



Universidade do Estado do Amazonas
Escola Superior de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



Rayza de Sousa Ramos

Violência por parceiro íntimo contra mulher: adoção de condutas favoráveis a detecção de violência pelo profissional no espaço do exame preventivo.

Manaus

2023

Rayza de Sousa Ramos

Violência por parceiro íntimo contra mulher: adoção de condutas favoráveis a detecção de violência pelo profissional no espaço do exame preventivo.

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis

Manaus

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UEA

R175vv Ramos, Rayza de Sousa

Violência por parceiro íntimo contra mulher :

Violência por paradoção de condutas favoráveis a detecção de violência pelo profissional no espaço do exame preventivo. / Rayza de Sousa Ramos. Manaus : [s.n], 2023.

143 f.: color.; 30 cm.

Dissertação - PGLS - Saúde Coletiva (Especialista) -

Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

Inclui bibliografia

Orientador: Reis, Leonardo Naves dos

1. Violência por parceiro íntimo. 2. CTS-2. 3.

Exame preventivo. I. Reis, Leonardo Naves dos (Orient.).

II. Universidade do Estado do Amazonas. III. Violência por parceiro íntimo contra mulher

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rayza de Sousa Ramos

Violência por parceiro íntimo contra mulher: adoção de condutas favoráveis a detecção de violência pelo profissional no espaço do exame preventivo.

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Amazonas.

Aprovada em 12 de setembro de 2023.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis (Orientador)

Universidade do Estado do Amazonas

Prof.^a Dra. Zeyne Alves Pires Scherer

Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra Alessandra Valle Salino

Universidade do Estado do Amazonas

Prof.^a Dra Consuelena Leitão

Universidade Federal do Amazonas

Manaus-AM

2023

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que foram suporte durante toda minha trajetória acadêmica, apoio durante as fases mais difíceis do projeto e esperançosos com o meu sucesso. Gratidão, pois tudo o que sou é resultado dos seus esforços.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Ele que me abençoou com boas oportunidades, que está a todo momento me guiando e me tornando mais forte a cada vivência.

A minha mãe que sempre foi suporte, minha fonte força para superar os desafios da vida, mulher inspiradora, advinda de um mundo de luta que me ensina a ter esperança e a lutar para que meus sonhos sejam realizados.

Ao meu pai, grande inspiração da minha vida, de luta, de coragem, exemplo de homem que batalhou para sermos a família que somos hoje, para realizar nossos sonhos juntos.

Ao Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis, o qual me apresentou o mundo da pesquisa, conduziu-me com tranquilidade mesmo quando estava ansiosa quanto aos processos de pesquisa. Ensinou-me tudo que sei hoje e por isso sou muito grata.

A todas que me auxiliaram na coleta de dados, Débora Marques, Giovana Torres, Vitória Sabino e Antonia Mirely. Somos mulheres de força e potência na luta contra violência.

Aos enfermeiros e enfermeiras das unidades básicas de saúde por me receberem com disposição, grata pelo auxílio e dicas valiosas.

Aos professores da banca examinadora, pelas contribuições acuradas que favoreceram meu crescimento e aperfeiçoamento profissional.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) que com seu apoio foi realizado o presente trabalho.

RESUMO

RAMOS, Rayza de Sousa. *Violência por parceiro íntimo contra mulher: adoção de condutas favoráveis a detecção de violência pelo profissional no espaço do exame preventivo*. 2023. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

O presente estudo teve como principal objetivo verificar em que medida os profissionais de saúde atuantes no exame colpocitopatológico tem adotado condutas capazes de contribuir para a detecção e assistência de VPI contra mulher, bem como quais fatores estariam possivelmente associados à adoção de tais condutas. Para tanto foi proposto um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado nas UBS localizadas na zona urbana do município de Manaus/AM com mulheres com parceiro íntimo no mínimo há 12 meses e que realizaram o exame colpocitopatológico. Empregou-se questionário sociodemográfico, de uso e abuso de álcool e drogas, e o *Revised conflict tactics Scale 2* (CTS-2). Além da análise descritiva dos dados, procedeu-se a análise exploratória utilizando o teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre a adoção das condutas profissionais favoráveis ao diagnóstico e assistência da VPI com as demais variáveis independentes em estudo. Adotou-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A zona oeste de Manaus foi aquela onde o profissional adotou com maior frequência a conduta de investigar o relacionamento íntimo da mulher e de investigar seus hábitos e comportamentos, entretanto, obteve menor frequência de realização do exame de sinais de violência. Mulheres usuárias de UBS que foram com maior frequência investigadas em seus hábitos e comportamentos possuem entre 30 e 39 anos de idade e apenas 8 mulheres foram abordadas quanto ao tema violência pelos profissionais. Os profissionais adotaram mais frequentemente investigação sobre o relacionamento íntimo de mulheres com ensino médio. Já a conduta de examinar de sinais de violência foi mais adotada entre pacientes com o ensino superior. Mulheres brancas obtiveram menor frequência quanto a investigação de hábitos e comportamentos e mulheres com renda própria foram mais investigadas sobre o relacionamento íntimo. A investigação do relacionamento íntimo ocorreu com maior frequência em mulheres que realizaram o exame anterior até 6 meses atrás e, da mesma forma, também se investigou mais o relacionamento íntimo, além de hábitos e comportamentos, quando o profissional se apresentou e explicou o procedimento. Nota-se que o profissional abordou mais o tema violência com mulheres que sofreram violência psicológica grave. Observou-se que a maioria das mulheres usuárias de UBS sofreram algum tipo de violência, a mais comum foi a violência psicológica. Entre as vítimas de VPI, a maioria retorna periodicamente para UBS, e realizaram sua consulta ginecológica em até 20 minutos, porém, a grande maioria não excedeu 10 minutos. Percebeu-se que os profissionais que realizam o exame colpocitopatológico tomam, por conta própria, condutas que favorecem a detecção de VPI apesar de não serem maioria. Com treinamento dos profissionais, conhecimento das redes de enfrentamento pode-se dar visibilidade à VPI enquanto agravo de saúde. Os fatores que vem a colaborar para a adoção das condutas são tempo maior da consulta conjuntamente com apresentar-se à paciente e explicar o procedimento de coleta, portanto, sugere-se agregar ao protocolo do exame colpocitopatológico condutas que favorecem a detecção de violência, já que mulheres usuárias de UBS em sua maioria vivenciaram algum tipo de violência.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. CTS-2. Exame colpocitopatológico.

