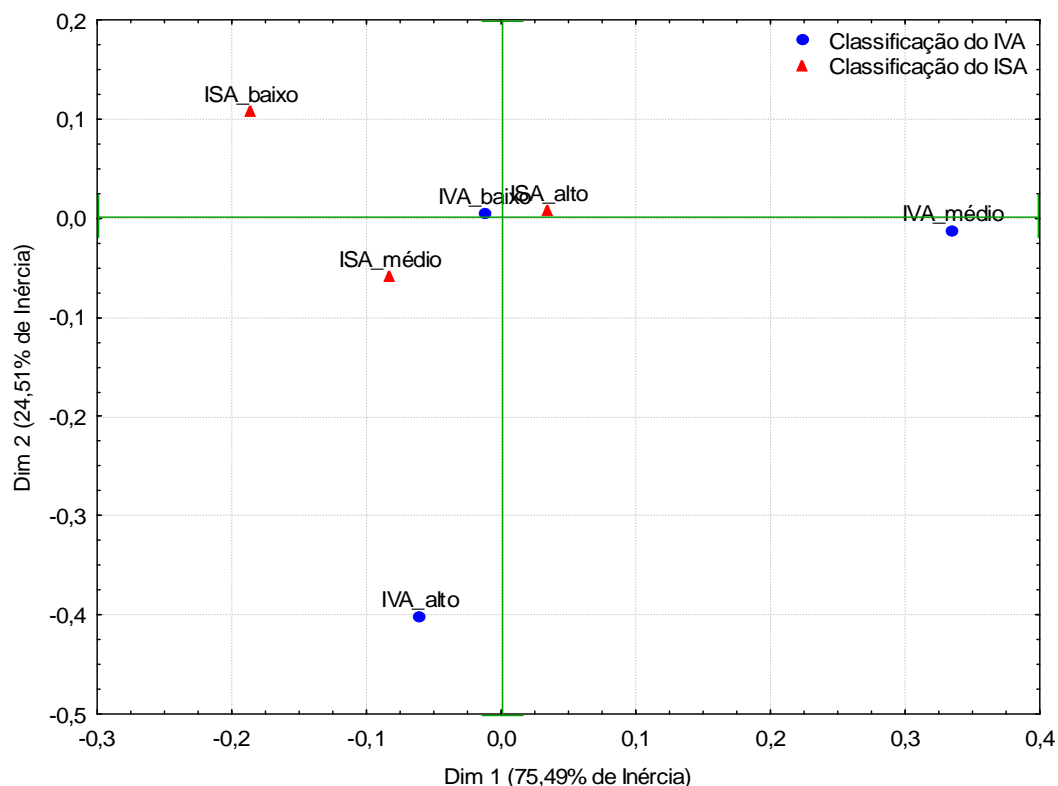


Figura 4: Mapa de correspondência entre a classificação do indicador de violência e a classificação do indicador de silêncio. Betim, 2015.

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 11: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha (Classificação do índice de violência nos adultos). Betim, 2015.

Classificação do indicador de violência nos adultos	Dim 1	Dim 2
IVA_baixo	0,902	0,098
IVA_médio	0,998	0,001
IVA_alto	0,022	0,978

Fonte: SAUVI, 2015.

Tabela 12: Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna (Classificação do indicador de silêncio dos adultos). Betim, 2015.

Classificação do indicador de silêncio dos adultos	Dim 1	Dim 2
ISA_baixo	0,749	0,25
ISA_médio	0,661	0,338
ISA_alto	0,96	0,039

Fonte: SAUVI, 2015.

6 DISCUSSÃO

Este estudo realizado com dados primários, obtidos por meio de inquérito domiciliar, foi capaz de identificar o relato de violência vivida por 15,1% dos entrevistados, sendo detectada a vivência de todos os tipos de violência: física, verbal, sexual, moral/psicológica, discriminação por racismo, falta de acesso a direitos sociais e falta de cuidados necessários. Ambas distribuída nos diversos espaços públicos e privados, como o domicílio.

A presença de silêncio (12,3%) relacionada a todos os tipos de violência pôde ser evidenciada tanto pelo contingente de pessoas que relatou ter se mantido em silêncio após sofrerem algum tipo de violência, como pelo conjunto de pessoas que se mantiveram em silêncio, não respondendo à questão sobre a atitude de procurar ajuda após a vivência de situações de violência. É importante observar a média das frequências entre os que não responderam a questão (21,1%). A não resposta quanto à procura de ajuda pode ser considerado como outra forma de silêncio identificada pelo SAUVI. Esse silêncio, mais do que significar erro de entrevista, ou limitações próprias ao estudo do tipo transversal pode significar as difíceis barreiras de serem superadas quanto à manifestação e a quebra de silêncio experimentada pelas pessoas que vivem em contextos de violência.

Pode-se afirmar que, em razão das proporções encontradas, as pessoas têm procurado ajuda (66,7%) após sofrerem algum tipo de violência, mais do que permanecido em silêncio. Dentre os locais de procura de ajuda, apesar das variações encontradas, os serviços de saúde não se constituíram como os locais preferenciais para violências ocorridas no domicílio, no trabalho, na rua e para a violência sexual. As pessoas buscam ajuda entre os familiares, amigos, associações, igreja, enfim, locais que não registram ou notificam a violência ocorrida, permanecendo, assim, silenciosa e invisível para os órgãos oficiais. Os resultados encontrados por essa pesquisa corroboram com o estudo já citado neste trabalho sobre a violência nas relações afetivo-sexuais de adolescentes (SOARES; LOPES; NAJAINÉ, 2010). Apesar da frequência de busca de ajuda pelos adolescentes ter sido baixa (5%), bem inferior à frequência relatada entre os adultos por este trabalho (67%), há semelhança quanto aos locais de busca de ajuda, uma

vez que os serviços de saúde também não estiveram entre os locais de maior procura:

No conjunto das dez capitais pesquisadas no estudo nacional, os amigos também apareceram em primeiro lugar (45,9%) e os familiares, em segundo (24,2%), na busca de ajuda decorrente de violência no namoro. Foram citados, com menor frequência, profissionais religiosos (3,6%), profissionais de saúde (3,3%) e professores (2,6%). (SOARES; LOPES; NAJAINÉ, 2010, p.1123)

As informações relativas à questão se as pessoas participam de algum grupo social mostraram como é baixa e pouco diversa a inserção das pessoas em algum grupo; sendo que os grupos religiosos e de caridade foram quase que como a única forma de inserção social.

Os locais de ocorrência da violência confirmam os achados da literatura de que o domicílio, o trabalho e os estabelecimentos públicos são de fato cenários de violência (ZALUAR; LEAL, 2001; OMS, 2002; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; SARTI, 2009; DAHLBERG; KRUG, 2006; CELMER, 2010; MELO, 2010; REICHENHEIM *et al.*, 2011; ALVES *et al.*, 2012; PALMA; FRANCIS, 2013) e, portanto, há necessidade de ampliar o diálogo sobre a violência para mais próximo e dentro desses ambientes. A cultura de que a violência doméstica pertence ao âmbito privado e, por isso, não deve ser publicizada (MORAES; APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008; CELMER, 2010; GOMES *et al.*, 2014) fica evidenciada a partir dos dados de silêncio encontrado associado a este tipo de violência. Apesar dos dados apontarem que a maior parte das pessoas têm buscado ajuda, não há evidências de que essa ajuda ocorreu de fato e com que capacidade de amparo tal ajuda se constituiu.

Cabe discutir ainda que, se por um lado, o setor saúde tem sido capaz de divulgar os números exorbitantes da violência, por outro, a dificuldade dos serviços e dos profissionais de saúde, a falta de debate continuado sobre a violência dentro do setor, o modelo mecanicista de cuidado tem contribuído para que as pessoas não reconheçam o setor saúde como sendo capaz de “ajudar” no amparo, na superação do sofrimento e na transformação das situações violentas (DAHLBERG; KRUG, 2006; MORAES; APRATTO JUNIOR; REICHENHEIM, 2008; SOARES; LOPES; NAJAINÉ; 2010; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013). Desta forma, mantém-se a condição para que um número significativo de pessoas continue vivendo sob a condição de silêncio e desamparo. O fato do setor saúde estar tornando visível uma

parte da violência no Brasil, sem desconsiderar o papel da área de segurança pública, não quer dizer que o silêncio tenha sido quebrado. Apesar da visibilidade dos números, há silêncio sobre o assunto no interior das unidades de saúde. “Silêncio programático”! O outro lado do silêncio é o grito, a fala, o campo da linguagem, e falar implica necessariamente quem escuta. Diferente de “ver”, de tornar visível, falar é um passo além de ser difícil, dói, implica resposta, implica o outro no discurso, cria laço, responsabilidades mútuas, dá trabalho!

As famílias, as associações, o conselho tutelar e as igrejas mostraram-se como locais potencialmente importantes para a construção de uma rede com o setor saúde. Rede de fala, de diálogo, de fomento à promoção de um debate sobre as violências entre as pessoas, de programação de atividades; assim como as organizações de trabalho que também são locais potenciais: “Cresce o consenso sobre as potencialidades de atuação em rede e novos profissionais vêm aderindo à ideia como um modo de trabalhar solidário, promissor e que vem dando bons resultados em relação à prevenção da violência” (GOMES *et al.*, 2010, p.160). Porém, falta fomento sistemático à interação, à integração, à formação de redes orientadas que possam trabalhar no cotidiano a promoção de uma cultura de paz, de redução das violências, como uma forma saudável e possível de existir e se relacionar (FELIZARDO JUNIOR; UDE, 2009; MELO, 2010; GOMES *et al.*, 2010).

No Brasil, a violência tem sido identificada como um importante problema de saúde pública. Dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde decorrentes de sistemas como: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), SIH (Sistema de Informação Hospitalar) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), VIVA (Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes), dentre outras fontes de pesquisa e informação, tem servido de base para estudos científicos sobre o assunto.

Em 2010, um estudo sobre “violências e lesões no Brasil” identificou que as morbidades decorrentes da violência representavam a sexta causa de internações hospitalares, com alta prevalência de violência doméstica e a terceira causa de mortalidade no país: “homens jovens, negros e pobres são as principais vítimas e os principais agressores em relação à violência comunitária, ao passo que mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência doméstica” (REICHENHEIM *et al.*, 2011, p. 75). Em 2012, as causas externas foram as principais causas de morte entre crianças de 1 a 10 anos (dados do SIM), com

importante diferença entre raça/cor e evidência de elevado “índice de violência de repetição” nos domicílios, entre as crianças de 0 a 9 anos, em que os principais agressores foram os pais. (RATES *et al.*, 2015).

A taxa de mortalidade por homicídios no Brasil, em 2011, foi de 27,4 por 100 mil habitantes, o que mantém o país no 26º lugar no *ranking* mundial, estando à sua frente apenas países da África e da América Latina. Entre 1991 e 2011 foram 922.559 mortes por homicídio, sendo que a taxa de mortalidade foi 10 vezes maior entre pessoas do sexo masculino (TAVARES *et al.*, 2016).

Segundo o “Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros”, Betim/MG estava no 29º lugar na lista dos municípios brasileiros com maior número de homicídios, com taxa média calculada entre os anos de 2002 a 2006 (WAISELFISZ, 2008). Em 2011, estudo de Tavares *et al.* (2016) relatou que a cidade mantinha-se entre os “municípios mais violentos do Brasil”, apresentando uma taxa de mortalidade por agressão de 27,1 por 100 mil habitantes.

Estudos internacionais recentes têm demonstrado preocupação com o silêncio relacionado à violência, bem como com as atitudes tomadas pelas pessoas após sofrerem violência. Ambos tem sido objeto de interesse científico, ainda que este último (as atitudes) seja mais difícil de ser encontrado na literatura. Yount *et al.* (2014) realizaram uma pesquisa qualitativa com amostra probabilística de 1.054 homens e mulheres, casados, com idade entre 18 a 50 anos, elaborado a partir de um censo domiciliar em 75 aldeias de 13 municípios de MyHao, província HungYen, no Vietnã, e levantaram a discussão sobre a quantidade de estudos publicados que retratam a violência praticada por parceiros íntimos. Porém, denunciaram a escassez de estudos sobre quais as atitudes tomadas por mulheres após a vivência da situação de violência provocada por seu parceiro. Foi o primeiro estudo sobre atitudes de mulheres após sofrerem violência física por seus parceiros em países não ocidentais e, buscou descrever as atitudes das mulheres que permaneceram em “silêncio” ou em “omissão”, as que buscaram “recurso informal”, ou seja, “privado” (na comunidade, entre os familiares), as que buscaram “recurso formal”, ou seja, “público” (polícia, órgãos oficiais), e a intervenção de testemunhas, ou seja, quando a atitude é tomada por outra pessoa que testemunha a violência. Dentre as possíveis atitudes foram identificadas: reagir à violência; falar com o chefe da aldeia; processar o marido no tribunal; divorciar; voltar a viver com os pais; permanecer em silêncio; outras atitudes. Uma escala (ATT- *Recourse*) foi produzida e validada para

medir a opinião dos homens e das mulheres sobre o 'recurso' de uma esposa em resposta a IPV (*"intimate partner violence"*) com o objetivo de possibilitar a realização de novas pesquisas, bem como contribuir para formulação de políticas e acompanhamento da eficácia das intervenções. O estudo demonstrou que apesar do avanço na busca de solução e denúncia, muitas mulheres e suas testemunhas permanecem em silêncio e/ou buscam um recurso informal de ajuda. Aspectos da cultura confucionista e taoísta foram analisados para a compreensão das atitudes tomadas e/ou para o silêncio e/ou omissão (YOUNT *et al.*, 2014).

Um estudo qualitativo do tipo pesquisa-intervenção, com populações "ex-deslocadas" vivendo em "regiões de pós - conflito", "repatriados" e "deslocados internos" das regiões do Sul do Sudão, Uganda, na fronteira entre a Tailândia e Myanmar, Libéria e Ruanda adotou a expressão 'cultura do silêncio'. Esta expressão foi utilizada e relacionada à "violência de gênero" (GBV) vivida por mulheres e meninas vulneráveis. Com o objetivo de dar voz, possibilitar a fala e o diálogo sobre a violência de gênero foi desenvolvido um projeto de criação de 150 vídeos construídos de forma participativa, utilizando-se da metodologia do educador Paulo Freire. As pessoas da comunidade representavam as situações de violência vivida, que eram assistidas e debatidas pela própria comunidade, com a mediação dos pesquisadores e de profissionais de saúde da comunidade: "Há uma chamada atual para profissionais da saúde pública para reduzir, através da implementação de programas de prevenção baseados na comunidade" (GURMAN, 2014, p. 691, tradução nossa).²

O estudo ressaltou a escassez das evidências sobre a eficácia das ações de prevenção de base comunitária, relacionadas a esse tipo de violência. Porém, o estudo demonstrou a contribuição dos vídeos para a percepção da violência, bem como para a importância da 'quebra do silêncio', o que possibilitou a modificação de atitudes e comportamentos frente a situações de violência:

Uma entrevistada de Ruanda descreveu como o seu comportamento mudou depois de participar das sessões de reprodução de vídeo. Ela afirmou, "Eu percebi que se um homem abusou de mim ou me violentou em casa e tentou me ferir ou a meus filhos, eu, então, denunciaria meu caso ao escritório da violência baseada em gênero - GBV no acampamento para que a justiça seja feita. Eu aprendi a quebrar o silêncio e denunciar casos à

² "There is a current call for public health professionals to reduce through the implementation of community-based prevention programs" (GURMAN, 2014, p.691).

violência baseada em gênero - GBV". Da mesma forma, um jovem do sexo masculino de Ruanda descreveu o direito de denunciar, e até mesmo discutir como esse direito estendeu-se a casos familiares de violência baseada em gênero: 'As pessoas agora aprenderam que manter o silêncio sobre casos de violência baseada em gênero é ruim. Todos estão agora conscientes de que, mesmo que seja o pai ou a mãe da vítima que cometeu o crime, ninguém deverá ficar em silêncio e não denunciar [...]. Você deve denunciar o culpado para as autoridades competentes'. (GURMAN, 2014, p. 695, tradução nossa)³

Outro aspecto abordado pelo estudo e que possibilita a discussão deste trabalho é a existência de pessoas que, mesmo sendo sensibilizadas a procurar ajuda, permanecem em silêncio e procuram resolver as questões da violência internamente, às suas maneiras: "Há ainda casos de famílias que mantêm silêncio sobre as questões de violência baseada em gênero em suas famílias e apenas solucionando-as à sua própria maneira, o que é uma grande preocupação [...]" (GURMAN, 2014, p. 697, tradução nossa)⁴.

