



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



VICTORIA FRANÇA SABINO

**O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO COMO ESPAÇO DE
DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA DA ZONA OESTE DE MANAUS/AM**

MANAUS
2023

VICTORIA FRANÇA SABINO

**O EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO COMO ESPAÇO DE
DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA MULHER EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO
BÁSICA DA ZONA OESTE DE MANAUS/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II como componente curricular obrigatório para obtenção do título de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas - UEA/ESA.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis.

MANAUS

2023

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

S116ee Sabino, Victoria França

O exame preventivo do câncer de colo uterino como espaço de detecção de violência contra mulher em serviços de atenção básica da zona oeste de Manaus/AM. / Victoria França Sabino. Manaus : [s.n], 2023.
32 f.: color.; 30 cm.

TCC - Graduação em Enfermagem - Bacharelado -
Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.
Inclui bibliografia
Orientador: Reis, Leonardo Naves dos

1. Preventivo. 2. Violência contra a mulher. 3.
Atenção básica. I. Reis, Leonardo Naves dos (Orient.). II.
Universidade do Estado do Amazonas. III. O exame
preventivo do câncer de colo uterino como espaço de
detecção de violência contra mulher em serviços de atenção
básica da zona oeste de Manaus/AM.

Elaborado por Jeane Macelino Galves - CRB-11/463

Resumo

Objetivo: Verificar se durante a consulta do exame de câncer de colo uterino, realizada na APS, pode-se também abranger a detecção de VPI contra mulheres bem como quais fatores podem contribuir para a melhor assistência, por profissionais habilitados para a coleta do exame colpocitopatológico, a mulheres vítimas de VPI. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. O presente estudo dedicou-se aos dados obtidos em UBS da zona oeste de Manaus, quais sejam, as UBS Santos Dumont e Ajuricaba, com mulheres entre 18 e 60 anos, possuir parceiro íntimo há pelo menos 12 meses e ter realizado o exame colpocitológico na ocasião da coleta dos dados. Com a utilização de questionários e a aplicação do instrumento *Revised conflict tactics Scale 2 – CTS2* devidamente adaptado para uso no Brasil. **Resultado:** A maioria das mulheres tem entre 40 a 59 anos, ensino médio completo, com renda própria, não ingeriam álcool e drogas e, segundo as próprias percepções das entrevistadas, não sofreram com VPI ao longo da vida. **Conclusão:** Associar o espaço de realização do preventivo ao olhar do profissional de saúde para sinais de violência junto a questionamentos da anamnese, pode resultar na prevenção de VPI e diminuição da revitimização.

Descritores: *Preventivo; Violência contra a mulher; Atenção básica.*

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) tem como uma das suas definições a violência física, sexual, psicológica, ameaça, e tem como autor das agressões o ex-parceiro ou atual da vítima⁽¹⁾.

Uma característica da VPI é a multicausalidade, onde o ato violento se configura como algo que pode ser originado por diversos motivos⁽²⁾. Trata-se de um problema de saúde pública, social e de violação dos Direitos Humanos de quem sofre com a violência. A partir da ocorrência, a agressão torna-se causa importante de impacto sobre a vida da vítima em âmbitos físico e mental⁽³⁾.

De um total de 2.400 mulheres entrevistadas, residentes nas diferentes regiões do território brasileiro, 36% afirmaram ter sofrido violência doméstica em 2019. Paralelo a essa classificação, analisou-se que 31% delas não tiveram coragem e confiança para voltar-se contra a violência, mas notou-se um aumento de 8% para 10% na busca por ajuda de pessoas próximas em 2019. 75% das mulheres entrevistadas não procuram unidades de saúde para obter ajuda⁽⁴⁾.

A vítima de violência necessita de uma equipe multiprofissional para ser assistida com qualidade e suprir todas as suas demandas decorrentes do ato violento. No entanto, há obstáculos que impedem uma boa articulação entre os diferentes setores, muitas vezes devido à escassez de recursos humanos. Além disso, as mulheres precisam de profissionais que estejam treinados para visualizar e se posicionar frente ao caso, além de ter entendimento do funcionamento da rede intersetorial para o devido encaminhamento⁽⁵⁾.

Tendo a violência de gênero, que consiste na superioridade do homem em relação à mulher, como algo comum na sociedade, somada à cultura já existente há muitos anos, tem-se uma das causas para o aumento da violência contra mulher por parceiro íntimo ⁽⁶⁾.

Dessa maneira, a vítima que almeja procurar ajuda de autoridades para garantir seus direitos à vida e à dignidade humana, encontrara uma rede intersetorial cujo trabalho em equipe não é funcional, além de propagar discriminação e preconceito para aquela que necessita de acolhimento e cuidados ⁽⁷⁾.

Estudos demonstram que como resultado da violência por parceiro íntimo, tem-se consequências na saúde da vítima, em um estado amplo, principalmente nos âmbitos físico e psicológico que transformam e geram impactos contínuos na vida da vítima necessitando, assim, de assistência continuada ⁽¹⁻⁸⁾. Entende-se, então, o carecimento de uma equipe multidisciplinar efetiva, com atendimento integral e universal para que, dessa forma, seja possível garantir atenção a fatores diversos advindos da violência e que impactam a saúde da mulher ⁽²⁾.

A violência pode ser combatida e evitada e, assim, reduzir os danos provocados. Esse impacto do combate à violência pode ser mensurado a partir de dados estatísticos relacionados às consequências da violência. Nesse sentido, a saúde coletiva pode exercer papel relevante ao promover o enfrentamento dirigido a determinados fatores que possuem relação causal com os atos violentos, contribuindo, por exemplo, para a mudança de comportamento e diminuindo a ocorrência de violência ⁽⁸⁾.