ABSTRACT

RAMOS, Rayza de Sousa. *Intimate partner violence against women: adoption of behaviors favorable to the detection of violence by professionals in the space of preventive exam for cervical cancer*. 2023. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2023.

The main objective of this study was to verify to what extent health professionals working in Pap smears have adopted conduct capable of contributing to the detection and assistance of IPV against women, as well as what factors would be possibly associated with the adoption of such conduct by professionals. Therefore, a quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study was proposed, carried out in the UBS located in the urban area of the city of Manaus/AM with women with an intimate partner for at least 12 months and who underwent the colposcycopathological examination. A sociodemographic questionnaire, use and abuse of alcohol and drugs, and the Revised Conflict Tactics Scale 2 (CTS-2) were used. In addition to the descriptive analysis of the data, an exploratory analysis was carried out using the chi-square test to verify possible associations between the adoption of professional behaviors favorable to the diagnosis and assistance of IPV with the other independent variables under study. Were adopted a confidence interval of 95% and a significance level of 5%. The west zone of Manaus, the professional adopted more frequently the conduct of investigating the intimate relationship of the woman and of investigating her habits and behaviors, however, obtained less frequency to carry out the examination of violence signs. UBS user women who were most frequently investigated in their habits and behaviors are between 30 and 39 years old and only 8 women were approached about the topic of violence by the professional. Professionals more frequently adopted the conduct of investigating the intimate relationship of women who had high school, and more frequently adopted the conduct of examining violence signs in women with university education. White women were less likely to investigate habits and behaviors, and professionals were more likely to investigate intimate relationships with women who had their own income. The intimate relationship investigation occurred more frequently in women who underwent the preventive examination within 6 months and the intimate relationship and habits and behaviors were also investigated when the professional introduced himself and explained the procedure. It is noted that the professional addressed the topic of violence with women who suffered severe psychological violence. It was observed that the majority of female UBS users suffered some type of violence, the most common being psychological violence. Among victims of IPV, most return to the UBS, and had their gynecological consultation within 20 minutes, with the vast majority not exceeding 10 minutes. It was noticed that professionals who perform Pap smear test take, on their own, behaviors that favor the detection of IPV, although they are not the majority. With training, knowledge of coping networks, IPV can be given visibility as a matter of health problems. The factors that come to collaborate for the adoption of the conducts are the longer consultation time along with presenting to the patient and explaining the procedure, therefore, it is suggested to add to the protocol of the pap smear favorable conducts to the detection of violence, since that female UBS users mostly experienced some type of violence.