Apesar desta questão, a quebra da cultura do silêncio favoreceu ao aumento da procura por serviços de assistência, ao aumento da comunicação, do diálogo e à mudança de comportamentos e tomada de consciência.

O estudo apontou para a importante participação dos homens na produção dos vídeos e nos debates proporcionados pelas histórias filmadas, o que levou a maior participação deles na redução da violência de gênero. Os pesquisadores advertiram para a possibilidade de existir viés de autorrelato e quem sabe uma superestimação dos resultados positivos. Porém, para essa discussão cabe ressaltar a contribuição do estudo para a reflexão de que existe uma cultura de silêncio como parte da cultura da violência; há, portanto, relevância no seu monitoramento e na realização de estudos que avaliem o comportamento das pessoas após sofrerem violência.

Um estudo qualitativo entre mulheres somalis refugiadas na Suécia, realizado entre 2011 e 2012, ressaltou aspectos semelhantes quanto ao silêncio frente à

³ A female respondent from Rwanda described how her behavior changed after participating in the video playback sessions. She stated, 'I realized that if a man abused or violated me at home and tried to harm me or my children, I would then report my case to GBV office in the camp so that justice is done. I have learned to break the silence and report GBV cases'. Similarly, one male youth from Rwanda described the right to report, and even discussed how this right extended into familial GBV cases: 'People have now learned that keeping silent about GBV cases is bad. Everyone is now aware that even if it is the father or mother of the victim who committed the crime, no one is supposed to keep silent and not report [...]. You should report that culprit to the concerned authorities'. (GURMAN, 2014, p.695).

⁴ "There are still cases of families keeping silent about the GBV issues within their families and just solving them in their own way which is a big concern' [...]" (GURMAN, 2014, p.697)

violência sexual, violência praticada pelo parceiro íntimo, estupro de guerra. O silêncio e as dificuldades do acesso aos serviços de saúde têm contribuído para a perpetração da violência e dos problemas de saúde dessas mulheres. Mais uma vez a vergonha, o medo, o estigma, o estoicismo e a religião têm sido identificados como elementos da cultura mantenedores do silêncio da violência (BYRSKOG, 2014).

Apesar dos estudos selecionados focarem a perspectiva da violência contra a mulher e, em contextos diferentes do brasileiro, o que importa aqui é destacar a relevância de estudos recentes que abordam o silêncio da violência e as atitudes das pessoas pós-violência. Não menos importante é a violência experimentada por homens no âmbito doméstico, já relatada anteriormente neste trabalho e identificada na literatura (CELMER, 2010; ROSA *et al.*, 2008; SARTI, 2009; CAMPOS; CARVALHO, 2006; ALVES *et al.*, 2012). Este estudo revelou um importante silêncio declarado por eles. Estudos brasileiros apontam que a violência é uma das principais causas de morbimortalidade entre os homens. Alves *et al.* (2012) numa pesquisa publicada sob o título “Homens, vítimas e autores da violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana”, chamaram a atenção para o fato de que as políticas de saúde do homem estão mundialmente em desvantagem em relação às das mulheres. Relacionando diversos estudos, os autores abordaram a relação entre homens e violência como sendo influenciada pela forma de “socialização dos homens, centrada em um hegemônico modelo de masculinidade instituidor de papéis e de posições sociais desiguais entre os gêneros, além de crenças que propiciam o envolvimento destes sujeitos com a violência”. (p.872)

Os resultados deste trabalho, que apontaram para maior silêncio da violência ocorrida no interior do domicílio (22,0%) contra 7,71% de silêncio relacionado com a ocorrência da violência na rua/bar/academia; e para maior frequência de silêncio relatada entre os homens (12,5% vs. 12,2% entre as mulheres), encontram diálogo com os estudos referidos, corroborando para a discussão sobre a dimensão cultural do silêncio.

Considerando que existe **dor** por trás de toda vivência violenta é preocupante o silêncio das pessoas, pois o silêncio estaria na contramão do livrar-se da dor. A palavra dor origina-se do latim *dolor* cujo significado é sofrimento. Nas civilizações primitivas a dor estava associada a lesões físicas e quando decorrente de doenças, ou seja, internas. Sua etimologia grega *poinee* latina *poene*, punição ou pena, sustentava a ideia de “forças sobrenaturais que penalizavam os que cometiam

pecado” (LENT, 2013, p.184). Foi no século XVII que René Descartes, reforçando as ideias de Galeno no século IV a.C., propôs o conceito de “reflexo nervoso”, ou seja, a dor é comunicada ao cérebro que produz uma “reação de retirada” como um mecanismo de proteção. Atualmente, a definição de dor proposta pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor reconhece duas dimensões da mesma - a “sensorial-discriminativa”, relacionada à dor aguda; e a “afetivo-motivacional”, relacionada à dor crônica – “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos desse dano potencial” (*apud* LENT, 2013, p. 184).

Os estudiosos afirmam que o alerta de retirada do organismo frente ao estímulo doloroso está presente na dor aguda, que é suprimida após a estimulação dolorosa. Porém, a dor crônica ou patológica, de difícil localização e percepção, cursam com sintomas secundários como ansiedade e depressão contribuindo para a redução da qualidade de vida das pessoas. Sem a intenção e pretensão de aprofundar nos aspectos neurofisiológicos da dor, interessa notar um mecanismo estudado pelos neurocientistas chamado de “modulação endógena da dor”. Desde 1969, a existência de “sistemas inibitórios endógenos da dor” vem sendo estudada por pesquisadores. Diversas explicações e mecanismos internos marcaram o desenvolvimento e o avanço desses estudos nas décadas de 70 e 80. Destaco um aspecto:

além da situação de medo ou estresse, esse sistema endógeno de modulação da dor pode ser recrutado durante o exercício intenso ou quando o animal é ferido no confronto presa *versus* predador, o que indica que o controle da dor tem um óbvio valor adaptativo (LENT, 2013 p. 195).

O que se destaca aqui é que na presença das situações relatadas, o organismo promove uma “analgésia da dor”.

Sarti (2001) propõe pensar a dor para além do fenômeno neurofisiológico, numa perspectiva sociocultural. Fundamentada pelo pensamento dialético de que toda realidade social é antes de tudo subjetiva, ela estuda a relação indivíduo e sociedade a partir da dor: “Nenhuma realidade humana prescinde de dimensão social, tampouco o corpo ou a dor. A singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade.” (p.4). Tanto a dor quanto o amor são experiências subjetivas, imbuídas de significado e compartilhadas coletivamente na cultura. Tanto o

sentimento de dor, quanto a expressão dessa dor a alguém são regidos por “códigos culturais”, que além de constituídos pela coletividade são sancionados por ela. Assim, a expressão do sentimento de dor, bem como a sua tolerância tem significados diferentes de acordo com a classe social, com o gênero, com a idade, com a etnia. Aos mais desfavorecidas a convivência com a dor é tida como mais “natural” e, por isso, há exigência de mais tolerância à dor, e sua expressão pode ser muitas vezes destituída de significado. Na cultura, o silêncio frente a situações de dor pode também ter o significado de virilidade para os homens, enquanto que a expressão de sentimentos é valorizada nas mulheres. (SARTI, 2001).

Do silêncio à procura de ajuda, a expressão da dor sentida vai depender da abertura e do significado que o outro dará a esta vivência: “A forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro. Vivenciado e expresso mediante formas instituídas coletivamente, tal sentimento se torna inteligível para o grupo social” (SARTI, 2001, p.6).

Pode-se, pensar que muitas vezes comunicar a dor ao outro, pode significar uma dor ainda maior. A disposição do outro em ouvir e os possíveis significados que esse outro poderá dar às histórias de violência relatadas, determinará o silêncio ou a comunicação. A dor de relatar o fracasso vivido nas relações conjugais, a dor da vergonha vivida na violência sexual, a dor do medo e da insegurança em perder o emprego na violência no local de trabalho, ou de não ter para onde ir com os filhos se tiver que deixar o casamento, a dor da consciência do abandono na velhice são dores muitas vezes maiores que a própria dor da violência. Nota-se a presença das diferentes dimensões de vulnerabilidade em todas elas. Além das condições de vulnerabilidade individual, social, programática, do medo e da vergonha, as relações de interdependência entre sujeitos, os vínculos e os afetos dificultariam a própria percepção e consciência da violência vivida, contribuindo para sua naturalização, para o silêncio ou para a comunicação da violência.

Este trabalho apontou dois pontos de potência que permitem outra discussão: primeiro que as pessoas acreditam que é possível prevenir a violência, sendo que quando elas acreditam, elas buscam ajuda. O indicador alto de violência significou um indicador baixo de silêncio. Isso indica que mediante a vivência de frequentes situações de violência as pessoas procuraram ajuda. Segundo ponto é que existe uma ajuda que está bem próxima das pessoas, entre os amigos, a família, as igrejas, as associações e os serviços de saúde. Não há evidências de que seja uma

ajuda efetiva, é preciso pesquisar, porém, há que se considerar a importância da chamada desses atores, no cotidiano, para a disseminação da formação de redes de promoção de uma cultura de paz. Este cenário é favorável aos modelos das práticas de saúde relacionados antes neste artigo. Os modelos têm pontos de identidade: vulnerabilidade, ação comunicativa, democracia, construção de “projetos de felicidade” coletivos e individuais, o “Cuidado” que considera “os modos de ser do humano”, suas relações de interdependência, ambos não se sobrepõem, e sim se articulam no horizonte do possível (MERHY; FEUERWERKER, 2009; CZERESNIA; 2003; BUSS, 2003; AYRES, 2004; 2007; MELO; 2005; 2010; DESLANDES, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012)

Felizardo Junior e Ude (2009) autores que também estudam as relações de interdependência entre os seres humanos numa perspectiva dialética indivíduo-sociedade, ao trabalhar a questão da violência entre populações jovens, propõem a construção de uma cartografia das instituições para a formação de redes efetivas:

o mapeamento dos serviços sociais existentes, dos recursos, das informações, da qualidade das relações e do conjunto de normas e leis sobre o tema a ser enfrentado constitui como fator representativo para se produzir indicadores para a produção de políticas públicas mais efetivas. (p.20)

Eles propõem considerar a rede interna e a rede externa, diagnosticando, identificando a interação interna da rede, verificando a qualidade dos vínculos, identificando os elos. O modelo cartográfico proposto é bastante interessante para se trabalhar, diagnosticar algumas vulnerabilidades programáticas, conhecer o potencial de rede, bem como para contribuir para sua formação.

O balanço sobre a implementação da Política de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, no período de 2006 a 2014, foi alvo de um estudo recente (MALTA *et al.*, 2014). O estudo aponta avanços significativos nos eixos da política, inclusive no que tange à prevenção da violência. Outras publicações também relatam experiências exitosas na prevenção da violência no Brasil (SANTOS; FELIZARDO JUNIOR; UDE, 2009; GOMES *et al.*, 2010; MELO, 2010). Porém, há ainda que se considerar a necessidade de uma articulação no planejamento, no monitoramento e na avaliação de políticas públicas de saúde, integradas com diversas áreas: educação, com ONG's, igrejas, locais de trabalho, famílias e pacientes, bem como os movimentos sociais dos índios, negros, mulheres, da juventude, de profissionais do sexo, do movimento LGBT, que busquem a

cooperação para superação da violência. O modelo da vulnerabilidade e direitos humanos tem sido transformador em outros campos da saúde pública, possibilitando uma intensa integração de rede e empoderamento de pessoas e comunidades e pode ser utilizado neste contexto.

O campo da violência é um campo marcado pela complexidade das relações pessoais, com exigências importantes para a transformação social e de atitudes e comportamentos. É imprescindível considerar a importância da discussão do financiamento de políticas públicas voltadas para a prevenção da violência e para a promoção de uma cultura de paz.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou que o silêncio foi pouco frequente. A principal variável relacionada a ele, que apresentou diferença estatística, foi a crença na prevenção da violência. Esse achado aponta para a importância de se trabalhar a conscientização das pessoas sobre a da prevenção da violência como uma medida de saúde pública. A violência de baixo grau, ou seja, baixo IVA foi associada a menor silêncio (ISA). Cabe considerar que o silêncio pode também ser uma opção, ele pode ter um valor protetivo, na medida em que a quebra do silêncio pode gerar outra violência de maior impacto ou uma exposição desnecessária.

Outras variáveis já apontadas na literatura, apesar de não apresentarem diferenças estatísticas, foram mais frequentes e por isso novos estudos podem elucidar novas análises: a maior violência entre as mulheres, entre os casados, entre os mais jovens, no interior dos domicílios e nos estabelecimentos públicos. Além das frequências identificadas nas variáveis de cor/raça e condição social medidas pela escolaridade e renda.

A forte associação encontrada entre a violência sexual e a busca de ajuda nas escolas, aponta para um importante debate deste tema na educação e nos serviços de saúde. Considera-se também qual o lugar dos serviços de saúde na prevenção da violência, bem como na promoção da cultura de paz, uma vez que as análises de correspondência demonstraram que os serviços de saúde não se constituem como principal local de busca de ajuda. Há que se considerar também os demais locais identificados; estes são fontes potenciais para realização de estudos e de propagação de ações claras de prevenção da violência e promoção da cultura de paz que sejam capazes de contribuir com o aumento da percepção das atitudes e comportamentos violentos no cotidiano, bem como com as atitudes a serem tomadas após uma vivência de violência.

Um estudo sobre a percepção do profissional de saúde sobre a atuação do setor saúde na prevenção da violência e na promoção da cultura de paz pode acrescentar informações importantes a fim de esclarecer essa não identificação da população, bem como incrementar as políticas públicas nesta área.

A violência é mais do que um dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, é um fenômeno complexo que tem se constituído como uma forma no mínimo estranha de se relacionar na nossa sociedade. Não se tratou aqui

das situações da agressividade constitucional e própria ao desenvolvimento humano, e sim da violência descrita pela OMS. Neste sentido é possível afirmar que existe uma convivência “pacífica” com a violência. Uma leniência e convivência com “pequenas” e cotidianas violências que se avolumam e se agravam. Evidenciamos números sem dar a ênfase necessária para a sua gravidade. Estamos falando de crianças violentadas por seus pais; pais idosos violentados por seus filhos; casais que se agridem e famílias vivendo imersas em violência; serviços de saúde e de proteção social que violentam; organizações de trabalho que submetem seus trabalhadores a violência. Essa é uma causa da sociedade, de todos e precisa ganhar espaço nas ruas, nas igrejas, nas organizações, nos eventos científicos e na mídia.

Existem experiências exitosas nessa área, publicações e, por maiores que sejam os avanços na legislação, na produção de estudos científicos, não há uma política pública forte que envolva a nação num projeto engajado. Se há silêncio em torno da violência há também em torno da paz como alvo de políticas públicas efetivas. A busca pela promoção de uma cultura de paz não é a busca por uma sociedade sem conflitos. O conflito é inerente à condição humana e é saudável. Uma convivência pacífica e saudável entre as pessoas não é um ideal inatingível, não é produto do imaginário, não deve ser tomada no plano contrafactual.

Por fim, esses comentários não pretendem ser conclusivos. As questões aqui tratadas são um pequeno recorte de um trabalho coletivo que é o SAUVI e deverá dialogar com outros trabalhos que darão conta de outras tantas questões que foram perguntadas no inquérito e que podem ser visualizadas no questionário do adulto anexo a este trabalho. Se for possível falar de uma perspectiva cultural da violência será necessário, portanto, que todos participem deste diálogo: famílias, profissionais, adultos, jovens, crianças, homens e mulheres, idosos, religiosos, gente de todo jeito, que juntos tecem a história da vida.

Este trabalho não poderia finalizar sem o compromisso de quebra de silêncio. Os resultados, dentro do planejamento do SAUVI, serão encaminhados à Secretaria Municipal de Saúde de Betim, parceira deste estudo e debatidos num amplo Seminário.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. A., et al. Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. (Português). : Men, victims and perpetrators of violence: the corrosion of public space and the loss of the human condition. (English). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 871-883, out., 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2016.

AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, 176p.

AYRES J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416p.

AYRES, José Ricardo C. M.. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2016.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C.M. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. 320p.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: _____. **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. 320p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 maio 2001.

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

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendencia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 176p.