Na maioria dos casos de VPI, a vítima é uma mulher, e isso retrata a importância da criação de métodos para minimizar as consequências na saúde das vítimas e, ainda, torna-se fundamental a maior vigilância dentro das unidades de saúde para a localização de casos e notificações ^(1, 9, 3).

O profissional de saúde, ao lidar com VPI, deve compartilhar conhecimentos com a paciente sobre quais serviços ou ações ela tem à disposição, quem procurar para dar continuidade ao cuidado e de que forma será garantida a sua segurança, além de manter o respeito e dignidade, de forma a resguardar a autonomia da vítima em como proceder na sua real situação. Há instrumentos que possibilitam verificar a ocorrência de VPI e, conseqüentemente, elaborar intervenções de cuidado necessárias e objetivas, que são documentadas e, dessa forma, oportuniza manter um prontuário mais rico em evidências sobre a vítima ⁽¹⁰⁾.

A escuta qualificada do profissional gera a possibilidade de adesão do paciente quanto ao vínculo com o cuidado e, posteriormente, com a unidade. Isso gera relações que facilitam a realização de intervenções de saúde. À vista disso, torna-se fundamental o acolhimento funcional da vítima por parte do profissional de saúde ⁽¹¹⁾.

Mesmo a atenção básica sendo um forte pilar com recursos que possibilitam a assistência e a prevenção da violência, ainda há empecilhos que confrontam e dificultam a sua efetividade. Profissionais não viabilizam métodos práticos nas suas condutas a fim de abordar assuntos que permeiam a identificação da violência contra a mulher por não ter domínio da prática de abordagem sobre conflitos intrafamiliares, domésticos e, ainda, por julgar que a violência não compreende atenção em saúde, considerando-o problema pessoal da vítima mesmo sendo relatado como queixa ⁽⁷⁾.

A consulta ginecológica prestada pelo enfermeiro e pelo médico tem por objetivo a prevenção de doenças, onde inclui anamnese para uma busca de informações essenciais sobre a saúde da mulher em questão e seu histórico ⁽¹²⁾. Mesmo abordando a mulher na sua intimidade durante uma consulta, questioná-la sobre violência e seus cuidados exige especialização e conhecimento para ultrapassar barreiras culturais ⁽¹³⁾.

Inserindo a realidade onde a consulta ginecológica permite expor as necessidades da mulher no seu estado geral de saúde, ainda é possível oportunizar a constatação da violência doméstica e facilitar a autodeterminação da vítima sobre como proceder ⁽¹²⁾.

A não detecção de violência por parte de profissionais de saúde é, muitas vezes, justificada pelo argumento da falta de tempo, capacitação, medo de ofender a mulher e da intromissão em conflitos da vida íntima, julgando que órgãos jurídicos são os responsáveis por tratar tal demanda ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

O acolhimento representa importante instrumento do serviço de saúde para estabelecimento de vínculo com o usuário, garantindo a criação da autonomia e resolução dos problemas de saúde destacados. Além do que, torna-se possível a notificação de casos de violência, que viabiliza o conhecimento sobre os tipos de maior frequência e, conseqüentemente, a criação e inserção de ações em saúde. Questionar a satisfação da usuária após o uso do serviço permite retratar o nível de aceitação das condutas adotadas e do estabelecimento de vínculo com o profissional em questão ⁽¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸⁾.

A partir do exposto, vislumbra-se a perspectiva de investigação e constatação de violência por parceiros íntimos, bem como a prestação de assistência qualificada para a vítima durante a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino, entretanto compreende-se a existência de barreiras culturais que interferem no atendimento prestado.

Diante disso questiona-se se o espaço de realização do exame de colo de útero em unidade de saúde primária, além da saúde íntima, pode abranger também a detecção de agressões ou violências contra a mulher em sua saúde psicológica, física e sexual perpetrada por parceiro íntimo. E ainda, como a usuária da atenção primária percebe a assistência do profissional de saúde durante o exame preventivo?

Portanto, esta pesquisa buscou verificar se durante a consulta do exame de câncer de colo uterino, realizada na APS, pode-se também abranger a detecção de VPI contra mulheres bem como quais fatores podem contribuir para a melhor assistência, por profissionais habilitados para a coleta do exame colpocitopatológico, a mulheres vítimas de VPI.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. Os métodos quantitativos se caracterizam por fazer uso de técnicas que buscam, de forma moderada, avaliar e levantar possíveis causas de fenômenos, determinação de indicadores e propensões vigentes na realidade. Tem-se o objeto de estudo bem delimitado, o pesquisador mantém-se neutro mediante a coleta e observação dos dados, mantendo uma linguagem matemática e obtendo resultados estatísticos ⁽¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾.

O presente estudo representa parte de um estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde do município de Manaus/AM, localizado na região Norte do Brasil. Manaus possui uma área territorial de 11.401,092 km² dividida em sete zonas administrativas: zona norte, leste, centro-oeste, oeste, centro-sul, sul e rural com índice de desenvolvimento humano municipal – IDHM do município de 0,737 no ano de 2010 ⁽²²⁾.

De acordo com o censo demográfico de 2010 o município de Manaus possuía, à época, população urbana de 1.792.881 habitantes. Estima-se que em 2018 essa população seria de 2.145.444 habitantes.