Keywords: Intimate partner violence. CTS-2. Pap smear.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo tempo entre as consultas anterior e atual. Manaus, 2023.....	99
Gráfico 2 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de apresentar-se à paciente. Manaus, 2023.....	99
Gráfico 3 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de explicar o procedimento à paciente. Manaus, 2023.....	100
Gráfico 4 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo tempo de duração da consulta. Manaus, 2023.....	100
Gráfico 5 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de investigar sobre hábitos e comportamentos da paciente. Manaus, 2023.....	101
Gráfico 6 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo realização, por parte do profissional, de exames de sinais de violência. Manaus, 2023.....	101
Gráfico 7 –	Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo abordagem do tema violência, por parte do profissional. Manaus, 2023.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Número de unidades básicas de saúde por quantitativo populacional e território.....	23
Quadro 2 –	Unidades Básicas de Saúde para realização da pesquisa.....	23
Quadro 3 –	Descrição das variáveis sociodemográficas, de uso e abuso de álcool e outras drogas e inerentes ao exame colpocitopatológico.....	25
Quadro 4 –	Tipos de violência contra mulher.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas. Manaus, 2023.....	46
Tabela 2 –	Distribuição da amostra segundo variáveis inerentes ao exame do câncer de colo uterino. Manaus, 2023.....	48
Tabela 3 –	Distribuição da amostra segundo uso e abuso de álcool e drogas pela mulher. Manaus, 2023.....	49
Tabela 4 –	Distribuição da amostra segundo uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro, conforme a percepção da mulher. Manaus, 2023.....	50
Tabela 5 –	Distribuição da amostra segundo tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher. Manaus, 2023.....	51
Tabela 6 –	Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.....	53
Tabela 7 –	Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.....	56
Tabela 8 –	Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.....	58
Tabela 9 –	Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.....	60
Tabela 10 –	Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 11 – Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023.....	66
Tabela 12 – Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Manaus, 2023.....	69
Tabela 13 – Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e investigação, por parte do profissional de saúde, de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Manaus, 2023.....	71
Tabela 14 – Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023.....	74
Tabela 15 – Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023.....	77
Tabela 16 – Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023.....	80
Tabela 17 – Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023.....	81
Tabela 18 – Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e realização de exame de sinais de violência por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.....	83
Tabela 19 – Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 20 –	Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.....	89
Tabela 21 –	Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.....	90
Tabela 22 –	Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.....	91
Tabela 23 –	Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.....	93
Tabela 24 –	Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e ocorrência de VPI. Manaus, 2023.....	97
Tabela 25 –	Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e ocorrência de VPI. Manaus, 2023.....	102
Tabela 26 –	Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e ocorrência de VPI. Manaus, 2023.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

VPI	Violência por Parceiro Íntimo
UBS	Unidade Básica de Saúde
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de desenvolvimento humano municipal
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SEDECTI	Secretaria de Estado e Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação
MS	Ministério da Saúde
Datusus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CTS-2	<i>Revised conflict tactics Scale 2</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
Sinan	Sistema de informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
PNH	Política Nacional de humanização
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
CREAM	Centro Estadual de Referência e Apoio a Mulher
DECCM	Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher
NAEM	Núcleo de Atendimento da Mulher Vítima de Violência
SAPEM	Serviço de Apoio Emergencial à Mulher
SEPM	Secretaria Executiva de Políticas para Mulheres
SAVAS	Serviço de Atendimento a Vítima de Abuso Sexual
SAVVIS	Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 OBJETIVOS	21
1.1 Objetivo geral:	21
1.2 Objetivos específicos:	21
2 MÉTODO	21
2.1 Desenho do estudo	21
2.2 Local do estudo	22
3.3 População e amostra	23
3.4 Variáveis em estudo	25
3.5 Coleta de dados	27
3.6 Análise de dados	28
3.7 Aspectos éticos	29
3.8 Protocolo De Medidas Sanitárias	29
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
4.1 Violência por parceiro íntimo contra a mulher	30
4.1.1 Violência	30
4.1.2 Violência por parceiro íntimo	30
4.1.3 Fatores de risco para violência contra mulher	35
4.1.4 Violência no Brasil	36
4.2 Profissionais da saúde na assistência à mulher vítima de violência	37
4.2.1 Atendimento na atenção primária	37
4.2.2 Redes de atenção a mulher vítima de violência	39
4.2.3 O exame preventivo como sinalização de violência contra a mulher	41
5 RESULTADOS	45
5.1 Descrição da amostra	45

5.2 Fatores associados à investigação do relacionamento íntimo por parte do profissional.	52
5.3 Fatores associados à investigação de hábitos e comportamentos da rotina da mulher em relacionamento íntimo, por parte do profissional de saúde.	62
5.4 Fatores associados à realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde.	73
5.5 Fatores associados à abordagem do profissional acerca do tema violência, durante a consulta.	85
5.6 Fatores associados à ocorrência de VPI entre mulheres que realizaram o exame preventivo.	96
6 DISCUSSÃO	105
6.1 Perfil sociodemográfico da mulher em relacionamento íntimo usuária do exame colpocitopatológico em UBS.	105
6.2 Fatores sociodemográficos associados à adoção de condutas favoráveis a detecção de VPI durante a realização do exame colpocitopatológico.	107
6.3 Fatores inerentes ao exame colpocitopatológico associados à adoção de condutas favoráveis a detecção de VPI.	109
6.4 Fatores associados a ocorrência de VPI entre mulheres usuárias de UBS que realizaram o exame colpocitopatológico.	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A	125
APÊNDICE B	128
ANEXO A	130
ANEXO B	135
ANEXO C	136

INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) pode ser definida como violência praticada pelo ex-parceiro(a) ou atual o qual exerce atos de agressões física, sexual, psicológica, perseguições contra o(a) parceiro(a) íntimo(a) (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018).