BYRSKOG et al. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. **BMC Public Health**, p.14, n.892. 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/892>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

CAMPOS, Carmen Hein de; CARVALHO, Salo de. Violência doméstica e Juizados Especiais Criminais: análise a partir do feminismo e do garantismo. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 409-422, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2016.

CELMER, E.G. Violências contra a mulher baseada no gênero, ou a tentativa de nomear o inominável. In: ALMEIDA, Maria da Graça B. (Org.). **A violência na sociedade contemporânea** [recurso eletrônico] Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p. 72 – 88.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendencia.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003, 176 p.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde.** Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2016

DESLANDES, S.F. Humanização: Revisitando o Conceito a partir das Contribuições da Sociologia Médica. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, 416 p.

DI MATTEO, Vincenzo. Os discursos éticos de Freud. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte , n. 29, p. 57-66, set. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2016.

FELIZARDO JUNIOR, L.C.; UDE, W. Enfrentamento à violência, configurações e redes sociais: possibilidades teórico-metodológicas para a realização de intervenções. In: SANTOS, Lúcia; FELIZARDO JUNIOR, L.C.; UDE, Walter (Org.) **Escola, violência e redes sociais.** Belo Horizonte: FAE/UFMG, 2009, 164p.

FERRARI, Ilka Franco. Agressividade e violência. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 49-62, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Dez. 2016.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, Lenaura V.C. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 23 – 64.

FREUD, S. (1914 - 1916). **A História do Movimento Psicanalítico**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., v. 14, p. 381-456). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1996).

FREUD, S. (1977). **Projeto para uma Psicologia Científica**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., v. 1, p. 381-456). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS)**. Perfil municipal. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/Perfil>>. Acesso em: abr. 2016

GOMES, R. *et al.* **Êxitos na prevenção da violência**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves/Hucitec, 2010. 178p.

GOMES, I.C.R. *et al.* Enfrentamento de mulheres em situação de violência doméstica após agressão. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 2, p. 134-144, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8969>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

GREENACRE M.J. (1984). **Theory and Applications of Correspondence Analysis**. London, Academic Press.

GREENACRE MJ (2007). **Correspondence Analysis in Practice**. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, second edition.

GURMAN, T. A.; TRAPPLER, R.M.; ACOSTA, A.; MCCRAY, P.A.; CHELSEA M.; COOPER, C. M. ; GOODSMITH, L.. 'By seeing with our own eyes, it can remain in our mind': qualitative evaluation findings suggest the ability of participatory video to reduce gender-based violence in conflict-affected settings. **Health Education Research**, v.29 n.4, p. 690–701, jun., 2014. Disponível em: <http://her.oxfordjournals.org/>. Acesso em: 5 feb. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@. Perfil do Município de Betim**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310670>>. Acesso em: 20 abr. 2016

IMURA, A. M; SILVEIRA, C.P. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. p. 25-49.

JORGE, Maria Helena Prado de Mello; YUNES, João. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 114-127, nov. 2001.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LENT, R. As dores. In: _____. **Neurociência da mente e do comportamento**. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LEVISKI, D.L.. Prefácio. In: ALMEIDA, Maria das Graças B. (Org.). **A violência na sociedade contemporânea** [recurso eletrônico] Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010, p. 6 – 13.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MELO, Elza Machado de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. p. 167-178, dez., 2005.

MELO, E.M. **Podemos prevenir a violência: teorias e práticas**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010, p. 278.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de S.. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, E. R. (Org.). **Cursos impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007.

MORAES, Claudia Leite de; APRATTO JUNIOR, Paulo Cavalcante; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2289-2300, out. 2008.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde - SUS. IN: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, Lenaura V. C. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435 - 472.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **World report on violence and health** (Relatório Mundial sobre violência e saúde) / editado por Etienne G. Krug ... [e outros.]. Genebra: WHO (OMS), 2002.

PALMA, De Rene'; FRANCIS, Dennis. Silence, nostalgia, violence, poverty: What does 'culture' mean for South African sexuality educators?. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, v. 16, n. 5, p. 547-561, 2013.

PEREIRA, R.L.B. A visibilidade da violência e a violência da invisibilidade sobre o negro no Brasil. In: ALMEIDA, Maria da Graça B. **A violência na sociedade contemporânea** [recurso eletrônico] Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. p. 89 – 98.

RATES, Susana Maria Moreira et al . Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655-665, mar. 2015 . disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=Sci_arttext&pid=S1413-81232015000300655&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2016.

REICHENHEIM, M. E; SOUZA, E. R; MORAES, C. L, MELLO JORGE, M. H. P, SILVA, C. M. F.P; MINAYO, M. C. S. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 75-89, 2011.

ROSA, Antonio Gomes da, et al . A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 152-160, set., 2008.

SANTOS, Natália De Toni Guimarães dos; FORTES, Isabel. Desamparo e alteridade: o sujeito e a dupla face do outro. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 747-770, dez., 2011.

SARTI, C. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Norteamérica, 0, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/12/125>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 3-13 , jul. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7052>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 112-120, Aug. 2006 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2016.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques; NJAINE, Kathie. 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- 130, June 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2016.

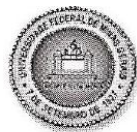
TAVARES, Ricardo et al. Homicídios e vulnerabilidade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 923-934, mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300923&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2016.

TORRES, M.D.F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, p.11 – 86.
WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência dos municípios brasileiros**. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana – RITLA; Instituto Sangari; Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. 1. ed., 2008.

WITTKOWSKI et al. Combining several ordinal measures in clinical studies. **Statistics in medicine**, v.23, p. 1579-1592, 2004.

YOUNT, K. M ; VANDERENDE, K. ; ZUREICK-BROWN, S. ; MINH, T. H.; SCHULER, S. R. ; ANH, H. T. Measuring Attitudes About Women's Recourse After Exposure to Intimate Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 29, n. 9, p.1579-1605, 2014.

ZALUAR, Alba; LEAL, Maria Cristina. Violência extra e intramuros. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 145-164, fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092001000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2016.

ANEXO I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

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

Projeto: CAAE – 02235212.2.0000.5149

**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 23 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**Saúde e violência: subsídios para formulação de políticas de promoção de saúde e prevenção da violência**" 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**

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina



Apresentamos a Pesquisa Saúde e Violência – SAUVI. Em breve, você receberá o pesquisador da Faculdade de Medicina de UFMG em sua casa.

Somos uma equipe de pesquisadores da Faculdade de medicina da UFMG e estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada Saúde e Violência: Subsídios para a Formulação de Políticas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. Batizamos a pesquisa com o nome de SAUVI (lê-se Salve!) e, provavelmente, o Sr(a) já ouviu falar dela no rádio e televisão ou ter visto os cartazes sobre ela, em vários lugares.

Sabemos que a violência tem crescido e se tornado um problema grave para todas as pessoas. São muitos casos de homicídios, mortes no trânsito e suicídios. São também muitas agressões e autoagressões dos mais diferentes tipos, como maus tratos e abuso sexual de crianças e mulheres, bullying, diferentes violências contra homens e idosos, desigualdades, discriminação, negligência, enfim, muito sofrimento para as pessoas, a família, a sociedade.

A pesquisa SAUVI que estamos realizando e para qual o estamos convidando tem o objetivo de produzir conhecimentos científicos sobre a violência e dessa forma contribuir para orientar sobre os melhores programas e ações de combate a esse problema, visando a sua superação. Temos o apoio do Ministério da Saúde e dos Municípios de Belo Horizonte, Betim e Sete Lagoas para executar esse trabalho.

A pesquisa consiste da realização de entrevistas com moradores dos três Municípios envolvidos e, para tanto, dentro dos próximos dois meses, iremos visitá-lo em sua casa. Exatamente por causa da violência que nos rodeia, utilizaremos alguns mecanismos para garantir a sua segurança:

- 1) Todos os entrevistadores são profissionais de saúde, alunos ou pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais e portarão vestimenta e documentos que os identificarão inequivocamente;
- 2) Tais documentos deverão ser apresentados no momento da chegada do entrevistador em sua casa e poderão ser verificados pelos números de telefone **3409-9945 e 9702-2078**;
- 3) Entre esses documentos, encontram-se a aprovação do Comitê de Ética da UFMG e o termo de consentimento livre e esclarecido, com os números de telefone do Comitê e da coordenadora, que poderão ser acionados, em qualquer tempo ou situação em que por acaso houver risco à sua privacidade;
- 4) Informações da Pesquisa SAUVI podem ser encontradas no site da Faculdade de Medicina da UFMG: www.medicina.ufmg.br e também pelos telefones acima.

Temos consciência de que a violência pode ser prevenida e superada, mas isso depende da participação de todos os cidadãos. Por isso, contamos com a sua colaboração para a efetivação, com qualidade, da Pesquisa SAUVI.

Guarde esta carta até a chegada do entrevistador. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Belo Horizonte, 14 de abril de 2014



Prof. Dra. Elza Machado de Melo
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

ANEXO II – QUESTIONÁRIO SAUVI



Manual sobre as Questões
do Questionário Geral

Realização:

UFMG

Belo Horizonte, abril de 2014

Entrevistador:

Área:

Saúde e Violência: Subsídios para a formulação de Políticas Públicas de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência	Questionário nº:
	Tabela de Kish:
	Nº moradores: (com 20 anos ou+)
	Nº de mulheres: (com 20 anos ou+)
	Resultado da Tabela de Kish:
Nome do entrevistador:	Data:

INFORMAÇÕES GERAIS	
1. Nome:	
Registrar o nome completo do entrevistado	
2. Município:	
Anotar o nome do município onde está sendo feita a pesquisa	
3. Estado:	
Anotar a sigla do Estado (a Unidade Federativa) onde está sendo feita a pesquisa	
4. Setor censitário:	
Copiar o número da lista de endereços	
5. Endereço completo (Rua, Avenida, Alameda, Estrada, Rodovia, Número e complemento)	
Anotar o endereço completo do domicílio entrevistado Se Zona de Residência Rural, anotar se é fazenda, roça, sítio, chácara, assentamento do INCRA, etc. Nesta pesquisa não serão considerados os domicílios particulares improvisados, tais como estabelecimentos comerciais, prédios em construção ou abandonados.	
6. Telefone de contato:	
Anotar o número do telefone fixo e celular, com o prefixo, da pessoa entrevistada.	
7. Número de contatos feitos com o morador, para marcar a entrevista:	
Registrar o número de tentativas ou visitas feitas ao morador do domicílio a ser entrevistado, para agendar/marcar a entrevista com a pessoa entrevistada. Se o questionário for aplicado na primeira ida, é 1 contato. Se forem feitas 3 tentativas sem sucesso, podemos considerar que "perdemos" o domicílio.	
Tipo de contatos feitos com o responsável pelo domicílio:	
8. Telefone () 1. Sim () 2 Não	
9. Por Intermédio da Saúde da Família () 1. Sim () 2 Não	
10. Por Intermédio de lideranças comunitárias () 1. Sim () 2 Não	
11. Ida ao domicílio com retorno para entrevista () 1. Sim () 2 Não	
12. Outro () 1. Sim () 2 Não	
Especificar os meios utilizados para marcar a entrevista com o responsável pelo domicílio.	
13. Adolescentes moram na casa? () 1. Sim () 2. Não	
Informar se adolescentes residem ou não no domicílio informado. Considera-se adolescente o indivíduo com idade entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias.	
14. Se sim, quantos? _____ () 888.NSA	
Informar o número de adolescentes que residem no domicílio.	

15. Adolescentes responderam ao questionário? () 1. Sim () 2. Não () 888 NSA	
Informar se algum adolescente do domicílio respondeu a pesquisa. Caso houver mais de um, sortear quem irá responder ao questionário.	
16. Motivo de não participação do adolescente () 1. Responsável não permitiu () 2. Estava ausente () 3. Recusou-se a participar () 888.NSA	
Informar o motivo pelo qual o adolescente não participou da pesquisa O Não se aplica (NSA) será utilizado quando na residência não residir nenhum adolescente.	
17. Estado Civil () 1. Casado () 2. Solteiro () 3. Viúvo () 4. União estável (amasiado, amigado) () 5. Separado/divorciado	
Marcar a opção relacionada ao estado civil do entrevistado. Considerar como separado ou divorciado o entrevistado que teve separação judicial ou divórcio homologados por decisão judicial.	
18. Cor ou raça: () 1. Branca () 2. Preta () 3. Amarela () 4. Parda () 5. Indígena	
Ler todas as opções de cor ou raça para o entrevistado e considere aquela que for declarada pelo entrevistado.	

Contatos

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Núcleo de Promoção de Saúde e Paz

Coordenadora: Profa. Dra. Elza Machado de Melo
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 Belo Horizonte - MG – Cep 30130-100
www.medicina.ufmg.br

telefones: 31 3409-9945 e 9702-2078
Facebook: www.facebook.com/sauvi.salve

Coordenadores do trabalho de campo na sua regional:

Questionário Domiciliar

19. Ocupação/atividade:	
Informar a ocupação ou atividade exercida pelo entrevistado e não a sua formação profissional. Considerar indivíduo ocupado aquele que é economicamente ativo, exercendo atividade remunerada em dinheiro ou não. Este item diz respeito à profissão, função ou ofício que o indivíduo exerce e, desta forma, inclui estudantes, aposentados, donas de casa, desempregado, etc.	
20. Qual é a renda do (a) Sr.(a)? (Salário mínimo = R\$724,00) <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo (até R\$724,00) <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 até 3 salários mínimos (Mais de R\$724,00 até R\$2172,00). <input type="checkbox"/> 3. Mais de 3 até 5 salários mínimos (Mais de R\$ 2172 até R\$3620,00) <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5 salários mínimos. (Mais de R\$ 3620,00) <input type="checkbox"/> 5. Não possui renda	
Marcar a opção que informa a renda do entrevistado, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar como renda os valores auferidos com mesada e bolsa.	
21. Qual é a renda familiar? (Salário mínimo = R\$ 724,00) <input type="checkbox"/> 1. Até um salário mínimo (Até R\$ 724,00) <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1 até 2 salários mínimos (mais de R\$ 724,00 até R\$ 1448,00) <input type="checkbox"/> 3. Mais de 2 até 5 salários mínimos. (mais de R\$ 1448,00 até R\$ 3620,00) <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5 até 10 salários mínimos (mais de R\$ 3620,00 até R\$ 7240,00) <input type="checkbox"/> 5. Mais de 10 até 20 salários (mais de R\$ 7240,00 até R\$ 14480,00) <input type="checkbox"/> 6. Mais de 20 salários (mais de R\$ 14480,00) <input type="checkbox"/> 7. Ninguém possui renda na minha família	
Marcar a opção que informa a soma de todos os moradores do domicílio, tendo como referência o salário mínimo vigente, que é de R\$724,00. Considerar os valores encaminhados por terceiros para as pessoas que residem na casa, pensão alimentícia (espontânea ou via ação judicial), recebimento de aluguel e sublocação ou arrendamento de móveis, imóveis, máquinas, equipamentos, animais, seguro-desemprego, benefício do Programa Bolsa-Família, etc.	
22. A casa onde o (a) Sr.(a) mora é: <input type="checkbox"/> 1. Própria e quitada <input type="checkbox"/> 2. Cedida <input type="checkbox"/> 3. Alugada <input type="checkbox"/> 4. Ocupada por invasão <input type="checkbox"/> 5. Financiada <input type="checkbox"/> 6. Outro	
"Própria" equivale a "casa própria quitada" e "Financiada" equivale à "casa não quitada" Entende-se por cedida a casa que foi emprestada ou doada".	
23. Quantos banheiros existem na sua casa?	
Registrar tanto o número de banheiros, como o de sanitários de uso exclusivo dos moradores que residem no domicílio selecionado. Considerar como banheiro local destinado a banho, que também dispõe de vaso sanitário ou buraco para dejeções. Considerar como sanitário o local limitado por paredes, que tenha vaso sanitário ou buraco para dejeções.	
24. Quantos cômodos a sua casa tem?	
Considerar como cômodo aqueles espaços que fazem parte do domicílio e que se encontram cobertos por um teto e limitados por paredes. Não são considerados cômodo: alpendre e varanda coberta; corredores de ligação entre cômodos, garagem, depósitos e outros locais utilizados para fins não residenciais.	