No estudo maior, foram coletados dados em duas UBS de cada uma das seguintes zonas administrativas do município: leste, oeste, norte e sul. A escolha das UBS de cada zona administrativa se deu de forma aleatória, a partir da lista de UBS constante no site da

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM. O presente estudo dedicou-se aos dados obtidos em UBS da zona oeste de Manaus, quais sejam, as UBS Santos Dumont e Ajuricaba.

O tipo de amostragem utilizado foi por conglomerado. O conglomerado é um conjunto de unidades que estão agrupadas, qualquer que seja a razão ⁽²³⁾. Para participar do estudo as mulheres deveriam ter entre 18 e 60 anos, possuir parceiro íntimo há pelo menos 12 meses e ter realizado o exame colpocitológico na ocasião da coleta dos dados.

No período de 2020 a população feminina residente em Manaus, entre 15 – 59 anos era de 1.482.787 mulheres, segundo estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE – 2000 a 2020. Entretanto, a extração de dados foi dificultada pela distribuição da faixa etária de mulheres residentes no município de Manaus no site de acesso à informação do Datasus.

A obtenção de informações sobre a população feminina cadastrada em UBS na área urbana de Manaus, obteve um percurso que se constituiu em busca ativa em sites que disponibilizam informações de consulta pública sobre o SUS. Deparou-se com a dificuldade de descrever quantas mulheres residem em Manaus dentro da faixa etária de 18 a 60 anos, assim como descrever àquelas que possuem vínculo com a atenção básica de saúde.

Portanto, entrou-se em contato com a ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde em Manaus (SEMSA) e não foi possível obter tais informações. Desta forma, trabalhou-se com a estimativa elaborada pelo Datasus para 2020 na faixa etária de mulheres entre 15-59 anos, ainda que a amostra seja composta por mulheres de 18 a 60 anos.

A partir das informações disponíveis sobre a população, foi realizado o cálculo amostral referente ao estudo maior, adotando-se erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e distribuição da população segundo a variável de interesse de 50/50, obtendo-se como

tamanho amostral 385 mulheres, divididas entre as 4 zonas administrativas anteriormente mencionadas. Assim, o presente estudo tem como amostra 96 mulheres cujos dados foram obtidos em UBS da zona oeste de Manaus/AM.

O convite para participar da pesquisa era realizado no momento em que a mulher aguardava o procedimento ou ao final deste. Sendo assim, a amostra composta por mulheres que aceitaram participar pode não ser representativa da população feminina como um todo. Entretanto, apesar de verificar possível viés de seleção, o estudo traz informações essenciais sobre o fenômeno da violência por parceiro íntimo e, ainda, sobre o serviço de atenção básica como possível fator de proteção do agravo à saúde objeto deste estudo.

Ainda, ao se tratar de um assunto que pode gerar desconforto emocional pode-se identificar um possível viés de informação devido às características da amostra que podem não abranger as mulheres que sofrem violência e eventualmente, recusaram-se a participar da pesquisa por motivos como medo e vergonha.

Entretanto, os pesquisadores responsáveis foram treinados para abordar da melhor forma as participantes, sensíveis ao assunto, acolhedores quanto às dúvidas e a proporcionar um ambiente privativo e acolhedor para a aplicação dos instrumentos, tudo isso com intuito de minimizar o viés de informação, de tal forma que os dados obtidos sejam mais próximos da realidade. Os quadros 1, 2 e 3 abaixo, apresentam como dados sociodemográficos e as variáveis observadas no estudo, bem como quanto ao uso de substâncias lícitas ou ilícitas respectivamente.

Variável	Categorias
Idade	Anos de vida (variável contínua)
Raça/cor	0 – Preta; 1 – Parda; 2 – Branca; 3 – Indígena; 4 – Oriental
Escolaridade	0 – Sem instrução; 1 – EF incompleto; 2 – EF completo; 3 – EM incompleto; 4 – EM completo; 5 – ES incompleto; 6 – ES completo
Renda familiar	
Renda própria	0 – Não; 1 – Sim
Número de residente na moradia	Variável discreta

Quadro 1 – Dados sociodemográficos

Variável	Categorias
Qual a última vez que fez o exame preventivo	0 – 1 vez que realiza o exame; 1 – 6 meses; 2 – 6 meses até 2 anos; 3 – 2+ anos
O profissional de saúde se apresentou	0 – Não; 1 – Sim
Foi explicado o procedimento de coleta	0 – Não; 1 – Sim
Tempo de duração da consulta ginecológica	0 – 5 a 10 minutos; 1 – 11 a 20 minutos; 2 – 21 a 30 minutos; 3 – 31 minutos ou mais
Durante o exame, foi perguntado hábitos/comportamentos seus e de sua rotina	0 – Não; 1 – Sim
O profissional perguntou sobre seu relacionamento amoroso	0 – Não; 1 – Sim
Durante a realização do exame o(a) profissional abordou sobre o tema violência com você	0 – Não; 1 – Sim
Você já sofreu algum tipo de violência provocada pelo seu parceiro íntimo	0 – Não; 1 – Sim
Durante o exame, percebeu se o (a) profissional examinou se havia sinais de violência	0 – Não examinou; 1 – Examinou