A violência entre parceiros íntimos é multicausal, logo, existem vários determinantes que podem estar envolvidos nesse fenômeno (LOURENÇO; COSTA, 2020). É um problema de saúde pública, social e de violação dos direitos humanos da vítima. Esta, inflige agravos na saúde física e mental que impactam sua qualidade de vida com consequências negativas na sua vida pessoal, familiar e social (TEOFILO et.al, 2019).

Em entrevista de opinião por telefone com 2.400 mulheres distribuídas pelos estados brasileiros pelo menos 36% das brasileiras reconheceram que sofreram violência doméstica em 2019. Entre elas 31% não conseguiram tomar atitude contra a violência, entretanto notou-se um aumento na busca de ajuda em amigos de 8% em 2017 para 10% em 2019. É importante notar que 75% das mulheres entrevistadas não procuraram uma unidade de saúde (DATASENADO, 2019).

É importante afirmar que um único serviço não trará resolutividade para as diversas demandas da vítima de violência. E ainda, observa-se que redes intersetoriais sofrem dificuldades na sua articulação devido ao déficit de recursos humanos. Mas não somente, há ainda a dificuldade de integrar conhecimentos de forma multiprofissional, a percepção limitada dos profissionais frente a violência, e o desconhecimento da rede ao encaminhar a vítima para outros setores (MENEZES et.al, 2014).

Além disso, sabe-se que mesmo com avanços sobre os direitos da mulher a sociedade ainda emprega a dominação do homem sobre a mulher, discutindo-se essa violência de gênero que muitas vezes é naturalizada. Consoante a cultura pode ser um dos fatores que contribuem para a perpetuação e índices crescentes de violência contra a mulher por parceiro íntimo (VIDIGAL et.al, 2020).

Desta forma, com a rede intersetorial trabalhando de forma desarticulada a vítima de violência, que busca nas autoridades seu direito, percorre um caminho longo e muitas vezes carregado de discriminação e preconceito por aqueles que deveriam promover acolhimento e suprir as necessidades da população (COELHO et.al, 2014).

Estudos sobre violência por parceiro íntimo demonstram que as vítimas que buscam assistência em saúde possuem consequências físicas e psicológicas. Entre essas consequências estão dores crônicas, problemas gastrointestinais, lesões não correspondentes com a

justificativa da paciente, depressão, estresse pós-traumático entre outras consequências que impactam a saúde da vítima de violência (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018; KRUG et.al, 2002).

Desta forma, o tema deve ser tratado por uma equipe multidisciplinar para que se obtenha uma integralidade no atendimento para lidar com variados fatores que afetam a saúde da mulher (LOURENÇO; COSTA, 2020). Atores de diversas áreas da saúde vem pesquisando a complexidade do fenômeno violência. Ela pode ser evitada, e assim, ter suas consequências reduzidas. A saúde coletiva contribui para que fatores que podem ser responsáveis para uma ação violenta sejam capazes de serem modificados (DALBERG; KRUG, 2007).

Dados de estudos demonstram que a VPI é, em sua maioria, cometida contra as mulheres. Ainda, retrata-se que a violência é tema pertinente para elaboração de estratégias de redução de agravos em saúde como também para sua detecção e notificação aos sistemas de informação (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018; BARUFALDI et.al, 2017; TEOFILO et.al, 2019).

A VPI deve ser tratada pelo profissional de saúde com respeito e dignidade a paciente. O profissional deve fornecer informações importantes em relação às ações que podem ajudá-la a manter-se segura, promovendo a autonomia da paciente ao realizar decisões acerca desse problema. Existem instrumentos que podem diagnosticar se há VPI para que seja possível promover intervenções de cuidado as quais podem ser informações sobre o que é a violência por parceiro íntimo, planejamento seguro em caso de violência iminente, e divulgação de abrigos que acolhem a vítima de violência e, com isso o profissional tendo documentado todo o atendimento, se houver interposição policial e/ou judicial, a vítima pode fornecer evidências a partir de seu prontuário (DICOLA, SPAAR; 2016).

Além disso, a relação do profissional de saúde e usuário expressa uma relação de escuta e responsabilização que articuladas constituem relações de vínculo e de adesão às intervenções de saúde. O acolhimento é significativo nos processos de produção de saúde nas unidades de atenção à saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O profissional quando adota a conduta de perguntar sobre o relacionamento íntimo da mulher, pode identificar problemas como VPI e assim discutir possibilidades de enfrentamento. Perguntas diretas são importantes, mas a escuta interessada é o melhor instrumento de detecção (D'OLIVEIRA et.al, 2009).

Além disso, é preconizado pelo ministério da saúde, mais especificamente no contexto do exame preventivo do câncer de colo uterino, que o profissional atue para conhecer hábitos e

comportamentos pessoais, pois por meio destes é possível identificar fatores que influenciam na causalidade de doenças ligadas ao desenvolvimento do câncer do colo do útero e ao papiloma vírus humano (HPV). Hábitos e comportamentos pessoais como higiene íntima, tabagismo, fatores ambientais e socioeconômicos também fornecem informações sobre fatores de risco para VPI. (BRASIL, 2013; CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018; OLIVEIRA et.al, 2019).