25. O (a) Sr.(a) ou alguém na sua casa possui plano de saúde? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar apenas as pessoas que moram na casa. Considerar como Plano de Saúde o atendimento de saúde contratado e pago mensalmente pelo indivíduo ou seu empregador, que é prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (Hospitals, clínicas, Cooperativas, Laboratórios, etc). Este item inclui o servidor público (civil ou militar) que paga mensalidade todo mês, por meio de desconto em folha, ao seu Instituto de assistência médica.	
26. Quantas pessoas de sua casa são cobertas pelo plano de saúde? _____ pessoas	
Marcar a opção que informa se o número de pessoas do domicílio que são cobertas pelo plano de saúde.	
27. Existe Unidade Básica de Saúde/Posto de Saúde perto da sua casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Informar se existe ou não perto de casa: Unidade Básica de Saúde ou Posto de Saúde. Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se é perto para ele, segundo o seu ponto de vista.	
Quais os tipos de veículos que os moradores da sua casa possuem? 28. Bicicleta () 1. Sim () 2. Não 29. Automóvel ou caminhonete () 1. Sim () 2. Não 30. Motocicleta () 1. Sim () 2. Não 31. Van ou Ônibus () 1. Sim () 2. Não 32. Caminhão () 1. Sim () 2. Não 33. Outro. () 1. Sim () 2. Não 34. Qual? _____	
Considerar bicicleta enquanto veículo usado para o deslocamento. Não considerar a bicicleta infantil. Considerar caminhonete o veículo destinado ao transporte de carga com peso bruto total de até três mil e quinhentos quilogramas.	
35. Na sua casa, existem pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa? (idoso, pessoa com deficiência, doenças crônicas, doença mental, etc.) () 1. Sim () 2. Não	
Bebês e crianças só devem ser considerados se tiverem uma deficiência ou doença que demande "ser cuidado" de forma especial e diariamente.	
36. Quantas pessoas se encontram nessa condição de precisar de cuidados de outros? _____ () NSA	
Informar o número de pessoas. O "Não se aplica" - NSA significa que não existem na casa pessoas que necessitam ser cuidadas por outra pessoa.	
37. Quantas pessoas moram na sua casa? _____	
Considerar moradores do domicílio todos que moram na mesma casa, aqueles que acessam a casa através da mesma entrada, não tendo necessidade de passar pela moradia de outras pessoas para entrar ou sair. Também serão considerados moradores aqueles que se encontrarem na casa e que não tenha outro local de residência habitual, bem como aqueles que estiverem ausentes no dia da entrevista, por um período inferior a 12 meses, tendo a casa como residência habitual. Eles poderão estar ausentes pelos seguintes motivos: viagem/turismo, negócio, consulta, etc); permanência no local de trabalho; internação em colégio, pensionato ou em casa de parentes por motivo apenas de estudos, internação em hospital e estabelecimento similar ou detenção sem sentença definitiva, etc.(PNS) Na existência de mais de uma moradia em um mesmo lote, cujo número de endereço seja o mesmo, realizar um sorteio para a escolha do domicílio a ser entrevistado.	

Folha para informações sobre os moradores (o entrevistado entra neste quadro e é a referência para os demais – pessoa 1)

RELAÇÃO E SITUAÇÃO DOS MORADORES:					
Moradores	Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Ocupação
Pessoa 1 (o entrevistado)	_____ (pode ser só o primeiro nome)	xxxxxxxxx	_____	()1. Nunca estudou ()2. Nunca estudou mas sabe ler e escrever ()3. Alfabetização de jovens e adultos ()4. Até a 4ª série do ensino fundamental ()5. Até a 8ª série do ensino fundamental ()6. Ensino médio completo ()7. Ensino médio Incompleto ()8. Nível superior completo ()9. Nível superior Incompleto ()10. Pós-graduação	()1. Trabalho formal ()2. Trabalho informal ()3. Aposentado por invalidez ()4. Aposentado por tempo de serviço ()5. Aposentado mas trabalhando ()6. Desempregado ()7. Trabalho familiar ()8. Benefício Social. Qual? _____ ()9. Procurou emprego nos últimos 30 dias? ()10. Estudante ()888. NSA (criança)
Pessoa 2	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 3	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 4	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 5	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 6	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 7	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 8	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 9	_____	_____	_____	_____	_____
Pessoa 10	_____	_____	_____	_____	_____

Considera-se a ocupação "Do Lar", como trabalho familiar. Desta forma pode ser marcada mais de uma resposta

A opção *Nunca estudou* também refere-se a indivíduos que possuem idade inferior a seis anos de idade, bem como aqueles que são portadores de doença mental grave, como por exemplo, paralisia cerebral grave.

Em relação à escolaridade, considerar:

NOMENCLATURAS ANTERIORES			NOMENCLATURA ATUAL
Primário incompleto	→ 1ª a 4ª série incompleta do 1º grau	→ 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental	1ª a 9ª série incompleta do Ensino Fundamental I e II
Primário completo	→ 4ª série completa do 1º grau	→ 4ª série completa do Ensino Fundamental	
Ginásio incompleto	→ 5ª a 8ª série incompleta do 1º grau	→ 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental	
Ginásio completo	→ 1º grau completo	→ Ensino Fundamental completo	1ª a 9ª série completa do Ensino Fundamental I e II
Científico, normal ou curso profissionalizante incompleto	→ 2º grau incompleto	→ Ensino Médio incompleto	
Científico, normal ou curso profissionalizante completo	→ 2º grau completo	→ Ensino Médio completo	
Curso universitário	→ Curso do 3º grau incompleto	→ Ensino Superior incompleto	
Curso universitário	→ Curso do 3º grau completo	→ Ensino Superior completo	

CRIANÇA	
38. Aqui, na sua casa, tem crianças? (Idade: até 9 anos, 11 meses e 29 dias) () 1. Sim () 2. Não ATENÇÃO: Se a resposta for não, pule para a questão 108. Considere apenas criança viva	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do Interior para consultar, etc.	
39. Quantas crianças? _____ () 888. NSA	
Informar número de crianças vivas.	
40. Alguma criança desta família mora em outra casa? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que são da mesma família, mas que por algum motivo moram fora. Exemplo: estudam fora, moram com um dos pais separados, com os avós, etc.	
ATENÇÃO: para as perguntas 41, 42, 43 e 44, considere crianças que tenham até 2 anos de idade. Se houver mais de uma, escolha a mais velha entre as que têm até dois anos.	
41. Quanto tempo após o nascimento ela consultou com profissional de saúde? (desconsiderar maternidade) _____ dias _____ meses _____ anos () 1. Não sei () 888. NSA Se não houver crianças até dois anos, pule para a questão 45	
Número de dias. Considerar qualquer consulta realizada com profissional da saúde em casa ou em consultório/Centro de Saúde/UPA, etc depois de sair da maternidade.	
42. O (a) Sr.(a) recebeu a caderneta de acompanhamento da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se da caderneta da criança, que inclui vacinação, consultas e peso ao nascer.	
43. Esta criança é levada para as consultas de acompanhamento conforme estabelecido pela caderneta da criança? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Pretende-se verificar se a criança está sendo acompanhada em sua saúde e desenvolvimento por um serviço de saúde e se a família segue as orientações contidas na caderneta da criança.	
44. A vacinação desta criança está em dia, conforme o calendário vacinal para a idade? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Trata-se do calendário do Ministério da Saúde, caso a criança tenha sido vacinada com base no calendário da Sociedade Brasileira de Pediatria a resposta deve ser considerada como sim pois já inclui as do Ministério da Saúde.	
45. Considerando a criança mais nova em idade escolar (4 a 10 anos), que idade ela tinha quando foi matriculada pela primeira vez em uma instituição de ensino? _____ anos ATENÇÃO: Para esta questão (questão 45), se houver mais de uma criança, considere a mais nova, em idade escolar.	
Considerar a primeira matrícula efetuada.	
ATENÇÃO: para todas as demais perguntas, considere todas as crianças da casa.	
46. Considerando todas as crianças da casa: nos últimos 12 meses, alguma delas já precisou ser internada? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Considerar todas as crianças que residem na casa, exceto aquelas que estão de passagem por período inferior a 30 dias, como férias ou vieram do Interior para consultar, etc. Considera-se qualquer tempo de internação superior a 24 horas, em serviço de saúde público ou privado. Menos que este tempo, não considerar como internação.	
47. Por qual motivo esta internação ocorreu? (Se houver mais de uma, considerar a última) () 1. Acidente ou lesão () 2. Tratamento clínico () 3. Tratamento cirúrgico () 4. Exame médico () 5. Problema de saúde mental () 6. Outro problema () 7. Não sei () 888. NSA	
A opção Não se Aplica significa que não ocorreu internação nos últimos 12 meses.	

48. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa foi ao dentista? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Não se aplica significa que na casa não existem crianças.	
49. Por qual motivo? (Considere a última vez que uma criança foi ao dentista) () 1. Prevenção/controle () 2. Tratamento dentário () 3. Dor () 4. Acidente () 5. Não foi ao dentista () 6. Não sei () 888. NSA	
Acidente refere-se à qualquer evento ocorrido que cause alguma lesão ou traumatismo (fraturas, luxações, etc) aos dentes, como por exemplo, quedas, espancamentos, acidentes de transporte, mordidas em qualquer alimento muito sólido ou em objetos, etc.	
50. Nos últimos 12 meses, alguma criança da sua casa parou de estudar? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança com 6 anos ou mais no domicílio visitado.	
51. Por qual motivo ela deixou de ir à escola? (Se houver mais de uma criança, considere a que deixou a escola por último) () 1. Violência em casa () 9. Pais não levaram () 2. Violência no bairro () 10. Para ajudar em casa () 3. Violência na escola () 11. Não gosta da escola () 4. Acidente () 12. Outros () 5. Mudança de endereço () 13. Não deixou de ir à escola () 6. Precisou trabalhar () 14. Não sei () 7. Distância () 888. NSA () 8. Doença	
Não se aplica (NSA) significa que não existe criança no domicílio visitado. Havendo mais de uma criança, considerar a última.	
Como os membros da família, que residem na casa, corrigem as crianças? 52. Com conversa, orientação, negociação () 1. sim () 2. Não () 888NSA 53. Param de conversar () 1. sim () 2. Não () 888NSA 54. Gritam () 1. sim () 2. Não () 888NSA 55. Tomam objetos pessoais ou cortam a mesada () 1. sim () 2. Não () 888NSA 56. Trancam no quarto, colocam em um canto () 1. sim () 2. Não () 888NSA 57. Usam medidas humilhantes/constrangedoras () 1. sim () 2. Não () 888NSA 58. Batem com a mão, beliscam, puxam a orelha () 1. sim () 2. Não () 888NSA 59. Batem com objeto (vara, chicote, etc) () 1. sim () 2. Não () 888NSA 60. Ferem com objeto (cigarro, estilete, faca, fogo, etc) () 1. sim () 2. Não () 888NSA 61. Amarram () 1. sim () 2. Não () 888NSA 62. Outra coisa () 1. sim () 2. Não () 888NSA	
Correção entendida como qualquer ação que vise modificar algum comportamento da criança considerado inadequado.	
Nos últimos 12 meses, alguma criança dessa casa presenciou cenas violentas, como: 63. Agressão física, por força corporal/espancamento () 1. sim () 2. Não 64. Agressão com arma de fogo (revólver, escopeta, pistola) () 1. sim () 2. Não 65. Agressão com objeto cortante (faca, navalha, punhal, tesoura) () 1. sim () 2. Não 66. Agressão com objeto contundente (pau, cassetete, ferro, pedra) () 1. sim () 2. Não 67. Agressão com arremesso de substância/objeto () 1. sim () 2. Não 68. Envenenamento () 1. sim () 2. Não 69. Agressão Sexual () 1. sim () 2. Não 70. Agressão Psicológica (humilhar, xingar, gritar, ameaçar bater, ameaçar expulsar de casa) () 1. sim () 2. Não 71. Outras () 1. sim () 2. Não	
"presenciar" equivale a "ver", "testemunhar", "observar"	

Na sua casa, alguma criança já passou por alguma das situações descritas abaixo?:					Quem foi o agressor?	
72. Sofreu xingos, ameaças	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	73. _____	() 888. NSA
74. Sofreu abuso sexual (ato em si, "bolinação")	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	75. _____	() 888. NSA
76. 86. Foi machucada por correção	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	77. _____	() 888. NSA
78. Foi ameaçada/ferida por arma de fogo	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	79. _____	() 888. NSA
80. Foi ameaçada/ferida por arma branca	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	81. _____	() 888. NSA
82. Perdeu à força objetos pessoais	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	83. _____	() 888. NSA
84. Teve a mesada cortada	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	85. _____	() 888. NSA
86. Ficou trancada no quarto/canto (mais de 1/2h)	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	87. _____	() 888. NSA
88. Sofreu humilhação ou constrangimento	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	89. _____	() 888. NSA
90. Apanhou com a mão (palmada)	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	91. _____	() 888. NSA
92. Apanhou/foi ferida com objeto	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	93. _____	() 888. NSA
94. Foi amarrada	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não	95. _____	() 888. NSA
96. Foi cuidada por pessoas menores de 15 anos	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não		
97. Ficou só em casa sem a presença de adulto	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não		
98. Teve livre acesso a lugares altos ou a rua	() 1sim. Menino	() 2sim. Menina	() 3.ambos	() 4.Não		
<p>Considerar apenas as crianças que residem na casa. Se não houver crianças na casa, marcar NÃO para as perguntas pares e NSA para as perguntas ímpares. Em relação ao agressor, informar quem foi. Havendo mais de um, registrar todos.</p> <p>Abuso sexual na infância ou na adolescência: define-se como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais que são inapropriadas à sua idade e seu desenvolvimento psicossocial. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (GAUDERER, EC., MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. <i>Jornal de Pediatria</i>, vol. 68 (7,8), 1992)</p> <p>A bolinação, assédio ou passar a mão dizem respeito ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente.</p> <p>Podem ser exemplos de agressores: Pai/Mãe, Padrasto/Madrasta, Irmão(ã), Outro parente (informar qual grau de parentesco)/ Amigo(as)/conhecido(as), Policial/agente da lei, Profissional de saúde, Profissional da escola, Vizinho, etc.</p> <p>Ignore o "85" que está escrito no início da pergunta 76, foi erro de digitação.</p> <p>As perguntas 96 a 98 não indicam violência, portanto, não possuem "agressor", eles indicam uma maior vulnerabilidade da família.</p>						
ATENÇÃO: Se a resposta for não para todas as questões de 72 a 98, pule para a questão 108						
99. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança foi levada a algum serviço de saúde?						
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA						
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.						
100. Por causa dessa(s) agressão (s), a criança precisou ficar internada por 24 horas ou mais?						
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA						
Considerar todas as agressões.						
Esta criança teve ou ficou com alguma sequela e/ou incapacidade (problemas de saúde) decorrentes da agressão?						
101. Emocionais/Psicológicos (timidez, agressividade, depressão, ansiedade, pânico ou medo)	() 1sim	() 2.Não	() 888.NSA			
102. Física (lesão, deformidade, cicatrizes)	() 1sim	() 2.Não	() 888.NSA			
103. Cognitiva (baixo rendimento na escola, perda de memória)	() 1sim	() 2.Não	() 888.NSA			
104. Outros	() 1sim	() 2.Não	() 888.NSA			
Esta pergunta aceita mais de uma resposta						

105. Foi feita denúncia da agressão?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 888. NSA		
Denúncia equivale a "declaração ou comunicação formal".		
106. Alguma criança desta casa foi encaminhada para serviço de proteção à criança?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 888. NSA		
O Serviço de Proteção à Criança visa a garantir os direitos de crianças e adolescentes, em cumprimento ao estabelecido por lei.		
107. Se sim, para qual serviço a criança foi encaminhada?		
<input type="checkbox"/> 1. Delegacia de Polícia <input type="checkbox"/> 2. Conselho Tutelar da criança <input type="checkbox"/> 3. Promotoria da Criança <input type="checkbox"/> 4. Outros <input type="checkbox"/> 5. Não foi encaminhada <input type="checkbox"/> 6. Não sei <input type="checkbox"/> 888. NSA		
A opção "outros" refere-se a outros serviços não incluídos nas opções acima. Em alguns Estados, diversas instituições se unem para criar uma rede de apoio, em que participam órgãos da Prefeitura, Secretarias Estaduais de Educação, hospitais, universidades, Juizado da Infância e Juventude, Sociedade de Pediatria, Fundações, Institutos e ONGS.		
108. Na sua casa, alguma criança morreu?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 888. NSA		
Atenção: Se a resposta for não, pule para a questão 111		
Verificar se alguma criança daquele domicílio morreu.		
Havendo mais de uma criança, considerar a última.		
109. Se alguma criança morreu, qual foi a causa?		<input type="checkbox"/> 888. NSA
Identificar o(s) possível(is) agente(s) causador(es) da morte da criança.		
Considerar a criança mencionada na questão 108.		
110. Se sim, qual idade a criança tinha? _____ <input type="checkbox"/> 888. NSA		
(Se mais de uma criança morreu, considere a que morreu por último)		
Identificar a idade que a criança tinha quando morreu.		
VIOLENCIA		
O Sr.(a) ou alguém que reside ou residia na sua casa já foi ameaçado ou sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?		Quem foi o agressor?
111. Física	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	112. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
113. Verbal	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	114. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
115. Moral ou Psicológica	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	116. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
117. Sexual	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	118. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
119. Discriminação por racismo	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	120. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
121. Falta de acesso a direitos sociais	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	122. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
123. Falta dos cuidados necessários	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	124. _____ <input type="checkbox"/> 888NSA
ATENÇÃO: se as respostas das questões de 111 a 123 forem NÃO, pule para a questão 140		

Violência Física (também denominada *maus-tratos físicos ou abuso físico*): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008)

Violência Psicológica(ou moral): é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Sexual: é qualquer conduta que constranja, a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; Impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, a gravidez, ao aborto, a prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal prática é considerada crime mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro (a), esposo (a), ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga uma outra a realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Ex.: Joques sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as; estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

Violência Verbal: violência em que uma pessoa ataca outra violentamente com palavras de baixo calão ou palavras injuriosas. O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal.