Quadro 2 – Variáveis em estudo

Variável	Categorias
Com que frequência eu consumo bebidas que contêm álcool	0 – Nunca; 1 – Uma vez por mês ou menos; 2 – Duas a quatro vezes por mês; 3 – Duas a três vezes por semana; 4 – Quatro ou mais vezes por semana
Quantidade ingestão de bebida alcoólica	0 – Nenhum; 1 – Menor ou igual a duas doses*; 2 – Mais de duas e até oito; 3 – ou mais de oito doses
Eu faço uso de outras drogas	0 – Não; 1 – Sim
Com que frequência meu parceiro consome bebidas que contêm álcool	0 – Nunca; 1 – Uma vez por mês ou menos; 2 – Duas a quatro vezes por mês; 3 – Duas a três vezes por semana; 4 – Quatro ou mais vezes por semana
Quantidade de bebida alcoólica ingerida pelo parceiro	0 – Nenhum; 1 – Menor ou igual a duas doses*; 2 – Mais de duas e até oito; 3 – Ou mais de oito doses
Meu parceiro faz uso de drogas	0 – Não; 1 – Sim
Percepção da inadequação do parceiro no uso de bebida alcoólica	0 – Não; 1 – Sim
Percepção negativa de uso de bebida alcoólica	0 – Não; 1 – Sim; 2 – Não se aplica

Quadro 3 – Quanto ao uso de substâncias

As usuárias foram convidadas a participar da pesquisa após a realização do exame, após o que se agendava um horário e dia para a coleta de dados ou, se preferido pela

participante, os dados eram coletados logo após a consulta, sempre na própria unidade de saúde em sala privativa, de maneira individual.

A entrevista de coleta de dados tinha duração entre 30 e 40 minutos. A busca ativa das mulheres se dava nos dias em que a UBS promovia a coleta do exame colpocitopatológico. Os pesquisadores compareciam diariamente às duas unidades básicas de saúde de cada zona administrativa, no caso deste estudo, a zona oeste.

O quantitativo de mulheres entrevistadas por zona administrativa foi dividido igualmente. Conforme mencionado, como critério de inclusão adotou-se: mulheres entre 18 e 60 anos de idade; mulheres que estão em relacionamento íntimo por 12 meses ou mais; ter realizado o exame de colo uterino na unidade básica de saúde; e aceitar o convite de participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre esclarecido.

Já como critério de exclusão adotou-se: mulheres que não realizaram o exame colpocitológico na UBS, e, mulheres que não estão em relacionamento afetivo ou o relacionamento afetivo é menor que 12 meses. A coleta de dados foi realizada com a utilização de questionários socioeconômico, demográfico (Idade, Escolaridade, Raça/cor, Renda, Moradia), questionário abordando o exame colpocitopatológico (Procedimento, duração do atendimento, vínculo), uso de álcool e drogas tanto pela usuária em relação íntima quanto pelo seu parceiro(a) e a aplicação do instrumento *Revised conflict tactics Scale 2* – CTS2 devidamente adaptado para uso no Brasil.

O CTS-2 trabalha com as dimensões conceituais de violência física, psicológica e ainda aborda a negociação de conflitos entre o casal, inclui escalas de ferimento e coerção sexual, totalizando 39 itens ⁽²⁴⁻²⁵⁾. O instrumento CTS2 foi adaptado para uso no Brasil por meio de equivalência semântica, conceitual e de itens com o objetivo de identificar a violência entre parceiros íntimos sendo eles casados, namorados ou outro mantendo a estrutura do

instrumento o mais próximo do original ⁽²⁴⁾. O instrumento contabiliza o número de ocorrências nos últimos 12 meses por parte do indivíduo e pelo companheiro, incluindo categorias de respostas que caracterizam a prevalência e a cronicidade ⁽²⁶⁾. Prevalência diz respeito a ter havido ou não a conduta descrita na escala, enquanto que a cronicidade demonstra quantas vezes a conduta descrita ocorreu no último ano. Portanto, quando a entrevistada responder se houve determinada conduta será questionada sobre o número de vezes em que ocorreu: se o item da violência perguntado foi cometido 1 (uma), 2 (duas), 3 (três) vezes ou mais nos últimos 12 meses ^(27,24).

A análise de dados se deu, do ponto de vista descritivo, por meio do programa *Stata* 11 com a extração de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central e de dispersão das variáveis descritas anteriormente.

Considerando a ética em pesquisa aplicada em seres humanos, envolvendo sua dignidade, proteção de direitos, liberdade e autonomia foi utilizado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE nos moldes da Resolução 466/2012. O estudo foi submetido e anuído pela Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, após apreciação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP.

Resultados

Parte significativa das mulheres entrevistadas têm entre 40 a 59 anos (idade média de aproximadamente 36 anos). No que se refere a cor da pele, a grande maioria considera-se parda, representando mais de 88% da totalidade. Em relação à escolaridade, 80% das mulheres possuem ensino médio completo. No que tange à renda familiar, aproximadamente 54% possui uma renda maior que um salário mínimo e inferior a três salários mínimos, sendo que 65,38% possui renda própria e mais de 61% afirmam residir com duas pessoas (Tabela 1 e 2).

Variável	n	%	Média	DP	Min.	Máx.
Faixa etária			36,31	9,75	18	54
18-29 anos	8	30,77				
30-39 anos	7	26,92				
40-59 anos	11	42,31				
60 anos ou mais	0	0,00				
Total	26	100,00				
Cor da pele						
Preta	1	3,85				
Parda	23	88,46				
Branca	2	7,69				
Indígena	0	0,00				
Oriental	0	0,00				
Total	26	100,00				
Escolaridade						
Sem instrução	0	0,00				
EF incompleto	3	11,54				
EF completo	0	0,00				
EM incompleto	0	0,00				
EM completo	21	80,77				
ES incompleto	0	0,00				
ES completo	2	7,69				
Total	26	100,00				

Tabela 1 – Distribuição das amostras segundo a faixa etária, cor da pele e escolaridade. Manaus, 2023.