Mulheres que são vítimas de VPI e de abuso sexual são mais prováveis de serem diagnosticadas com câncer, desta forma estima-se que a realização do exame de sinais de violência, como uma prática rotineira do profissional, permitiria ações e estratégias de orientação tanto à prevenção do câncer de colo uterino quanto à VPI, como também mediar estratégias para planejamento de políticas públicas acerca do tema. A vista disso, daria visibilidade às vítimas não somente pelo aspecto físico-biológico, mas também por contemplar a integralidade de atenção em saúde (GONZALEZ et.al,2018; GOMES et.al, 2021; SANTOS; FREITAS, 2017)

As mulheres precisam e querem falar sobre a violência de uma forma privada, sigilosa e mediante uma atitude não julgadora por parte do profissional (D'OLIVEIRA et.al, 2009). A abordagem do tema violência torna-se parte da educação em saúde em que o profissional de saúde é habilitado a promover discussões e atuar propiciando um espaço de detecção de violência (LEITE et.al, 2022; D'DOHERT et.al, 2015)

A atenção básica é um recurso de privilégio em seus serviços de saúde no que tange à assistência em relação a violência e sua prevenção, entretanto ainda há invisibilidade quanto às situações de violência. Conseqüentemente, os profissionais da saúde não colocam em prática a identificação da violência contra mulher, intrafamiliar e outros tipos devido a não saber abordar assuntos que derivam de conflitos domésticos, não abordar o tema violência por acreditar que este não faz parte da atenção em saúde, e mesmo quando a mulher verbaliza essa queixa ao profissional o mesmo a desqualifica por acreditar se tratar de um problema pessoal da vítima (COELHO et.al, 2014).

Mais especificamente, a consulta ginecológica realizada pelo enfermeiro é uma ferramenta de grande suporte para a prevenção de doenças, nela é realizada anamnese com intuito de obter informações sobre a saúde da mulher e seu histórico biopsicossocial (CATAFESTA et.al, 2015). A mulher ao procurar o serviço de saúde primária para realização de exame do colo de útero será abordada pelo profissional da saúde em sua intimidade. No entanto, a detecção da violência e cuidados que podem ser fomentados pelo profissional pode

enfrentar barreiras culturais da sociedade e falta de especialização específica do mesmo (SILVA et.al, 2018).

Ainda, a consulta ginecológica é um instrumento de cuidado que pode dar visibilidade às necessidades da saúde da mulher em seu contexto social, cultural, biológico. O enfermeiro pode acessar a mulher em sua integralidade dando oportunidade para detectar violência doméstica e favorecer sua autonomia quando a mesma busca o serviço de saúde (CATAFESTA et.al 2015).

Entretanto, profissionais de saúde ao se depararem com a violência contra mulher alegam não ter tempo, ou capacitação, medo de ofender e insegurança ao tratar de conflitos da vida íntima e assim, acreditam que os órgãos jurídicos são o principal setor que tratará dessa demanda (DE FERRANTE, 2009; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

O serviço de saúde deve prestar acolhimento como forma de promover aproximação do usuário, que de forma humanizada envolve o desenvolvimento da autonomia e a resolução das necessidades de saúde com as ferramentas que estão dispostas a atenção primária. Além disso, notificar casos de violência no intuito de conhecer as características das ocorrências para implementação de ações em saúde. Compreender elementos de (in) satisfação da usuária na experiência do uso de serviço de saúde indica fatores de adesão ao tratamento, necessidades em saúde, e de construção de vínculo com o profissional de saúde (MEDEIROS et.al, 2010; ARRUDA; BOSI, 2017; MASCARENHAS et.al, 2020).

Desta forma, percebe-se que o espaço do exame colpocitopatológico é pouco explorado em relação a outros agravos da saúde da mulher além do câncer de colo uterino. Vislumbra-se pouco as condutas que podem ser adotadas pelo profissional da saúde para a detecção de VPI nesse espaço, o que pode ser visto como natural, uma vez que seu propósito principal é o rastreamento da patologia citada. Contudo, tal ocasião, pode guardar um grande potencial de promoção e prevenção à saúde no que concerne às mulheres vítimas de VPI, por ser um momento especialmente privilegiado no que se refere ao sigilo e à privacidade entre paciente e profissional. Possivelmente, pode assim, tal exame, trazer benefícios à saúde da mulher, para além da detecção do câncer de colo uterino.