Falta de cuidados necessários refere-se à **negligência/abandono**: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as intempéries do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como **direitos sociais**: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados.

A opção **Não se Aplica- NSA**, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses).

Para o item "agressor", usar a lista da pergunta 425 e seguintes: Pai, Mãe, Tio(a), Irmão(a), Filho(a), Padrasto, Madrasta, Parceiro(a); esposo(a), Chefe ou colega de trabalho, Bandido, ladrão, assaltante, Policial ou guarda municipal, Segurança ou porteiro, Profissional da saúde, Profissional da escola, Vizinho ou conhecido

Em que local essa(s) violência (s) ocorreu (ocorreram?)			
125. No domicílio	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
126. No trabalho	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
127. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
128. Na rua	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
129. No clube, em praça de esporte, academia	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
130. No bar ou similar	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
131. Outros	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Esta pergunta pretende identificar o local onde a violência ocorreu. "Praça de esporte" refere-se a locais de práticas esportivas, tais como quadras (futebol, voleibol, basquetebol, etc), pista de atletismo, patinação, ginásio... "Bar ou similar", refere-se a restaurante, botiquim, lanchonete, casa de shows, discoteca ou danceterias. A opção Não se Aplica- NSA, significa que o entrevistado desconhece que algum de seus familiares tenha sofrido algum tipo de violência (nos últimos 12 meses) ou acredita que ela não tenha ocorrido entre eles (nos últimos 12 meses). A opção "outros" refere-se a qualquer outro local não descrito acima, tais como: agências bancárias, caixas eletrônicos, lotéricas etc.			
Se o Sr(a) ou alguém de sua casa sofreu violência física, ela foi cometida com:			
132. Força corporal/espionamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
133. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
134. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
135. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
136. Arremesso de substância/objeto quente	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
137. Lançamento de objetos	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
138. Envenenamento	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
139. Outra coisa	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Informar qual foi o meio utilizado para agredir fisicamente. Pode-se marcar mais de uma alternativa.			
140. Alguém da sua casa/família já tentou suicídio? Quantas vezes? () 1. Nenhuma vez () 2. Uma vez () 3. Duas ou três vezes/pessoas () 4. Mais de três vezes () 5. Não sei			
Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa). Considerar tentativa de suicídio a ação pela qual o indivíduo se esforçou para obter o resultado morte, mas não obteve êxito.			
141. Alguém da sua casa já se suicidou? () 1. Sim () 2. Não			
Considerar suicídio a ação pela qual o indivíduo consegue matar a si mesmo.			
Se a resposta for não pule para a questão 143			
142. Se alguém da sua casa ou família já se suicidou,, qual foi o meio utilizado? () 1. Envenenamento/intoxicação () 5. Pulou de lugar elevado () 2. Enforcamento () 6. Outro () 3. Arma de fogo () 7. Prefiro não responder () 4. Objeto perfuro cortante () 888. NSA			
Considerar pessoas da casa (que residem na mesma casa) e da família (que residem em outra casa). Identificar o meio utilizado para alcançar a morte.			

Questionário Individual

SAÚDE	
143. O Sr(a) tem uma religião que pratica regularmente? () 1. Sim () 2. Não	
Religião entendida enquanto fé e devoção expressadas por meio de um conjunto de princípios, crenças e práticas de doutrinas religiosas. "prática" refere-se a fazer o que a religião solicita, como por exemplo, ir aos cultos/sermões, sacrifícios, meditações, etc.	
Alguma vez o médico disse que o (a) Sr. (a) tem:	
144. Diabetes () 1.sim () 2.não	
145. Hipertensão Arterial (Pressão Alta) () 1.sim () 2.não	
146. Doença do Coração () 1.sim () 2.não	
147. Doenças respiratórias (Asma/enfizema pulmonar) () 1.sim () 2.não	
148. Câncer () 1.sim () 2.não	
149. Depressão () 1.sim () 2.não	
150. Ansiedade/outro problema psiquiátrico () 1.sim () 2.não	
151. Alzheimer/Demência () 1.sim () 2.não	
152. Parkinson () 1.sim () 2.não	
153. Acidente Vascular Cerebral – AVC (Derrame) () 1.sim () 2.não	
154. Colesterol alto () 1.sim () 2.não	
155. Reumatismo ou Artrite/Artrose () 1.sim () 2.não	
156. Doença Renal () 1.sim () 2.não	
157. Dor crônica no corpo (mais de 03 meses de duração) () 1.sim () 2.não	
158. Outro (s): _____ () 1.sim () 2.não	
Esta pergunta pretende saber se alguma vez na vida o indivíduo recebeu algum diagnóstico médico das doenças acima descritas e/ou outras não relacionadas. Como o questionário é autorreferido, quem irá identificar se possui ou não as doenças supracitadas e/ou outras será o entrevistado, baseado em diagnóstico mencionado pelo(a) médico(a).	
159. O Sr(a) ou alguém da sua família é portador de alguma deficiência? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar o entrevistado ou alguém de sua família (não apenas do domicílio)	
«Uma deficiência é um problema numa função ou estrutura do corpo; uma limitação de atividade é uma dificuldade que um indivíduo encontra na execução de uma tarefa ou ação; enquanto que a restrição na participação é um problema com que um indivíduo se depara nas situações da vida. Assim, a deficiência é um fenómeno complexo, que reflete a interação entre as características do corpo de uma pessoa e as características da sociedade na qual ela vive» (Organização Mundial de Saúde).	
Considerar todo e qualquer tipo de deficiência. Deficiência física, em que existe uma total ou parcial alteração de uma ou mais partes do corpo, levando ao comprometimento da função física (paraplegia, tetraplegia, amputação, paralisia cerebral, lesão de uma ou mais partes do sistema nervoso central, etc); Deficiência Auditiva, em que há a perda total ou diminuição na capacidade do indivíduo escutar os sons (o indivíduo não reage a sons, necessitando do contato visual para responder a alguém, pois ele acaba fazendo é a leitura labial), Deficiência Visual, caracterizada pela perda de visão ou pela incapacidade de correção da visão por meio do uso de óculos ou lentes de contato (incapacidade para leitura e de reconhecimento de pessoas), a Deficiência Mental, que se manifesta na infância ou adolescência, sendo caracterizada pelo funcionamento intelectual inferior à média e limitações importantes em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (dificuldade total ou parcial de comunicação, de se relacionar socialmente, do autocuidado, de trabalhar, etc) e a Deficiência Múltipla (duas ou mais deficiências presentes).	

179. Esta dificuldade para dormir ocorre quantos dias por semana? () 1. 1 dia/semana () 2. De 2 a 3 dias/semana () 3. Mais de 4 dias/semana () 888. NSA	
Identificar a frequência com que o entrevistado apresenta as dificuldades descritas acima	
180. Atualmente o (a) Sr.(a) toma algum remédio para dormir? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Considerar medicamentos.	
181. O (a) Sr.(a) ingere bebida alcoólica? () 1. Sim () 2. Não () 3. Já bebi e não bebo mais	
ATENÇÃO: caso a resposta seja Não ou Não bebo mais, pule para a questão 192	
Pretende-se identificar a prevalência do uso da bebida alcoólica, que constitui fator de risco para a ocorrência de acidentes e violências.	
Que tipo de bebida o (a) Sr.(a) bebe?	
182. Fermentada (cerveja, vinho) () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
183. Destilada (whisky, cachaça, etc.) () 1. sim () 2. Não () 888NSA	
184. Composta (licor) () 1. sim () 2. Não () 888NSA	
185. Outra (s) () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta permite mais de uma alternativa.	
186. Quantos dias por semana o sr(a) costuma tomar bebida alcoólica? _____ () 888. NSA	
Pretende-se identificar o consumo de bebidas alcoólicas no período de uma semana e verificar se o consumo é ocasional ou habitual. Se a pessoa bebe menos de 1 vez/semana, marcar NSA.	
187. Em geral, no dia em que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) sr(a) consome? (Considere: 1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja (350 ml), 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) _____ () 888. NSA	
Pretende-se identificar se o consumo de bebida alcoólica é ocasional ou habitual	
188. O (a) Sr.(a) já pensou em largar a bebida? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Busca-se identificar se o entrevistado alguma vez na vida teve o desejo ou a vontade de parar de beber.	
189. O (a) Sr.(a) ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
190. O (a) Sr.(a) sentiu-se mal ou culpado pelo fato de beber? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o sentimento do(a) entrevistado(a) em relação a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.	
191. O (a) Sr.(a) bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca? () 1. Sim () 2. Não () 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a frequência do consumo de bebida alcoólica e fatores associados.	

<p>192. Quando o (a) Sr.(a) está doente ou precisando de atendimento de saúde, onde costuma ir primeiro?</p> <p>() 1. Farmácia</p> <p>() 2. Unidade básica de saúde do SUS (posto, centro de saúde ou PSF)</p> <p>() 3. Unidade de Pronto Atendimento Pública (UPA)</p> <p>() 4. Pronto-socorro ou emergência de hospital Público</p> <p>() 5. Consultório ou clínica</p> <p>() 6. Ambulatório ou consultório de empresa, sindicato ou cooperativa</p> <p>() 7. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado/convênio ou plano de saúde</p> <p>() 8. Outro serviço</p> <p>() 9. Não vai a lugar nenhum</p>	
<p>As UPA, PA e UAI são unidades de pronto atendimento. Exemplo:</p> <p>UPA: Unidade de Pronto Atendimento (BH)</p> <p>PA: Pronto Atendimento (Ribeirão das Neves)</p> <p>UAI: Unidade de Atendimento Imediato (Betim)</p>	
<p>193. Quando foi a última vez que o (a) Sr.(a) procurou atendimento de algum médico ou profissional da saúde?</p> <p>() 1. Menos de 6 meses</p> <p>() 2. Entre 6 meses e 1 ano</p> <p>() 3. Entre 1 e 2 anos</p> <p>() 4. A mais de 2 anos</p>	
<p>Pretende-se verificar a demanda do serviço de saúde pelo entrevistado. Erro de ortografia – a resposta 4 é "Há mais de 2 anos".</p>	
<p>194. Quantas consultas médicas o (a) Sr.(a) teve nos últimos 12 meses?</p> <p>() 1. Nenhuma</p> <p>() 2. Entre 1 e 2</p> <p>() 3. Entre 3 e 5</p> <p>() 4. Acima de 5</p>	
<p>Identificar o número de vezes que o entrevistado consultou o médico nos últimos 12 meses.</p>	
<p>195. O (a) Sr.(a) necessitou de Internação Hospitalar nos últimos 12 meses?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p>	
<p>Se a resposta for não, pule para a pergunta 197</p>	
<p>Identificar a demanda para a internação.</p>	
<p>196. Após a Internação o (a) Sr.(a) apresentou algum tipo de incapacidade/sequela?</p> <p>() 1. Não</p> <p>() 2. Física ou neurológica</p> <p>() 3. Psicológica/emocional</p> <p>() 888. NSA</p>	
<p>Internação hospitalar refere-se ao período, superior a 24 horas, em que o indivíduo permaneceu em um leito hospitalar para a realização de algum tratamento ou procedimento clínico ou cirúrgico.</p>	
<p>197. Como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde, nos últimos 02 meses?</p> <p>() 1. Muito ruim</p> <p>() 2. Ruim</p> <p>() 3. Regular</p> <p>() 4. Boa</p> <p>() 5. Muito boa</p>	
<p>O entrevistado irá avaliar o seu estado de saúde segundo o seu próprio ponto de vista.</p>	
<p>198. Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida nos últimos 02 meses?</p> <p>() 1. Muito ruim</p> <p>() 2. Ruim</p> <p>() 3. Regular</p> <p>() 4. Boa</p> <p>() 5. Muito boa</p>	
<p>O entrevistado irá avaliar a sua qualidade de vida nos últimos 02 meses, segundo o seu próprio ponto de vista. A qualidade de vida diz respeito às suas condições de vida, em todos os seus aspectos(físico, psíquico, mental, espiritual, social). Portanto não deve ser confundida com padrão de vida.</p>	

199. Quando o Sr. (a) apresenta algum problema de saúde, o Sr. (a): <input type="checkbox"/> 1. Procura imediatamente a unidade de saúde <input type="checkbox"/> 2. Espera para saber se vai melhorar <input type="checkbox"/> 3. Deixa a situação ficar mais grave para tomar alguma atitude <input type="checkbox"/> 4. Não toma atitude alguma <input type="checkbox"/> 5. Usa remédio por conta própria <input type="checkbox"/> 6. Outra ação. Qual? _____	
Pretende verificar o autocuidado do entrevistado, identificando o seu comportamento diante de algum problema de saúde.	
Em sua opinião, o que pode dificultar sua procura pelo serviço de saúde, em caso de algum problema? 200. Horário de funcionamento dos serviços de saúde <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não 201. Demora e/ou dificuldade de conseguir atendimento <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não 202. Falta de tempo devido ao trabalho <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não 203. Não gostar de falar de seus problemas <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não 204. Achar que não é importante ou que vai sarar sozinho <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não 205. A falta de qualidade do serviço <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não 206. Não gostar de médico <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não 207. Ter medo ou vergonha <input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. Não	
Pretende identificar os principais motivos considerados entraves, que levam ou podem levar o indivíduo a desistir de buscar atendimento médico em qualquer serviço de saúde.	
O Sr (a): 208. Faz avaliação de saúde sem estar doente <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não 209. Faz exames indicados pelo médico <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não 210. Usa corretamente medicamentos prescritos <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não 211. Faz exame do Intestino rotineiro (quando indicado) <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não 212. Realiza tarefas domésticas <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não 213. Conversa sobre seus problemas <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não 214. Acompanha algum familiar ao médico <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 888 NSA 215. Acompanha a vida escolar dos filhos <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888 NSA	
As questões acima podem ser respondidas tanto pelo homem, quanto pela mulher. Não se aplica(NSA) significa que o entrevistado não possui familiares e/ou não possui filhos.	
Atenção: As perguntas de 216 e 217 devem ser feitas caso o entrevistado seja homem. Se for mulher pule para a pergunta 218 216. Faz exame preventivo de câncer de próstata <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888 NSA 217. Acompanha o pré-natal/parto da sua esposa <input type="checkbox"/> 1.sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 218. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ganhar mais <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 219. Fica incomodado(a) pela parceira (o) ter sucesso <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 220. Fica incomodado(a) pela parceira (o) sair com amigos <input type="checkbox"/> 1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 221. Fica incomodado(a) com homossexualismo <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/> 888.NSA	
Identificar comportamentos descritos realizados pelos homens.	