Variável	n	%	Média	DP	Min.	Máx.
Renda familiar						
< 1 SM	8	33,33				
≥ 1 SM a < 3 SM	13	54,17				
≥ 3 SM a < 5 SM	2	8,33				
≥ 5 SM	1	4,17				
Total	24	100,00				
Possui renda própria						
Não	9	34,62				
Sim	17	65,38				
Total	26	100,00				
Número de residentes na moradia			3,42	1,30	2	6
Até 3	16	61,54				
4 ou 5	7	26,92				

6	3	11,54
Total	26	100,00

Tabela 2 – Distribuição das amostras segundo renda familiar, renda própria e número de residentes em moradia. Manaus, 2023.

57,69% das mulheres participantes realizaram a última coleta do exame preventivo do câncer de colo uterino há menos de seis meses da data da entrevista, sendo que na referida consulta, mais de 96% afirmam que o profissional de saúde que realizou a coleta se apresentou e todas relatam ter ocorrido a explicação do procedimento. Para 46,15% a consulta durou de 11 a 20 minutos (Tabela 3).

Variável	n	%
1ª vez que realiza	3	11,54
≤ 6 meses	15	57,69
> 6 meses a ≤ 2 anos	4	15,38
≥ 2 anos	4	15,38
Total	26	100,00
O profissional de saúde se apresentou		
Não	1	3,85
Sim	25	96,15
Total	26	100,00
Explicação sobre o procedimento de coleta		
Não	0	0,00
Sim	26	100,00
Total	26	100,00
Tempo de duração da consulta ginecológica		
5-10 min	10	38,46
11-20 min	12	46,15
21-30 min	4	15,38
31 min +	0	0,00
Total	26	100,00

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo variáveis relacionadas à consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino. Manaus, 2023.

Cerca de 61% afirmam ter sido questionadas sobre seus hábitos, comportamentos e rotinas durante a consulta, 73,08% sobre seu relacionamento amoroso e apenas 3,85% relatam

ter sido abordada sobre o tema violência. Conforme a sua própria percepção, aproximadamente 26% afirmam a ocorrência de VPI (Violência por parceiro íntimo) ao longo da vida, entretanto 84,62% afirmam que o profissional não examinou sinais de violência, 11,54% declaram que houve o exame enquanto 3,85% não souberam dizer (Tabela 4).

Variável	n	%
Questionamento sobre hábitos, comportamento e rotina durante a consulta		
Não	10	38,46
Sim	16	61,54
Total	26	100,00
Questionamento sobre o relacionamento amoroso durante a consulta		
Não	7	26,92
Sim	19	73,08
Total	26	100,00
Abordagem sobre o tema violência durante a consulta		
Não	25	96,15
Sim	1	3,85
Total	26	100,00
Ocorrência de VPI ao longo da vida, conforme a própria percepção		
Não	19	73,08
Sim	7	26,92
Total	26	100,00
Realização de exame de sinais de violência, conforme a percepção da paciente		
Não examinou	22	84,62
Examinou	3	11,54
Não soube dizer	1	3,85
Total	26	100,00

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo conduta do profissional de saúde em relação à detecção e assistência às vítimas de VPI, durante o exame preventivo do câncer de colo uterino. Manaus, 2023.

Em conformidade com a versão síntese da CTS2, classifica-se a identificação da violência em variáveis como: Violência psicológica leve ou grave, coerção sexual leve ou grave, violência física leve ou grave e lesão leve ou grave. De acordo com os dados nas entrevistas, há a ocorrência de 88,46% de violência psicológica leve, enquanto a grave sustenta-se em 46,15%. Em relação a coerção sexual leve registra-se 23,08% e 3,85% de

forma grave. No que tange a violência física, 30,77% ocorre de maneira leve e 7,69% grave. Acerca de lesão leve perfaz-se 11,54% quando 3,85% é de modo grave (Tabela 4 e 5).

Variável	n	%
Viol. Psicológica leve		
Não	3	11,54
Sim	23	88,46
Total	26	100,00
Viol. Psicológica grave		
Não	14	53,85
Sim	12	46,15
Total	26	100,00
Coerc. Sexual leve		
Não	20	76,92
Sim	6	23,08
Total	26	100,00
Coerc. Sexual grave		
Não	25	96,15
Sim	1	3,85
Total	26	100,00

Tabela 5 – Distribuição da amostra conforme variável violência psicológica e coerção sexual. Manaus, 2023.

Variável	n	%
Viol. Física leve		
Não	18	69,23
Sim	8	30,77
Total	26	100,00
Viol. Física grave		
Não	24	92,31
Sim	2	7,69
Total	26	100,00
Lesão leve		
Não	23	88,46
Sim	3	11,54
Total	26	100,00
Lesão grave		
Não	25	96,15
Total	26	100,00

Tabela 6 – Distribuição da amostra conforme variável violência física e lesão. Manaus, 2023.

No que concerne à frequência de consumo de álcool, 76,92% das mulheres afirma nunca ter ingerido, 15,38% faz uso uma vez por mês ou menos, 3,85% duas ou quatro vezes por mês e 3,85%, duas a três vezes por semana, de modo que 5,56% consome um total de duas ou menos doses, 5,56% de duas a oito doses e 5,56% mais de oito doses, enquanto 100% relata não consumir drogas ilícitas (Tabela 7).