Assim, como descrito, considera-se a possibilidade de que a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino, a partir da adoção de condutas profissionais capazes de possibilitar diagnóstico e assistência às vítimas de VPI, possa representar espaço privilegiado para detecção e assistência dessas vítimas, contudo, acredita-se que a concretização desse espaço passa por determinadas condições, especialmente as relacionadas à cultura e ao

atendimento prestado pelo profissional. Como dito anteriormente, a investigação do relacionamento íntimo, investigação de hábitos e comportamentos pessoais, abordagem do tema violência e o exame de sinais de violência são condutas que podem contribuir para o processo de detecção de VPI. Diante disso, o presente estudo questionou, primeiramente, em que medida os profissionais de saúde atuantes no exame preventivo de câncer de colo uterino, por iniciativa própria, adotam condutas capazes de fazer do espaço de realização do exame de colo de útero em unidade de saúde primária, também um espaço para detecção de VPI contra a mulher em sua saúde psicológica, física e sexual. Em segundo momento, questionou-se sobre quais fatores estariam possivelmente associados à adoção, das condutas mencionadas.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral:

Verificar em que medida os profissionais de saúde atuantes no exame colpocitopatológico tem adotado condutas capazes de contribuir para a detecção e assistência de VPI contra mulher.

1.2 Objetivos específicos:

- a) Verificar a frequência de VPI contra mulher e tipos de violência sofrida entre usuárias do exame colpocitopatológico em Unidade Básica de Saúde;
- b) Verificar em que medida o profissional habilitado para coleta do exame colpocitopatológico, por iniciativa própria, adota condutas favoráveis a detecção de VPI durante a consulta de realização do exame.
- c) Investigar os fatores possivelmente associados à adoção de condutas favoráveis à detecção e assistência de VPI, por profissionais de saúde durante a consulta para coleta do exame colpocitopatológico.

2 MÉTODO

2.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal.

Os métodos quantitativos se caracterizam por utilizar procedimentos mais controláveis em busca de mensurar e apurar possíveis causas de fenômenos, determinação de indicadores e

tendências presentes na realidade. São objetivos, o pesquisador admite uma postura neutra, os dados são coletados em uma linguagem matemática e são analisados de forma estatística e orientam-se aos resultados (SERAPIONI, 2000; MARQUES, MELO, 2017; MUSSI et.al, 2019).

A pesquisa descritiva visa apresentar as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática (PRODANOV; FREITAS, 2013). O estudo exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

As pesquisas com delineamento transversal são ferramentas para a descrição de características da população, assim como identificação de grupos de risco, fatores de associação com o fenômeno investigado, estima a frequência com que determinado evento de saúde se manifesta na população investigada. Geralmente empregadas em estudos epidemiológicos são importantes para ação e planejamento em saúde (BASTOS; DUQUIA, 2007).

2.2 Local do estudo

Realizou-se em Unidades Básicas de Saúde na área urbana do município de Manaus no estado do Amazonas, localizado na região norte do Brasil. O município de Manaus possui unidade territorial de 11.401,092 km² dividido 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 (IBGE, 2021; SSP/AM, 2013).

Segundo o censo demográfico de 2010 o município de Manaus possuía população urbana de 1.792.881 habitantes. Estima-se que em 2018 Manaus teria uma população de 2.145.444 habitantes (AMAZONAS EM MAPAS, 2020).

As zonas administrativas em expansão são Zona Norte e Leste no município de Manaus com as características de desorganização da ocupação do solo urbano e mais populosas. Cabe notar que com o movimento migratório da zona rural para a área urbana, devido à demanda de emprego da Zona Franca de Manaus no polo industrial do Amazonas, houve ausência de planejamento urbano que se somou com carências de saneamento básico, problemas de falta de escolas, hospitais e habitações. Consequentemente, avista-se as invasões e criação de novos bairros (SSP/AM, 2013)

Quadro 1- Número de unidade básicas de saúde por quantitativo populacional e território.

Zona Administrativa	Quantidade de UBS	População (2010)	População estimada (2019)	Território (ha)
Zona Leste	21	448.126	542.593	15568,39
Zona norte	10	501.055	606.924	9876,84
Zona sul	17	286.082	347.020	4707,97
Centro-Sul	-	152.753	185.029	3556,97
Zona oeste	16	253.589	307.168	12829,44
Centro-oeste	-	148.333	179.674	1799,31
Zona rural	14	9.133	14.009	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA; Secretaria de Estado e Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação – SEDECTI.

A escolha de UBS na área urbana de Manaus se deu a partir do acesso ao *site* da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA o qual forneceu o quantitativo de UBS por zona administrativa (sede distrital), além de endereço e informações para contato. Realizou-se, então, de forma aleatória a escolha de unidades de saúde para a aplicação da pesquisa. Que podem ser visualizadas no Quadro 2. Para atender a demanda da amostra, foram escolhidas duas UBS por sede distrital.

Quadro 2 – Unidades Básicas de saúde para realização da pesquisa.