AMBIENCIA					
ATENÇÃO: As perguntas a seguir deverão ser efetuadas considerando TODOS os serviços de saúde utilizados pelo usuário. Considerar serviços de saúde públicos ou privados utilizados nos últimos 12 meses.					
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém da sua casa utilizou os seguintes serviços de saúde?					
222. Hospital	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
223. UPA (Pronto Atendimento):	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
224. Maternidade	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
225. Unidade de Saúde/Posto de Saúde	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
226. Consultório	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
227. Clínica	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
228. Clínica de hemodiálise	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
229. Outro	() 1. Sim. Público	() 2. Sim. Privado	() 3. Sim. Ambos	() 4. Não	() 5. Não sei
ATENÇÃO: Se você marcou não para todos os itens, pule para a questão 244					
Pronto atendimento refere-se a: UPA, UAI, PA. Público é o serviço fornecido pelo SUS					
226 – se a pessoa tiver ido a consultório de CS, UPA ou Hospital, marcar nos dois itens.					
Vamos falar do último serviço que o(a) Sr(a) procurou, nos últimos 12 meses. O Sr.(a) ficou satisfeito com o(a):					
230. Aparência e conforto em geral	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
231. Limpeza em geral	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
232. Iluminação e ventilação em geral	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
233. Estado de conservação dos mobiliários	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
234. Tamanho da recepção	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
235. Disponibilidade e número adequado de cadeiras da recepção	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
236. Atendimento dos profissionais da recepção	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
237. Atendimento do médico	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
238. Atendimento do pessoal de enfermagem	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
239. Tempo da consulta médica	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
240. Resolução do problema que o levou ao serviço	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
241. Atendimento do Posso Ajudar	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
242. Espaço físico do serviço de saúde	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
243. Acessibilidade (rampa, corrimão, banheiros para pessoas com deficiência...)	() 1. Sim	() 2. Não	() 366 NSA		
<p>Aparência geral corresponde a infraestrutura do prédio em que está localizado a unidade de saúde em que este foi atendido.</p> <p>Conforto corresponde ao sentimento de se "sentir bem", "sensação de bem estar" dentro da unidade de saúde. Se o ambiente é acolhedor.</p> <p>Tempo da consulta foi suficiente para conversar com o médico sobre o problema que levou a procurar o serviço.</p> <p>Resolução do problema o médico/enfermeiro conseguiu resolver o problema que levou a procurar o serviço.</p> <p>Posso ajudar é um serviço de orientação ao usuário por estagiários de cursos superiores da área da saúde. Em outros municípios pode ter outro nome.</p> <p>O tempo será medido quando o entrevistado entrou na unidade onde buscou o atendimento. Quando esta sai da triagem/acolhimento, o tempo que esperou para ser consultado pelo médico, após a consulta, o tempo que esperou para ser medicado ou o tempo que ficou na fila da farmácia para receber o remédio prescrito.</p>					

MEIO AMBIENTE		
244. O (a) Sr.(a) gosta da rua/bairro onde mora?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei		
gostar equivale a "ser agradável" ou "prazeroso" o bairro onde o entrevistado mora.		
Na rua onde o (a) Sr.(a) mora, existe:		
245. Rampa para cadeirante	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
246. Calçada/passeio	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
247. Esgoto a "céu aberto" ou vala	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
248. Calçamento na rua e pavimentação	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
249. Árvores (que dão sombra)	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
250. Bueiro/boca de lobo	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
251. Lixão, depósito de lixo tóxico ou acúmulo de lixo	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
252. Iluminação adequada e postes em bom estado	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
253. Buracos	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
254. Quebra-molas	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
255. Coleta seletiva de lixo	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
256. Barulho excessivo	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
257. Parques ou praças	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
258. Trânsito intenso	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
259. Placas de sinalização	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
260. Faixa para pedestres	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
261. Casas (prédios) com a fachada pintada	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
262. Casas abandonadas ou lotes vagos	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não
Entende-se por calçada, parte da via, normalmente sequejada e em nível diferente, não destinada à circulação de veículos, reservada ao trânsito de pedestres. Entende-se por calçamento o revestimento (como concreto, paralelepípedos, asfalto, pedras etc.) que cobre uma rua, uma calçada ou outra superfície pavimentada.		
263. Existem espaços para atividades físicas e de lazer perto da sua casa?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei		
Se a resposta for não, pule para a questão 265		
Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir o que é perto para ele e quais são estes espaços		
264. O (a) Sr.(a) frequenta esses espaços?		
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei		
O não se aplica significa que não existem espaços para atividades físicas e de lazer perto da casa do entrevistado ou que ele não sabe da existência dos mesmos.		
No seu bairro ocorrem catástrofes como:		
265. Enchentes	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei
266. Deslizamentos	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei
267. Desmoronamento de casas ou prédios	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei
268. Incêndios	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei
269. Outros	<input type="checkbox"/> 1. sim	<input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não sei
Considerar como "outros", situações tais como infestações por ratos ou demais animais peçonhentos, etc. Esta informação é autorreferida, ou seja, o entrevistado irá definir se ocorrem ou não as catástrofes relacionadas no bairro em que mora.		

<p>Que nota entre 0 e 10 o senhor dá para:</p> <p>270. Aparência de sua Casa</p> <p>271. Aparência de seu Bairro</p> <p>272. Aparência de sua Cidade _____</p> <p>273. Conservação dos Monumentos Históricos _____</p> <p>274. Conservação dos Espaços Públicos _____</p> <p>275. Conservação dos Pontos Turísticos _____</p>	
<p>Um monumento é uma estrutura (bustos, estátuas e obeliscos) feita de pedra, concreto, ferro fundido, ou bronze, construída com o propósito de comemorar um acontecimento importante ocorrido ao longo da história e/ou homenagear pessoas importantes de uma região. Em Belo Horizonte, temos o Pirulito da Praça Sete (obelisco), a Igreja da Pampuiha, a estátua de Tiradentes (Praça Tiradentes), a Cruz da Praça do Papa, etc.</p>	
TRABALHO	
<p>276. O(a) Sr.(a) trabalhou nos últimos 12 meses?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p> <p>Se marcou sim, pular para 278</p>	
<p>Considerar como "trabalhou" o indivíduo que esteve ocupado, ou seja, exerceu atividade e recebeu remuneração em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (alimentação, moradia, etc). Portanto, sua carteira poderá estar assinada ou não.</p>	
<p>277. Nos últimos 12 meses, qual a principal razão do (a) Sr.(a) não ter trabalhado?</p> <p>() 1. Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos</p> <p>() 2. Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho</p> <p>() 3. Estudos/treinamento</p> <p>() 4. Aposentado por tempo de trabalho/idade</p> <p>() 5. Aposentado por doença/invalidez</p> <p>() 6. Afastado por problema de saúde</p> <p>() 7. Outra () 888.NSA</p>	
<p>Motivo pelo qual o entrevistado não está exercendo nenhum trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), com ou sem carteira assinada.</p>	
<p>278. Atualmente, o (a) Sr.(a) trabalha?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p> <p>Se a resposta for NÃO, pule para a questão 308</p>	
<p>Registrar se o entrevistado está trabalhando ou não.</p>	
<p>279. Com que idade o (a) Sr.(a) começou a trabalhar? _____ anos () 888NSA</p>	
<p>A alternativa "Não se aplica" diz respeito ao entrevistado que nunca trabalhou fora, ou seja, nunca exerceu trabalho remunerado ou não remunerado quando criança ou adolescente (profissional ou atividade temporária).</p>	
<p>280. Considerando todos os seus trabalhos, quantas horas o (a) Sr.(a) trabalha por semana?</p> <p>() 1. até 20 horas semanais</p> <p>() 2. 21 a 30 horas semanais</p> <p>() 3. 31 a 40 horas semanais</p> <p>() 4. 41 a 44 horas semanais</p> <p>() 5. Mais de 44 horas semanais</p> <p>() 888. NSA</p>	
<p>Considerar apenas os trabalhos remunerados. O entrevistado que possui mais de um trabalho remunerado (profissional ou atividade temporária), deverá fazer o somatório de todas as horas trabalhadas por semana, de cada um dos trabalhos realizados. O tempo de deslocamento até os locais de trabalho não será contabilizado.</p>	
<p>281. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na ida para o seu trabalho principal?</p> <p>_____ horas e _____ minutos () 888. NSA</p>	
<p>O entrevistado deverá contabilizar o tempo gasto até o seu trabalho principal</p> <p>Trabalho Principal é considerado aquele em que o indivíduo teve maior tempo de permanência ou no caso de igualdade no tempo de permanência considera-se como principal o trabalho que normalmente proporciona maior rendimento (IBGE).</p>	

262. Em geral, quanto tempo o (a) Sr.(a) gasta na volta do seu trabalho principal?	
horas e minutos ()888. NSA	
O tempo gasto na volta do trabalho principal: o destino não deverá ser necessariamente a casa dele. Pode ser considerado em relação ao deslocamento deste trabalho até a escola/faculdade.	
263. Com que frequência o (a) Sr.(a) trabalha em horário noturno (após as 22:00 ou antes das 05:00) em algum dos seus trabalhos? ()1. Nunca ()2. 1 vez por semana ()3. 2 a 3 vezes por semana ()4. 4 ou mais vezes por semana ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar a quantidade de vezes que o entrevistado trabalha no período de 22 horas de um dia, às 5 horas da manhã do outro dia. A alternativa NSA (não se aplica) refere-se ao entrevistado que não trabalha fora, se encontra aposentado ou em afastamento por problema de saúde.	
264. Nos últimos 12 meses, com que frequência o (a) Sr.(a) trabalhou mais de duas horas extras em um mesmo dia? () Nenhuma ()1. 1 vez ()2. De 2 a 10 vezes por mês ()3. Diariamente ()4. NSA	
Esta pergunta pretende identificar o número de vezes em que o entrevistado realizou, no último ano, mais de duas horas extras em um MESMO dia (mesmo vínculo/empregador), considerando que a lei permite até 2 horas extras. Esta mesma lei não permite que se faça 3 horas extras em um dia e, no outro, não seja feita nenhuma.	
265. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) sofreu algum acidente de trabalho? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA Se a resposta for não, pular para a questão 268	
Consideram-se acidente do trabalho a doença profissional e a doença do trabalho. Equiparam-se também ao acidente do trabalho: o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a ocorrência da lesão; certos acidentes sofridos pelo segurado no local e no horário de trabalho; a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e o acidente sofrido a serviço da empresa ou no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado e vice-versa. (http://www1.previdencia.gov.br , acesso em março/2014) O pulo está errado, o correto é 269.	
266. Se houve um acidente, a empresa expediu uma CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)? ()1.Sim ()2.Não ()888.NSA	
Verificar se este formulário foi emitido ou não pela empresa.	
267. Esse acidente deixou algum dano, seqüela ou deficiência? ()1. Sim ()2. Não ()888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado ficou com alguma perturbação física ou psicológica, enfim, de saúde, em decorrência do acidente de trabalho sofrido. Dano material não será considerado. Dano: Lesão/ trauma (não material) Seqüela: alteração anatômica ou funcional permanente Deficiência: a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica	

<p>288. Depois do acidente, o (a) Sr(a):</p> <p>() 1. Foi remanejado do posto de trabalho</p> <p>() 2. Fez reabilitação profissional</p> <p>() 3. Foi aposentado por invalidez</p> <p>() 4. Foi demitido</p> <p>() 5. Foi pressionado a pedir demissão</p> <p>() 6. Outro</p> <p>() 888.NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefe ou colega de trabalho, após o(a) entrevistado(a) ter sido acidentado(a).</p> <p>A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.</p>	
<p>Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade apresenta as seguintes condições :</p> <p>289. Limpeza Deficiente () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>290. Umidade excessiva () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>291. Ausência ou mau estado das instalações sanitárias () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>292. Ausência de vista para o exterior () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>293. Luz artificial permanente () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>294. Ruído excessivo () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>295. Vibrações () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar as condições ambientais a que o entrevistado se encontra exposto no seu local de trabalho</p>	
<p>Seu local de trabalho ou exercício da sua atividade exige:</p> <p>296. Ficar muito tempo de pé/postura penosa/fatigante () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>297. Efetuar deslocamentos a pé frequentes/longa duração () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>298. Levantar ou desloca objetos pesados () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>299. Tarefas monótonas ou repetitivas () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>300. Posição com risco de queda ou esmagamento () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>301. Posições com risco de afoçamento () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>302. Posições com risco de projeção de materiais () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>303. Contato com lixo/esgoto/ sangue/material contaminado () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>304. Contato com fumaça, cheiros fortes, poeira () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p> <p>305. Contato com outra situação negativa () 1.sim () 2.Não () 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar as condições de trabalho a que o entrevistado se encontra exposto no decorrer de sua atividade diária.</p>	
<p>306. No seu emprego atual existe Serviço de Medicina do Trabalho?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA</p>	
<p>Para esta pergunta considera-se também o serviço de Engenharia e Segurança do Trabalho.</p> <p>Esta pergunta pretende saber se o empregador oferece aos trabalhadores serviços de medicina do trabalho, tais como exames médicos ocupacionais: admissional, demissional, de mudança de função, de retorno ao trabalho e periódicos.</p> <p>Medicina do trabalho ou medicina ocupacional é uma especialidade médica que se ocupa da promoção e preservação da saúde do trabalhador. O médico do trabalho avalia a capacidade do candidato a determinado trabalho e realiza reavaliações periódicas de sua saúde dando ênfase aos riscos ocupacionais aos quais este trabalhador fica exposto.</p>	
<p>307. Com que frequência o (a) Sr.(a) faz exames médicos pela empresa?</p> <p>() 1. Só na admissão</p> <p>() 2. Uma vez por ano</p> <p>() 3. De dois em dois anos</p> <p>() 4. Em outros intervalos regulares</p> <p>() 888. NSA</p>	
<p>Esta pergunta pretende identificar se o empregador acompanha as condições saúde do trabalhador.</p>	

Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) viveu algum dos problemas abaixo no trabalho?		
308. Foi humilhado, insultado ou discriminado	() 1. sim () 2. Não () 888 NSA	
309. Exerceu função diferente daquela do contrato	() 1. sim () 2. Não () 888 NSA	
310. Demissão sem justa causa	() 1. sim () 2. Não () 888 NSA	
311. Salário inferior dos colegas da mesma função	() 1. sim () 2. Não () 888 NSA	
Esta pergunta pretende identificar comportamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho pela chefe ou colega de trabalho. A alternativa NSA (não se aplica) diz respeito ao entrevistado que não trabalhou nos últimos 12 meses.		
312. Nos últimos 12 meses o (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o (a) Sr.(a) teve alguma doença relacionada ao seu trabalho?		
() 1. Sim () 2. Não () 888. NSA		
Esta pergunta pretende identificar as doenças relacionadas ao trabalho do entrevistado e/ou de alguém que mora com ele, entendendo que doenças do trabalho são as alterações na saúde causadas pelas circunstâncias do trabalho a que o trabalhador se encontra exposto.		
313. Se respondeu sim à questão anterior, qual?		
O entrevistado deverá informar todas as doenças relacionadas ao trabalho.		
314. O(a) Sr.(a) ou alguém da sua família tem um trabalho que exige cumprimento de metas (produzir um mínimo estipulado pela empresa ou estabelecimento)		
() 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei () 888. NSA		
Esta pergunta pretende identificar se no ambiente de trabalho existe pressão por produção. Devem ser consideradas as pessoas que residem na mesma casa, e não os familiares em geral.		
TRÂNSITO		
Nos últimos 12 meses, quais meios de transporte abaixo o Sr.(a) utilizou várias vezes por semana?		
315. Carro (sendo o motorista)	() 1. sim () 2. não	
316. Carro (sendo passageiro)	() 1. sim () 2. não	
317. Motocicleta (sendo o condutor)	() 1. sim () 2. não	
318. Motocicleta (sendo o passageiro)	() 1. sim () 2. não	
319. Ônibus	() 1. sim () 2. não	
320. Veículos pesados (motorista ou passageiro)	() 1. sim () 2. não	
321. Bicicleta	() 1. sim () 2. não	
322. Sai a pé	() 1. sim () 2. não	
323. Outro	() 1. sim () 2. não	
Motorista, refere-se ao condutor que manobra um veículo de transporte. Passageiro, refere-se ao(a) ocupante(s) de veículo que não seja o motorista. Considere a utilização da bicicleta como veículo para fim de deslocamento, ou seja, com objetivo de chegar a um destino não importando se por lazer, trabalho, etc. Onde está escrito "Ônibus", considerar também a Van		
324. Nos últimos 12 meses O (a) Sr.(a) se envolveu em algum acidente de trânsito?		
() 1. Sim e houve vítimas () 2. Sim, mas não houve vítimas () 3. Não		
ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido "Não", pule para a questão 331		
Envolvimento refere-se à participação de uma pessoa em um acidente de trânsito como pedestre, passageiro ou motorista de transporte Individual (carro, motocicleta, bicicleta), coletivo (ônibus, trem, metrô) ou de carga (caminhão, caminhonete). Acidente de trânsito é todo acidente com veículo ocorrido na via pública (rua, estrada, rodovia, praça, calçada, passelo ou ponte). Refere-se à colisão ocorrida entre veículos, entre um veículo e um objeto (poste, construção, árvore, etc.), ao atropelamento de pedestres, que se deslocam a pé, em animais ou bicicletas, cadeira de rodas, carrinho de bebê, motocicletas, motonetas, patins, skate, etc, e ao capotamento, resultante da perda do controle da direção pelo motorista. As quedas ocorridas no interior de um veículo (Indivíduo estava em pé dentro de um ônibus ou da carroceria de um caminhão) ou ao subir ou descer de veículos (ônibus, van, bicicleta, automóvel) são consideradas acidentes de transporte e deverão ser consideradas. Não considerar se o acidente ocorreu em algum outro espaço, como garagem ou quintal de domicílio particular. Contudo, se ocorreu em uma garagem de shopping, iremos considerar, pois as vias, apesar de serem internas e privadas, são públicas.		