Variável	n	%
Frequência de consumo de álcool		
Nunca	20	76,92
Uma vez por mês ou menos	4	15,38
Duas ou quatro vezes por mês	1	3,85
Duas a três vezes por semanas	1	3,85
Quatro ou mais vezes por semana	0	0,00
Total	26	100,00
Quantidade normalmente ingerida quando consome álcool		
Não se aplica	15	83,33
≤ 2 doses	1	5,56
> 2 doses a ≤ 8 doses	1	5,56
> 8 doses	1	5,56
Total	18	100,00
Consumo de drogas ilícitas		
Não	26	100,00
Sim	0	0,00
Total	26	100,00

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo variáveis inerentes ao consumo de álcool e drogas ilícitas. Manaus, 2023.

Já em relação a frequência de consumo de álcool por parte dos parceiros íntimos, 65,38% das mulheres afirmam que o parceiro nunca fez ingestão, 30,77% faz uso uma vez por mês ou menos e 3,85% de duas a três vezes por semana, de modo que 16,67% consome o

equivalente a duas ou menos doses, 11,11% de duas a oito doses e 5,56% mais de oito doses, tendo em vista que 23,08% das mulheres relatam a vivência de sentir a necessidade do parceiro em diminuir a quantidade de bebida, dentre elas 3,85% dos companheiros aborrecem-se em decorrência desse fato. Com relação ao uso de drogas ilícitas, 3,85% das mulheres declara o consumo por parte do parceiro (Tabela 8).

Variável	n	%
Frequência de consumo de álcool		
Nunca	17	65,38
Uma vez por mês ou menos	8	30,77
Duas ou quatro vezes por mês	0	0,00
Duas a três vezes por semanas	1	3,85
Quatro ou mais vezes por semana	0	0,00
Total	26	100,00
Quantidade normalmente ingerida quando consome álcool		
Não se aplica	12	66,67
≤ 2 doses	3	16,67
> 2 doses a ≤ 8 doses	2	11,11
> 8 doses	1	5,56
Total	18	100,00
Se alguma vez a mulher sentiu que o parceiro deveria diminuir a quantidade de bebida		
Não	3	11,54
Sim	6	23,08
Não se aplica	17	65,38
Total	26	100,00
Se o parceiro fica aborrecido quando criticam a maneira como bebe		
Não	8	30,77
Sim	1	3,85
Não se aplica	17	65,38
Total	26	100,00
Consumo de drogas ilícitas		
Não	25	96,15
Sim	1	3,85
Total	26	100,00

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo variáveis inerentes ao consumo de álcool e drogas ilícitas por parte do parceiro íntimo. Manaus, 2023.

Discussão

Conforme já mencionado a violência realizada pelo parceiro íntimo ocorre na vida de muitas mulheres, trazendo sequelas de modo psicológico, social e físico para a vítima ⁽²⁸⁾. Devido a ocorrência contínua de episódios de violência, em algum ponto, a mulher procura ajuda em serviços de saúde principalmente em ambientes hospitalares, haja vista a necessidade de resolução de problemas com maiores gravidades e de uma forma mais clara em relação ao ocorrido.

No presente estudo é possível afirmar que a maioria das mulheres apresenta como características: idade entre 40 a 59 anos, cor parda, ensino médio completo, possuía renda própria, realizaram a coleta de preventivo há menos de 6 meses, não ingeriam álcool, não usavam drogas e, segundo as próprias percepções das entrevistadas, não sofreram com VPI ao longo da vida. Em relação aos parceiros íntimos, permite-se reiterar que a maioria não faz ingestão de álcool e drogas ilícitas.

A partir do fato que em apenas 3,85% das consultas o profissional não se apresentou, em todos houve explicação sobre o procedimento somado a estudos, extrai-se que a apresentação e a presença do diálogo sobre o que será realizado durante a consulta promovem a possibilidade de haver um maior vínculo de confiança e segurança da paciente para com o profissional de saúde. Viabilizando, dessa maneira, a verbalização da vítima sobre sinais que indiquem, de maneira direta ou indireta, os ciclos de violência sofrida ⁽²⁹⁾.

Durante a consulta, faz-se necessário a realização de alguns questionamentos instituídos pelo próprio sistema, tendo a ser incluídos a abordagem sobre violência, os hábitos de vida, relacionamento amoroso da mulher, inspeção de sinais que possam ter sido gerados em um ato violento, além de ser fundamental a educação em saúde, o que demanda tempo para que se assegure a qualidade e segurança do atendimento. Entretanto obtêm-se nos resultados, consultas com pouca duração de tempo, podendo ser previsto por alta carga de trabalho, grande demanda de pacientes e procedimentos, até mesmo o receio de dar início em assuntos íntimos, mas relevantes com a paciente, o que traz a discorrer, já que a minoria relatou ter sido avaliada a presença de sinais de violência. Mesmo com a sobrecarga do trabalho, a investigação está inserida em alguns atendimentos na APS, iniciando um processo de evolução dentro do serviço de saúde ⁽²⁹⁾.

Dentre todas as modalidades de violência investigadas, a violência psicológica leve parece ser a mais prevalente entre as mulheres que participaram do estudo, isso ocorre porque

na sociedade muitas vezes a vítima não caracteriza esse ato como violência, logo o ciclo violento perpetua-se e os profissionais não conseguem perceber durante a consulta, ou nem mesmo investigam. Com relação a violência psicológica grave, mesmo que em menor proporção, considera-se um número elevado e importante, já que os sinais se tornam mais perceptíveis considerando atos sistemáticos de danos à integridade da saúde mental da paciente.