Zona administrativa	Unidade básica de saúde	Endereço
Zona Leste	UBS DR ^a . Cacilda Martins de Freitas.	R. da Penetração, S/N, São José Operário
	UBS Alfredo Campos.	Alameda Cosme Ferreira, S/N, Zumbi dos Palmares
Zona norte	UBS Balbina Mestrinho	Rua Maj. Silvério J. Nery (Antiga Rua 17), N° 17, Núcleo 3 - Cidade Nova 2
	UBS Áugias Gadelha	Rua A, s/n - Conj. Ribeiro Júnior - Cidade Nova 1.
Zona sul	UBS Nilton Lins	Av. Professor Nilton Lins, n° 3259 – Flores
	UBS Vicente Pallotti	Rua: Apurinã, 279 - Pça 14 de Janeiro
Zona oeste	UBS Santos Dumont	Rua Comandante Norberto Wongall, n. 434, Flores
	UBS Ajuricaba	Rua Gusmânia, s/n, Conjunto Ajuricaba, Alvorada.

*pesquisa foi realizada apenas na área urbana do município de Manaus.

3.3 População e amostra

A amostra se deu por conglomerado, ou seja, o conglomerado é um conjunto de unidades que estão agrupadas, qualquer que seja a razão (VIEIRA, 2011). Razão esta que se deu na escolha aleatória de unidades básicas de saúde distribuídas em zonas administrativas no município de Manaus.

Já com as participantes da pesquisa, mulheres entre 18 – 60 anos que realizaram o exame colpocitopatológico, a amostra foi obtida por critério de conveniência. O pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que esses possam, de alguma forma, representar o universo. Aplicamos esse tipo de amostragem em estudos exploratórios (PRODANOV; FREITAS, 2013).

No período de 2020 a população feminina residente em Manaus, entre 15 e 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 cadastradas 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 aquelas 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 18-60 anos.

A partir das informações disponíveis sobre a população, foi realizado o cálculo amostral 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 para este estudo 385 mulheres.

O convite para participar da pesquisa foi realizado quando a mulher estava aguardando o procedimento ou no final deste. Sendo assim, a amostra das 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 de agravos em saúde.

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 que eventualmente se recusaram a participar da pesquisa por motivos como medo, vergonha. Entretanto, a pesquisadora responsável obteve treinamento, sensível ao assunto, pronta a acolher as dúvidas e a proporcionar um ambiente privativo e acolhedor para a aplicação dos instrumentos. Diminuindo, assim, o viés de informação para que os dados obtidos estivessem o mais próximo da realidade.

3.4 Variáveis em estudo

As variáveis em estudo foram selecionadas a partir de extensa revisão de literatura (SANTOS et.al, 2020; MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIN, 2002; STRAUS et.al, 1996; MEDONÇA et.al, 2011; RIBEIRO; GÓES, 2021; AMARAL; GONÇALVES; SILVEIRA, 2017; OLIVEIRA et.al 2019; O'DOHERT et.al, 2015; CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018; MINAYO, 2006). A partir disso, foi possível, além da identificação de condutas profissionais possivelmente favoráveis ao diagnóstico e assistência da VPI, possíveis fatores associados à adoção de tais condutas pelos profissionais, bem como ao fenômeno de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. Dessa forma, pretendeu-se compreender o comportamento das variáveis quando observadas na amostra em estudo. O quadro abaixo descreve as variáveis de ocorrência de VPI contra a mulher, status sociodemográfico, aspectos inerentes à consulta do exame colpocitopatológico e comportamento em relação ao uso de álcool e drogas, tanto pela mulher quanto pelo parceiro.

Quadro 3 – Descrição das variáveis sociodemográficas, de uso e abuso de álcool e outras drogas e inerentes ao exame colpocitopatológico.

Variável	Categorias
Idade	Anos de vida (variável contínua)
Raça/cor	0 – Preta
	1 – Parda
	2 – Branca
	3 – Indígena
	4- Amarela
Escolaridade	0 – sem instrução
	1 – EF incompleto
	2 – EF completo
	3 – EM incompleto
	4 – EM completo
	5 – ES incompleto
6 – ES completo	

Renda familiar	0- < 1 salário mínimo
	1 - ≥ 1 a ≤ 3 salários mínimos
	2- ≥ 3 a ≤ 5 salários mínimos
	3- ≥ 6 salários mínimos
Renda própria	0 - não
	1 - sim
Número de residente na moradia	Variável Categórica
Qual a última vez que fez o exame preventivo	0 - 1º vez que realiza o exame.
	1 - Até 6 meses
	2 - 6 meses até 2 anos
	3 - Mais de 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 à 10 minutos
	1 - 11 à 20 minutos
	2 - 21 à 30 minutos
	3- Mais de 31 minutos
Frequência de uso de bebida alcoólica pela mulher	0- Não/ nunca
	1 - uma vez por mês ou menos
	2- duas a quatro vezes por mês
	3- duas a três vezes por semanas
Quantidade de ingestão de bebida alcoólica pela mulher*	0 - Nenhum
	1 - menor ou igual a duas doses
	2 - mais de duas e até oito
	3 - mais de oito doses
uso de outras drogas pela mulher	0- Não
	1 - Sim
Frequência de uso de bebida alcoólica pelo parceiro	0- Não
	1 - uma vez por mês ou menos
	2- duas a quatro vezes por mês
	3- duas a três vezes por semanas
uso de outras drogas pelo parceiro	0- Não
	1 - Sim
Quantidade de ingestão de bebida alcoólica pelo parceiro.	0 - Nenhum
	1 - menor ou igual a duas doses*
	2 - mais de duas e até oito
	3 - mais de oito doses
Percepção da inadequação do parceiro no uso de bebida alcoólica.	0- Não
	1 - Sim
	2- Não se aplica
Percepção do aborrecimento do parceiro a ser criticado pelo uso de bebida alcoólica.	0- Não
	1 - Sim
	2- Não se aplica

*uma dose corresponde uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice” (SANTOS et.al, 2020).