325. O (a) Sr.(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, afazeres domésticos, ir à escola) por causa deste acidente de trânsito? () 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
O entrevistado deverá considerar o acidente mais grave, caso tenha sofrido mais de um. Esta questão pretende identificar a incapacidade temporária ou permanente do entrevistado.	
326. O (a) Sr.(a) precisou de atendimento de profissionais da saúde por causa deste acidente? () 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
O entrevistado deverá considerar o acidente mais grave, caso tenha sofrido mais de um.	
327. Onde o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde ? () 1. No local do acidente () 2. Unidade básica de saúde (posto/centro de saúde/saúde da família) () 3. Policlínica pública ou PAM (Posto de Assistência Médica) () 4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) () 5. Pronto-socorro ou emergência de hospital público () 6. Ambulatório de hospital público () 7. Consultório médico particular () 8. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado () 9. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato () 10. No domicílio, com médico particular () 11. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família () 12. Outro () 888. NSA	
Esta pergunta pretende verificar a capacidade de atendimento da rede de saúde em relação a esse evento. As UPA, PA e UAI são unidades de pronto atendimento. Exemplo: UPA: Unidade de Pronto Atendimento (BH) PA: Pronto Atendimento (Ribeirão das Neves) UAI: Unidade de Atendimento Imediato (Betim)	
328. Quem lhe prestou atendimento de profissionais da saúde no local do acidente? () 1. Não teve atendimento no local do acidente () 2. Ambulância/Resgate do SAMU () 3. Moto do SAMU () 4. Ambulância/Resgate dos Bombeiros () 5. Ambulância/resgate do setor privado (particular ou convênio) () 6. Ambulância/Resgate da concessionária da rodovia () 7. Outro () 888. NSA	
Se o atendimento não foi no local do acidente, pular para a questão 330.	
329. Quanto tempo após o acidente o (a) Sr.(a) recebeu o primeiro atendimento de profissionais da saúde no local ? _____ horas _____ minutos () 1. Não sei () 888.NSA	
Esta pergunta refere-se ao primeiro atendimento de profissionais de saúde no local do acidente, tais como o SAMU e Corpo de Bombeiros. O NSA significa que o indivíduo não teve atendimento no local do acidente.	
330. O (a) Sr.(a) teve ou tem alguma seqüela e/ou incapacidade decorrente deste acidente? () 1. Sim () 2. Não () 888.NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o indivíduo teve lesões decorrentes deste acidente e se estas resultaram em alteração anatômica ou funcional permanente, limitando-lhe a execução das atividades da vida diária. Portanto não deve ser considerada a seqüela ou incapacidade congênita.	

Com relação as situações de trânsito abaixo, você pode me informar se nos últimos 12 meses adotou os comportamentos descritos e se eles são arriscados.					
	1.Faço, é arriscado	2.Faço, não é arriscado	3.Não faço, é arriscado	4.Não faço, não é arriscado	888.NSA
331. Atravessar a rua após consumir medicamentos sedativos, tranquilizantes ou qualquer outra droga					
332. Atravessar a rua fora da faixa de pedestre					
333. Atravessar a rua falando ao celular ou digitando no aparelho					
334. Atravessar a via fora da passarela apesar de sua existência					
335. Ser passageiro de veículo cujo condutor tenha ingerido bebida alcoólica					
336. Deixar de usar cinto de segurança no banco da frente do veículo					
337. Deixar de usar cinto de segurança no banco de trás do veículo					
338. Deixar de fazer as revisões no veículo					
339. Dirigir ou pilotar após ingerir bebida alcoólica					
340. Dirigir sem carteira de habilitação ou permissão para dirigir					
341. Dirigir/pilotar após tomar sedativos e/ou tranquilizantes					
342. Mudar de faixa sem ligar a seta					
343. Andar de moto sem utilizar o capacete					
344. Usar o celular enquanto dirige ou pilota					
345. Dirigir/pilotar com velocidade acima do limite permitido					
346. Discutir no trânsito					
347. Fazer ultrapassagem em local proibido					
348. Avançar o sinal vermelho					
349. Ficar muito próximo do veículo da frente					
350. Transportar criança no carro sem a cadeirinha adequada (bebê conforto, cadeirinha ou assento de elevação)					
<p>O entrevistador deverá estar atento para a técnica de se fazer a pergunta: 1ª perguntar se faz, 2ª pergunta se é arriscado. Estas perguntas pretendem verificar a percepção de risco do entrevistado.</p> <p>O NSA deve ser usado caso a pessoa não tenha condições de adotar aquele comportamento, por exemplo, não é motorista.</p> <p>No item 342 considerar tanto o passageiro, quanto o condutor.</p> <p>Considerar como via: rua, alameda, rodovia.</p> <p>Considerar como discussão, aquelas ocorridas dentro e fora do trânsito ou do veículo</p>					

Nos últimos 12 meses, você vivenciou alguma das situações abaixo ao usar o ônibus como transporte público?		
351. Ofensa por parte dos operadores (motorista ou cobrador)	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
352. Queda devido à direção insegura ou agressiva do motorista	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
353. Impedimento de embarque/desembarque do veículo ocasionado pelo fechamento da porta pelo motorista	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
354. Desrespeito a sua solicitação de parada para embarque ou desembarque	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
355. Sentiu medo ou insegurança devido à direção insegura ou agressiva(perigosa) do motorista	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
356. Desrespeito a sua condição de pessoa com mobilidade reduzida ao dificultar o seu embarque ou desembarque	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
357. Encontrou os assentos reservados ocupados indevidamente e os operadores não lhe ajudaram a garantir seu direito previsto na lei	() 1. sim () 2. não () 888. NSA	
<p>O item 352 significa que o condutor fechou a porta antes do indivíduo subir ou descer do ônibus. Direção agressiva (perigosa) refere-se a qualquer manobra realizada pelo motorista, que exponha ao perigo a vida de outras pessoas, como por exemplo, realizar arrancada brusca, frear repentinamente o veículo provocando deslizamento ou arrastamento de pneus, dirigir em alta velocidade nas curvas, etc.</p> <p>Pessoa com mobilidade reduzida, refere-se a aquele indivíduo que, temporária ou permanentemente, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo (Associação Brasileira de Normas Técnicas-ABNT/Norma Brasileira- NBR 9050/2004). São consideradas pessoas com mobilidade reduzida, a pessoa com deficiência, idosa, obesa, gestante, com criança de colo.</p>		
358. O (a) Sr.(a) mudou algo no seu comportamento no trânsito nos últimos 12 meses?		
() 1. Sim () 2. Não		
ATENÇÃO: Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão 367		
Considere qualquer mudança no comportamento, como por exemplo, passar a usar faixa de pedestre ou o cinto de segurança, etc.		
Caso o (a) Sr.(a) tenha mudado algo no seu comportamento no trânsito, isso ocorreu por que?		
359. Viu campanha educativa de trânsito na TV, rádio, outdoor, revista, jornal, etc.	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
360. Presenciou ou foi testemunha de algum acidente de trânsito	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
361. Quase se envolveu em um acidente, escapando por um triz	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
362. O Sr.(a) ou alguma pessoa próxima se envolveu em acidente de trânsito	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
363. Recebeu orientação de familiar ou amigo sobre segurança no trânsito	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
364. Participou de curso na área de segurança ou educação para o trânsito	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
365. Foi fiscalizado por agentes ou policiais de trânsito	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
366. Outros	() 1. sim () 2. não () 888NSA	
<p>Mais de uma opção poderá ser marcada.</p> <p>Envolvimento refere-se à participação de uma pessoa em um acidente de trânsito como pedestre, passageiro ou motorista de transporte individual (carro, motocicleta, bicicleta), coletivo (ônibus, trem, metrô) ou de carga (caminhão, caminhonete).</p>		
367. Você concorda com uma lei que pune quem dirige sob o efeito de álcool?		
() 1. Sim () 2. Não		
Pergunta autorreferida e pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.		

Escolha, a partir das opções abaixo, as principais medidas que podem reduzir comportamentos inadequados no trânsito e/ou transporte?	
368. Criar leis mais rígidas	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
369. Punir o infrator ou agressor conforme legislação	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
370. Promover cursos e campanhas educativas na TV, rádio, etc	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
371. Melhorar a qualidade do transporte coletivo (ônibus, metrô)	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
372. Aumentar a fiscalização por agentes, policiais de trânsito ou fiscalização eletrônica	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
373. Introduzir o ensino de educação para o trânsito nas escolas	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
374. Aumentar o valor das multas de trânsito	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
375. Participar de um programa de tratamento do alcoolismo	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
376. Criar benefícios para os motoristas que cumprem as leis de trânsito (redução ou isenção de impostos/taxas, por exemplo)	()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei
<p>Fiscalização eletrônica é realizada por equipamento:</p> <p>Fixo: Instalado em local definido e em caráter permanente (Lombada Eletrônica, Paredal);</p> <p>Estático: Instalado em veículo parado ou em suporte apropriado (Radar estático);</p> <p>Móvel: Instalado em veículo em movimento, procedendo à medição ao longo da via (Radar móvel);</p> <p>Portátil: direcionado manualmente para o veículo (Radar portátil).</p>	
377. O (a) Sr.(a) acredita que há em seu município preocupação das autoridades em prevenir acidentes de trânsito?	
()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei	
Considerar somente as autoridades municipais: Prefeito, Vice-prefeito, Secretários Municipais e Vereadores.	
O(a) Sr(a) já tomou alguma das medidas abaixo para solucionar algum problema no trânsito?	
378. Reclamou junto a órgão público responsável pelo trânsito	()1. Sim ()2. Não
379. Reclamou junto à empresa prestadora do serviço de transporte	()1. Sim ()2. Não
380. Mobilizou a Associação de bairro ou Organização não Governamental ou participou de reuniões ou manifestações sobre este tema	()1. Sim ()2. Não
381. Manifestou indignação pelo(s) problema(s) de trânsito por meio de redes sociais (facebook, twitter, etc.)	()1. Sim ()2. Não
382. Solicitou aos órgãos de imprensa (TV, rádio, jornal) que noticiem e divulguem problemas de trânsito	()1. Sim ()2. Não
383. Xingou a(s) pessoa(s) que o(a) desrespeitou	()1. Sim ()2. Não
384. Nunca registrou uma reclamação formal	
No que se refere às reclamações, considerar somente as reclamações formais (que geraram protocolo ou documento registrado). Os xingamentos não formais, sejam por telefone ou na garagem da empresa) não serão considerados.	
384 – caso a pessoa nunca tenha registrado, responder SIM, se tiver registrado, responder NÃO.	
385. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue na sua região para abordagem da violência no trânsito?	
()1. Sim ()2. Não	
A palavra "abordagem" equivale a "falar sobre", "dialogar sobre", "tomar providências com relação a"	
VIOLÊNCIA	
386. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi fisicamente agredido dentro do serviço de saúde por algum funcionário?	
()1. Sim ()2. Não	
A opção NSA refere-se ao indivíduo que não foi no serviço de saúde (público ou privado) nos últimos 12 meses.	
Considerar agressão física: tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, etc.	

387. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) foi verbalmente agredido, humilhado ou ignorado dentro do serviço de saúde por algum funcionário? () 1. Sim () 2. Não	
"verbalmente" refere-se a palavrões, xingamentos ocorridos dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado) "ignorado" equivale a "tratado com indiferença".	
388. O (a) Sr.(a) viu alguém ser agredido dentro do serviço de saúde por um funcionário? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão: física, verbal, psicológica, etc., ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
389. O (a) Sr.(a) agrediu fisicamente algum funcionário dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão física ocorrida dentro de qualquer serviço de saúde (público ou privado)	
390. O (a) Sr.(a) viu alguém agredir algum funcionário dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de agressão ocorrida em serviços de saúde (público ou privado): física, verbal ou sexual Não importa quem iniciou o ataque, a provocação	
391. O(a) Sr.(a) já viu brigas/conflitos dentro do serviço de saúde? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de briga/conflito ocorrido entre usuários e trabalhadores do serviço de saúde (público ou privado), entre os usuários do serviço de saúde, ou ainda, entre os próprios trabalhadores do serviço de saúde. Conflitos refere-se à discussão, troca de insultos, humilhações, tentativa de um responsabilizar(culpar) o outro, etc.	
Na sua opinião, se ocorreram brigas nos serviços de saúde, elas ocorreram por causa:	
392. Da falta de profissionais no serviço () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
393. Da superlotação () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
394. Falta de conservação dos serviços de saúde () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
395. A precariedade da estrutura física do serviço () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
396. A falta de privacidade durante o atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
397. Falta de cortesia no atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
398. Insatisfação com o atendimento () 1. sim () 2. Não () 888. NSA	
Precariedade refere-se à falta de funcionários, de equipamentos, de sala para atendimento, etc. Considerar serviços de saúde públicos ou privados.	
O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?	
399. Física () 1. sim () 2. Não	
400. Verbal () 1. sim () 2. Não	
401. Moral ou Psicológica () 1. sim () 2. Não	
402. Sexual () 1. sim () 2. Não	
403. Discriminação por racismo () 1. sim () 2. Não	
404. Falta de acesso a direitos sociais () 1. sim () 2. Não	
405. Falta dos cuidados necessários () 1. sim () 2. Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for Não para todas as questões de 399 a 405, pule para 457	
Esta pergunta aceita mais de uma resposta. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. "falta dos cuidados necessários" equivale a "Negligência/abandono": é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as intempéncias do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

Em que local esta violência ocorreu?			
406. No domicílio	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
407. No trabalho	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
409. Na rua	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
410. Em clube, bar ou similar, academia	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
411. Outros	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Identificar o local onde a violência ocorreu "Outros" inclui outros locais não descritos acima, como por exemplo, no ambiente virtual/internet.			
412. Essa violência limitou as suas atividades habituais?			
() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA	
Esta pergunta pretende verificar se o entrevistado deixou de realizar algumas de suas atividades habituais em decorrência da violência sofrida. Considere a violência mais grave sofrida nos últimos 12 meses.			
413. O (a) Sr.(a) recebeu assistência por profissionais de saúde por causa dessa violência?			
() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA	
Esta pergunta pretende identificar se o entrevistado foi atendimento por profissional da saúde em decorrência da violência sofrida, ou seja, se houve demanda ou não por assistência em saúde.			
Onde ela foi prestada?			
414. Atenção Básica (Saúde da Família, Posto de Saúde)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
415. Atenção Secundária	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
416. Atenção Terciária (Hospital)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
417. Serviço de emergência em geral	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Em relação à Atenção Secundária de Emergência, considerar: UPA, UAI, PA No que se refere à Atenção Terciária, considerar hospitais e urgências e emergências hospitalares.			
A violência SOFRIDA foi cometida com:			
418. Força corporal/espancamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
419. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
420. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
421. Objeto contundente (pau, cassetete, barra de ferro, pedra, outros)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
422. Arremesso de substância/objeto	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
423. Envenenamento	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
424. Outra coisa	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
Refere-se a violência FÍSICA. Informar qual foi o meio utilizado para agredir, atacar ou provocar. Outra coisa refere-se a qualquer outro meio não descrito acima. Por exemplo, palavras ofensivas, ameaças, xingamentos, negligência ou abandono(falta de cuidados básicos), tortura, subtração de dinheiro ou bens, etc. "Outra coisa" refere-se a outros meios não descritos acima, como por exemplo, calúnias, difamações, xingamentos, etc, mesmo que sejam virtuais (pela internet).			
Quem o agrediu fisicamente?			
425. Pai	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
426. Mãe	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
427. Tio(a)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
428. Irmão(a)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
429. Filho(a)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
430. Padrasto	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
431. Madrasta	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
432. Parceiro(a); esposo(a)	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
433. Chefe ou colega de trabalho	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
434. Bandido, ladrão, assaltante	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
435. Policial ou guarda municipal	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
436. Segurança ou porteiro	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
437. Profissional da saúde	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA
438. Profissional da escola	() 1. Sim	() 2. Não	() 888. NSA