No que tange a ocorrência de coerção sexual leve entre a minoria das mulheres entrevistadas, considera-se a maior dificuldade da vítima em associar determinados atos como coercitivos, não relacionar até mesmo a sua mínima perda de autonomia sexual. Sendo somado a outros tipos de violência eventualmente, ao passo que ao concatenar sobre sua atual situação, danos psicológicos podem ser prevalentes ⁽³¹⁾.

Ao que integra a violência física leve, pode-se considerar a presença de sinais de lesão física tornando a inspeção fundamental na detecção de casos, além de manter o vínculo de confiança com a vítima para que, dessa forma, seja buscada a fonte de surgimento dos achados físicos alterados. Podendo estar, também, associado a outras tipagens de violência uma vez que o ciclo violento continua a ocorrer devido a fatores que inviabilizam a mulher a sair de tal situação, trazendo danos psicológicos, além da vergonha e medo de outras pessoas verem suas cicatrizes e/ou ferimentos, resultando no isolamento da vítima e maior dependência do agente violento ⁽³²⁾.

Interseccionando os resultados obtidos na coleta com estudos nacionais, compreende-se que a ingestão de álcool e o uso de drogas ilícitas pelo parceiro se insere nos fatores de risco para a alta incidência de VPI. Estudos revelam que aqueles considerados agressivos ou não ao fazer uso, potencializam as atitudes violentas. Compreende-se, então, a sua relevância dentro desse contexto, já que a partir da ingestão surgem vários motivos para desavenças entre o casal, além de fomentar o comportamento violento do companheiro ⁽³⁰⁾.

O que concebe que a interferência do consumo de álcool e drogas ilícitas pelo parceiro resulta em condutas violentas com a companheira, além do consumo pela própria vítima, podendo ser relacionado com a baixa escolaridade que, quando somados, pode gerar ausência de vínculo empregatício levando-a à dependência econômica.

Todavia, a APS constitui um âmbito propício de detecção de casos ainda precoces. Embora exista maior facilidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nesse contexto, estudos apontam que a assistência para as mulheres que sofrem de violência não é posta na prática de maneira oficializada, resultando na diminuição do cuidado para com esse público (29).

Reiterando a importância da ESF como instrumento fundamental no enfrentamento contra violência, interseccionando a consulta de exame preventivo do câncer de colo uterino como espaço de detecção de violência contra mulher e como introdução à assistência da vítima. Por consequência da desnudez e posição ginecológica necessária para realização do exame, que torna o ambiente mais propício para a percepção de casos de violência.

Conclusão

Com relação ao objetivo específico onde desejava-se verificar entre as usuárias de Unidade Básica de Saúde que realizaram exame colpocitológico sofreram VPI, quais os tipos de violência sofrida, o desenvolvimento do presente estudo possibilitou a identificação. Destacam-se violência psicológica leve, coerção sexual leve violência física leve, dessa maneira auxilia o profissional de saúde da região a compreender a realidade das usuárias, possibilitando o direcionamento a sinais mais específicos da violência sofrida.

No que tange o objetivo cujo intento era investigar os fatores possivelmente associados à detecção de VPI no espaço de realização de exame colpocitopatológico, ao serem analisados os dados das mulheres interseccionados à quantidade de relatos de VPI das usuárias, verifica-se os fatores de risco associados a casualidades de violência. A

escolaridade, uma vez que leva conhecimento acerca do próprio corpo, dos direitos e deveres, além do modo de pensar e refletir. Por conseguinte, a obtenção de renda própria e, conseqüentemente, a não dependência financeira do parceiro influenciam na não revitimização.

Outro fator de risco importante é o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas tanto pela mulher quanto pelo companheiro. A partir da análise de ocorrências de VPI das usuárias, da descrição do uso próprio e dos parceiros e estudos nacionais acerca do assunto, verifica-se a vinculação da utilização de bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas com a ocorrência de violência, dado que se relaciona a motivos de discussão importante entre o casal além de impelir comportamentos violentos com a parceira.

Com relação a pergunta que configura o estudo, observa-se que, contemplar o espaço de realização do exame com o olhar do profissional de saúde, de maneira assertiva e ética, para sinais de violência que a vítima pode apresentar, junto a indagações feitas ainda durante a anamnese, pode resultar na prevenção de VPI e diminuição da revitimização. Podendo ser considerado um espaço para detecção de casos de VPI, no entanto é necessário que os profissionais sejam treinados e capacitados acerca da importância de abordar o tema da violência durante a consulta, para realizar o acolhimento com escuta qualificada, questionamentos pertinentes a possíveis sinais e sintomas sem julgamentos, além de ter conhecimento sobre o sistema e saber orientá-la acerca quanto a rede intersetorial para os devidos encaminhamentos e orientações a fim de cessar episódios violentos, que derivam como questões de saúde pública.

No que tange a percepção da usuária em relação ao profissional de saúde que realiza o exame preventivo, compreende-se que uma boa comunicação entre profissional e paciente influencia na assistência e a gerir uma boa relação para que se torne um ambiente acolhedor, confiável e seguro.

Além da necessidade do profissional de saúde de ter conhecimento sobre o público que frequenta a unidade, os tipos de violência mais incidentes na região, hábitos de vida, realizar ações educativas frequentes, convidar usuárias para rodas de conversas, ter disponíveis e de fácil acesso ao público contatos para atendimento da comunidade podem contribuir para a assistência do profissional, aumentar o vínculo com os pacientes, além de influenciar na redução de casos de VPI.