439. Vizinho ou conhecido	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888NSA
440. Outros	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888NSA
<p>Agressão Física (também denominada <i>maus-tratos físicos ou abuso físico</i>): são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008) A opção outros inclui avós.</p>			
<p>Quem o agrediu verbal, moral ou psicologicamente?</p>			
441. Pai	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
442. Mãe	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
443. Tio(a)	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
444. Irmão(a)	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
445. Filho(a)	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
446. Padrasto	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
447. Madrasta	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
448. Parcelero(a); esposo(a)	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
449. Chefe ou colega de trabalho	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
450. Bandido, ladrão, assaltante	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
451. Policial ou guarda municipal	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
452. Segurança ou porteiro	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
453. Profissional da saúde	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
454. Profissional da escola	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
455. Vizinho ou conhecido	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
456. Outros	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA
<p>Agressão verbal, moral ou psicológica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psicológicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008). O silêncio, enquanto recusa em se comunicar com o outro, também poderá ser considerado uma forma de violência verbal. "Bandido, ladrão ou assaltante" inclui sequestradores. "Policial ou guarda municipal" inclui autoridades judiciais e outros agentes da lei.</p>			
<p>457. Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) presenciou algum evento violento no seu bairro e/ou vizinhança?</p>			
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
<p>Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é evento (acontecimento) violento.</p>			
<p>458. O (a) Sr.(a) conhece alguém que foi assassinado no seu bairro e/ou vizinhança?</p>			
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
<p>A palavra "conhece" equivale a "ter a ideia ou noção mais ou menos precisa de quem se trata", não se referindo, portanto, apenas a pessoas com quem o entrevistado tenha laços de amizade ou parentesco.</p>			
<p>459. O (a) Sr.(a) considera a sua cidade violenta?</p>			
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sei
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>			
<p>460. O (a) Sr.(a) já pensou em mudar de cidade por causa da violência?</p>			
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Não sei
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>			
<p>461. O (a) Sr.(a) se acha violento (a)?</p>			
	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	
<p>Esta pergunta pretende investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a situação acima descrita, segundo o seu próprio ponto de vista.</p>			

Ao longo da sua vida, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
462. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1. Sim	() 2. Não
463. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1. Sim	() 2. Não
464. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1. Sim	() 2. Não
465. Objeto ou substância	() 1. Sim	() 2. Não
466. Envenenamento	() 1. Sim	() 2. Não
Considerar durante toda a vida do entrevistado Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
Nos últimos 12 meses, o (a) Sr.(a) já agrediu alguém com:		
467. Força corporal/espantamento (tapa, murro, beliscão, empurrão)	() 1. Sim	() 2. Não
468. Arma de fogo (revólver, escopeta, pistola)	() 1. Sim	() 2. Não
469. Arma branca (faca, navalha, punhal, tesoura, foice, machado)	() 1. Sim	() 2. Não
470. Objeto ou substância	() 1. Sim	() 2. Não
471. Envenenamento	() 1. Sim	() 2. Não
Considerar apenas nos últimos 12 meses. Substância quente: água, gordura, óleo e líquidos quente ou substâncias derretidas em geral Objeto quente: panelas, ferro de passar roupa, chapas, etc Envenenamento: poderá ser pela ingestão de medicamentos, plantas venenosas, pesticidas, gases, agrotóxicos, produtos químicos, substâncias corrosivas. Outra coisa: quaisquer outras possibilidades não descritas acima, como por exemplo, fogo/chama, choque elétrico, substância química (soda cáustica, ácidos), sufocação/engasgamento, etc.		
472. O (a) Sr.(a) ou alguém que mora com o Sr.(a) possui arma de fogo em casa?		
() 1. Sim	() 2. Não	() 3. Não sei
Se a resposta for Não pule para a questão 474		
Considera-se arma de fogo: revólver, espingarda, metralhadora, cartucheira e carabina		
473. Por qual motivo o (a) Sr.(a) possui arma de fogo em casa?		
() 1. Medo, proteção		
() 2. Vingança		
() 3. Profissão, trabalho		
() 4. Status, poder		
() 5. Lazer, hobby		
() 6. Outros		
() 7. Não sei		
() 888. NSA		
Considerar "outros" quaisquer possibilidades não descritas acima, como: arma da família (transferência pelas gerações), pedido de amigo/parente para guardar a arma, etc		
474. O (a) Sr.(a) usa arma de fogo:		
() 1. Sempre		
() 2. Quase sempre		
() 3. Às vezes		
() 4. Raramente		
() 5. Nunca		
A palavra "usa" equivale a "levar consigo, carregar"		
475. O (a) Sr.(a) é a favor do desarmamento do cidadão?		
() 1. Sim	() 2. Não	() 3. Não sei
Atualmente a lei 10.826/2003 proíbe o porte de armas por civis, exceto em casos onde houver necessidade comprovada, estando o indivíduo sujeito a demonstração de sua necessidade em portá-la, ao registro e porte junto à Polícia Federal ou ao Comando do Exército, no caso de armas de uso restrito, e ao pagamento de taxas específicas.		
476. O (a) Sr.(a) já pensou em suicídio?		
() 1. Sim	() 2. Não	
Considerar se pensou em tirar a própria vida pelo menos uma vez na vida		

VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO	
As perguntas de 491 a 516 referem-se à violência contra mulher ou contra o homem, por parceiro(a) íntimo(a) - marido ou ex, esposa ou ex, namorado(a) ou ex, companheiro(a) ou ex; ficante...	
O(a) seu(sua) atual companheiro(a), ou qualquer outro (a) companheiro(a) anterior, no último ano:	
491. Depreciou ou humilhou você?	() 1. Sim () 2. Não
492. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1. Sim () 2. Não
493. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1. Sim () 2. Não
494. Ameaçou machucá-la(o) ou alguém de quem você gosta?	() 1. Sim () 2. Não
495. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão; empurrou?	() 1. Sim () 2. Não
496. Machucou-a com um soco ou com algum objeto?	() 1. Sim () 2. Não
497. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1. Sim () 2. Não
498. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1. Sim () 2. Não
499. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1. Sim () 2. Não
500. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1. Sim () 2. Não
501. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1. Sim () 2. Não
Esta pergunta permite mais de uma resposta. Fique atento para fazer os PULOS adequados, perguntando pelo número de vezes apenas para as respostas SIM.	
Quantas vezes isso aconteceu?	
502. Depreciou humilhou você?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
503. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
504. Fez coisas para assustá-la(o) ou intimidá-la(o) de propósito (ex.: a forma como ele (ela) olha, grita, como quebra coisas)?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
505. Ameaçou machucá-la (o) ou alguém de quem você gosta?	() 1. Uma vez () 2. algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
506. Empurrou-a(o) um tranco/chacoalhão?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
507. Machucou-a(o) com um soco ou com algum objeto?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
508. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
509. Estrangulou ou queimou você de propósito?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
510. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorrem os eventos relacionados acima	
511. Forçou-lhe a manter relações sexuais quando você não queria?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
512. Forçou-lhe a uma prática sexual degradante ou humilhante para você?	() 1. Uma vez () 2. Algumas vezes () 3. Muitas vezes () 888NSA
Identificar com que frequência ocorreu o evento relacionado acima	
513. Alguma destas vezes o(a) Sr(a) procurou ajuda?	() 1. Sim () 2. Não () 3. Não me lembro () 4. NSA
Identificar a demanda por assistência de qualquer natureza em razão da violência sofrida.	

514. Caso tenha procurado, onde foi? <input type="checkbox"/> 1. Setor saúde <input type="checkbox"/> 2. Igreja <input type="checkbox"/> 3. Organizações não governamentais <input type="checkbox"/> 4. Polícia, Delegacia, Juizado <input type="checkbox"/> 5. Amigos, Vizinhos <input type="checkbox"/> 6. Familiares <input type="checkbox"/> 888. NSA	
Identificar em quais locais ocorrem a principais demandas decorrentes de violência sofrida.	
515. Esta violência o(a) impossibilitou de realizar suas atividades diárias? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não me lembro <input type="checkbox"/> 4. NSA	
Identificar a interrupção de tarefas diárias em razão da violência sofrida.	
516. O(a) Sr(a) precisou de atendimento médico? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não me lembro <input type="checkbox"/> 4. NSA	
Identificar a demanda por assistência em saúde em razão da violência sofrida.	
VIOLÊNCIA SEXUAL	
As perguntas de 517 a 536 referem-se à violência sexual praticada por qualquer pessoa, seja parceiro ou não, e em qualquer momento de sua vida.	
517. Alguém já o(a) forçou a fazer sexo ou alguma prática sexual? <input type="checkbox"/> 1. Sim, <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 3. Não me lembro	
Práticas sexuais "equivale a "bolinação" e refere-se ao ato de apalpar, esfregar-se, roçar ou tocar maliciosamente. Fique atento para pular para 534 se a resposta for NÃO e marcar NSA nas seguintes.	
518. Quantos anos você tinha quando isto aconteceu pela primeira vez? _____	
Identificar a idade do entrevistado quando ocorreu a violência sexual.	
Caso alguém a (o) tenha forçado a fazer sexo ou alguma prática sexual, quem foi?	
519. Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
520. Padrasto/Madrasta	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
521. Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
522. Filho (a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
523. Outro parente	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
524. Amigos(as)/conhecido(as) da família	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
525. Policial/agente da lei	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
526. Profissional de saúde	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
527. Professor(a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
528. Parceiro(a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
529. Vizinho(a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
530. Padre/lder religioso(a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
531. Alguém do trabalho	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
532. Desconhecido(a)	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
533. Outro	<input type="checkbox"/> 1. sim <input type="checkbox"/> 2. não <input type="checkbox"/> 888.NSA
Agressão Sexual: é qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force um matrimônio, a gravidez, ao aborto, a prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Ex.: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros/as; estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio sexual, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).	

534. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum aborto previsto em lei, especificamente, no caso de gravidez decorrente de estupro? () 1. sim () 2. não	
Considerar apenas o aborto previsto em lei, mediante: comprovação de que este é o único meio para evitar a morte da mulher grávida, comprovação de que o bebê irá sofrer, irreversivelmente, de doença grave ou má formação e em casos de indícios de que a gravidez foi resultante de violência sexual (para efeitos legais basta a mulher afirmar que ela foi vítima de um ato sexual não consentido).	
535. A Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira, já fez algum outro aborto, previsto ou não previsto em lei? () 1. Sim () 2. Não	
Considerar qualquer tipo de aborto. Se a resposta for NÃO, pular a pergunta seguinte.	
536. Se a Sra ou, no caso do entrevistado ser homem, a sua parceira já fez algum aborto, ele foi realizado: () 1. Dentro de serviço de saúde () 2. Fora de serviço de saúde.	
Considerar qualquer serviço de saúde, público ou privado.	
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? () 1. Sim () 2. Não () 3. Não sei	
Considerar qualquer tipo de violência. "prevenir" equivale a "evitar" Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é violência. Prefere-se investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o tema descrito acima, segundo o seu próprio ponto de vista.	
538. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento ou iniciativa que atue aqui na região para a abordagem e prevenção da violência? () 1. Sim () 2. Não	
Identificar movimento ou iniciativa para a abordagem e prevenção. Este movimento ou iniciativa pode ser por meio de associações (bairro, moradores, mães, trabalhadores, sindicatos, etc), grupo religioso, cooperativa, Ong, partido político.	
539. Se sim, liste: _____	
Relacionar os grupos que conhece.	
540. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo que atue aqui na região dando apoio e assistência a vítimas de violência? () 1. Sim () 2. Não	
Identificar: Grupo, movimento ou entidade que dá apoio e assistência	
541. Se sim, liste: _____	
Listar movimento, entidade ou grupo que conhece.	
542. O (a) Sr.(a) conhece algum movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores que atue aqui na região? () 1. Sim () 2. Não	
Movimento, entidade ou grupo de recuperação de agressores, refere-se a espaços de abordagem da questão da violência em que ações são promovidas com o objetivo de ajudar o agressor a enfrentar as diversas formas de exclusão e restabelecer a sua inserção no mercado de trabalho e na sociedade, aspectos que conduziriam a uma mudança em seu comportamento. Neste intuito, estes grupos oferecem cursos de qualificação profissional, atividades laborais socioeducativas e religiosas, dentre outras.	
543. Se conhece, liste: _____ _____ _____	
Listar o movimento, entidade e/ou grupo que conhece.	

ANEXO III – RECORTE DAS QUESTÕES ESPECÍFICAS RELACIONADAS A ESTE TRABALHO

O (a) Sr.(a) sofreu alguma das violências abaixo, nos últimos 12 meses?		
399. Física	()1.sim ()2.Não	
400. Verbal	()1.sim ()2.Não	
401. Moral ou Psicológica	()1.sim ()2.Não	
402. Sexual	()1.sim ()2.Não	
403. Discriminação por racismo	()1.sim ()2.Não	
404. Falta de acesso a direitos sociais	()1.sim ()2.Não	
405. Falta dos cuidados necessários	()1.sim ()2.Não	
ATENÇÃO: Se a resposta for Não para todas as questões de 399 a 405, pule para 457		
Esta pergunta aceita mais de uma resposta. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 6º, cita como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. "falta dos cuidados necessários" equivale a "Negligência/abandono": é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as intempéries do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O <u>abandono</u> é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria de vigilância em saúde, 2008).		
Em que local esta violência ocorreu?		
406. No domicílio	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
407. No trabalho	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
408. Em estabelecimento público (saúde, educação, delegacia)	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
409. Na rua	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
410. Em clube, bar ou similar, academia	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
411. Outros	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
Identificar o local onde a violência ocorreu "Outros" inclui outros locais não descritos acima, como por exemplo, no ambiente virtual/internet.		
Quando ocorre algum caso de violência contra o (a) Sr.(a) ou alguém da sua família, o (a) Sr.(a) procura ajuda em:		
480. Serviços de saúde	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
481. Escolas	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
482. Delegacias	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
483. Igreja	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
484. Conselho Tutelar	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
485. Juizado	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
486. Associações em geral	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
487. Amigos	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
488. Família	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
489. Outros	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
490. Não procura ajuda	()1.sim ()2.Não ()888. NSA	
O entrevistado poderá marcar mais de uma alternativa. 490 – caso a pessoa não procure ajuda, responder SIM, se procurar, responder NÃO		
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA		
537. O (a) Sr.(a) acha que é possível prevenir a violência? ()1. Sim ()2. Não ()3. Não sei		
Considerar qualquer tipo de violência. "prevenir" equivale a "evitar" Esta pergunta é autorreferida, portanto o entrevistador não precisa explicar o que é violência. Pretende-se investigar a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o tema descrito acima, segundo o seu próprio ponto de vista.		

O (a) Sr.(a) participa de algum dos grupos abaixo:			
545. Associação de bairro	()1.sim	()2.Não	
546. Entidades de caridade e ajuda social (asilos, conventos)	()1.sim	()2.Não	
547. Partido político	()1.sim	()2.Não	
548. ONG	()1.sim	()2.Não	
549. Grupo de jovens, grêmios	()1.sim	()2.Não	
550. Grupo religioso	()1.sim	()2.Não	
551. Gangues	()1.sim	()2.Não	
552. Torcida organizada	()1.sim	()2.Não	
553. Grupos de esportes e artes (dança, futebol, vôlei)	()1.sim	()2.Não	
554. Grupo de autoajuda (alcoólicos anônimos)	()1.sim	()2.Não	
555. Outros grupos	()1.sim	()2.Não	
556. Não participo de nenhum grupo	()1.sim	()2.Não	
557. Redes sociais (internet)	()1. sim	()2.Não	
Esta pergunta aceita mais de uma alternativa. Pretende verificar o grau de inserção social do entrevistado enquanto importante indicador de saúde.			402.