Referências

1. McKibbin, Anne e Kathy Gill-Hopple. "Violência por parceiro íntimo: o que os profissionais de saúde devem saber." *Clínicas de Enfermagem* 53.2 (2018): 177-188.

2. Lourenço, Lélío Moura, and Dayane Pereira Costa. "Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher." *Geraiis: Revista Interinstitucional de Psicologia* 13.1 (2020): 1-18.
3. Teofilo, Marcella Martins Alves, et al. "Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014)." *Cadernos Saúde Coletiva* 27 (2019): 437-447.
4. DataSenado, Pesquisa, and DataSenado. "Violência doméstica e familiar contra a mulher." *Brasília, DF: Secretaria de Transparência/DataSenado* (2013).
5. Menezes, Paulo Ricardo de Macedo, et al. "Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral." *Saúde e sociedade* 23 (2014): 778-786.
6. Vidigal, Brenda Alice Andrade, et al. "Os desafios do combate à violência contra a mulher sob a ótica de Pierre Bourdieu." *Revista Brasileira de Segurança Pública* 14.2 (2020): 178-187.
7. Coelho, Elza Berger Salema, et al. "Políticas públicas no enfrentamento da violência por parceiro íntimo."
8. Krug, Etienne G., et al. "O relatório mundial sobre violência e saúde." *The lancet* 360.9339 (2002): 1083-1088.
9. Barufaldi, Laura Augusta, et al. "Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence." *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (2017): 2929-2938.

10. Dicola, Daniel e Spaar Elizabeth. "Violência por parceiro íntimo." *Médico de família americano* 94,8 (2016): 646-651.
11. Franco, Túlio Batista, Wanderlei Silva Bueno, and Emerson Elias Merhy. "O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* 15 (1999): 345-353.
12. Catafesta, Gabriela, et al. "Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família." *Arq Ciênc Saúde* 22.1 (2015): 85-90.
13. Silva, Thais Mageski, et al. "Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência." *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)* (2018): 986-990.
14. De Ferrante, Fernanda Garbelini, Manoel Antonio dos Santos, and Elisabeth Meloni Vieira. "Violência contra a mulher: percepções de médicos das unidades básicas de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo/Violencia contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo/Violencia contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil." *Interface: Comunicação Saúde Educação* 13.31 (2009): 287-300.
15. Osis, Maria José Duarte, Graciana Alves Duarte, and Aníbal Faúndes. "Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais." *Revista de Saúde Pública* 46 (2012): 351-358.
16. Medeiros, Flávia A., et al. "Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco." *Revista de Salud Pública* 12.3 (2010): 402-413.

17. Arruda, Carlos André Moura, and Maria Lúcia Magalhães Bosi. "Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil." *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 21 (2016): 321-332.
18. Mascarenhas, Márcio Dênis Medeiros, et al. "Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017." *Revista Brasileira de epidemiologia* 23 (2020).
19. Serapioni, Mauro. "Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração." *Ciência & saúde coletiva* 5 (2000): 187-192.
20. Melo, Odenicio Jr Marques. "Produção de subjetividade e formação docente." (2017).
21. de Freitas Mussi, Ricardo Franklin, et al. "Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades." *Revista Sustinere* 7.2 (2019): 414-430.
22. Catalá, Larissa Souza, and Roberto Luiz do Carmo. "O conceito de aglomerado subnormal do IBGE e a precariedade dos serviços básicos de infraestrutura urbana." *Revista Brasileira de Estudos de População* 38 (2021).
23. VIEIRA, S. *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro. Elsevier, 2011.
24. Moraes, Claudia Leite, Maria Helena Hasselmann, and Michael E. Reichenheim. "Adaptação transcultural para o português do instrumento" Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais." *Cadernos de Saúde Pública* 18.1 (2002): 163-176.

25. Straus, Murray A., e outros. "As escalas revisadas de táticas de conflito (CTS2) e dados psicométricos preliminares." *Journal of Family Issues* 17.3 (1996): 283-316.
26. Alexandra, Carla e Bárbara Figueiredo. "Versão portuguesa das" Escalas de Táticas de Conflito Revisadas": Estudo de validação." *Psicologia: Teoria e prática* 8.2 (2006): 14-39.
27. Reis, Leonardo Naves dos. *Violência doméstica e aspectos cognitivos do agressor: análise quantitativa*. Diss. Universidade de São Paulo, 2016.
28. Carvalho MRS, Oliveira JF, Gomes NP, Matheus FAV, Silva AF, Carvalho CS. Elementos de vulnerabilidade para permanência na violência conjugal: discurso de mulheres que consomem álcool/drogas. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2022 [acesso 03 MAR 2023]; 31:e20180516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0516pt>
29. Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, Estrela FM, Webler N, Santos JLG, Carvalho AAS. Modelo teórico-explicativo do cuidado à mulher em situação de violência na Atenção Primária. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 09 MAR 2023]; 31:e20200639. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0639>
30. Carvalho MRS, Oliveira JF, Gomes NP, Santos MM, Estrela FM, Duarte HMS. Interface between conjugal violence and alcohol consumption by the partner. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2109-15. [Thematic issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0540>
31. Ministerio da saude. *Saúde Das Mulheres* Saúde Das Mulheres. 2016. 230 p.

32. Mota JC da, Vasconcelos AGG, Assis SG de. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Cien Saude Colet. 2007;12(3):799–809.