A partir da análise do instrumento CTS-2 identificou-se se a usuária da atenção básica, que realizou o exame colpocitopatológico, sofreu violência e qual seu tipo. Com o intuito de verificar a frequência de VPI contra mulher e tipos de violência sofrida.

3.5 Coleta de dados

As usuárias foram convidadas a participar da pesquisa após a realização do exame. Aplicou-se o instrumento de coleta na própria unidade de saúde em sala privativa ou local mais afastado de outras pessoas, de maneira individual. As entrevistas de coleta de dados tiveram duração entre 30 e 40 minutos.

A busca ativa das mulheres se deu nos dias em que a UBS promovia a coleta do exame colpocitopatológico. A pesquisadora se dirigia em uma UBS de cada zona administrativa do município por dia, conforme cronograma de realização do exame preventivo adotado pelas unidades, por horário e dia para que o aproveitamento da oferta do convite seja abrangente. O processo de coleta de dados ocorreu com auxílio de pesquisadoras devidamente treinadas e habilitadas para a aplicação dos questionários e instrumento de pesquisa. O quantitativo de mulheres entrevistadas por UBS foi dividido igualmente, de maneira orgânica.

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 teve-se: mulheres que estavam em relacionamento afetivo menor que 12 meses, mulheres que possuíam comprometimento mental não podendo responder ao questionário.

A coleta de dados se deu a partir da utilização dos questionários socioeconômico, demográfico (Idade, Escolaridade, Raça/cor, Renda, Moradia), questionário abordando o exame colpocitopatológico (Procedimento, duração do atendimento, condutas do profissional), 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 período de coleta de dados iniciou-se em setembro de 2022 e foi finalizado no mês de maio de 2023, demonstrando o espaço de tempo de 9 meses do processo de execução de coleta de dados nas UBS do município de Manaus.

O CTS-2 trabalha com as dimensões conceituais de violência física, psicológica e ainda aborda a negociação de conflitos entre o casal, incluiu escalas de ferimento e coerção sexual aumentando, assim o número de itens que era de 19 e está em 39. E ainda, classifica os tipos de violência em leve e grave (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIN, 2002; STRAUS et.al, 1996).

O instrumento CTS2 foi adaptado para uso no Brasil e traduzido 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 (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIN, 2002).

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 (ALEXANDRA; FIGUEIREDO, 2006). Prevalência diz respeito a se houve ou não a conduta descrita na escala, enquanto que a cronicidade demonstrará quantas vezes a conduta descrita ocorreu no último ano caso a resposta seja positiva. Portanto, quando a entrevistada responder se houve determinada conduta será questionado o número de vezes: se o item da violência perguntado foi cometido 1 (uma), 2 (duas), 3 (três) vezes ou mais nos últimos 12 meses (REIS, 2016; MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIN, 2002).

3.6 Análise de dados

Em primeiro momento a análise de dados se deu de forma descritiva 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.

Em seguida, a análise exploratória adotou o teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre a adoção das condutas profissionais favoráveis ao diagnóstico e assistências da VPI com as demais variáveis independentes em estudo, quais sejam, os escores de prevalência do CTS-2, as variáveis sociodemográficas da mulher, o uso de álcool e drogas pela mulher e pelo parceiro, assim como as variáveis inerentes ao exame preventivo do câncer de colo uterino. Adotou-se intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Como hipótese nula (H_0), adotou-se a seguinte afirmação: não há associação significativa entre a conduta profissional e a variável independente.

Como hipótese alternativa (H_1), adotou-se a seguinte: há associação significativa entre a conduta profissional e a variável independente.

3.7 Aspectos éticos

Considerando a ética em pesquisa aplicada em seres humanos, envolvendo sua dignidade, proteção de direitos, liberdade e autonomia utilizou-se o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE nos moldes da Resolução 466/2012. Estabelecendo como regra o esclarecimento dos riscos e benefícios da pesquisa, garantias para prejuízos que venha a ocorrer à participante da pesquisa, liberdade para deixar de participar da pesquisa por qual seja sua motivação e, principalmente a preservação do anonimato (BRASIL, 2012).

Ainda, seguindo o protocolo ético de pesquisa, resguardou-se e permanecerá sendo resguardado o sigilo e privacidade das participantes.

Como forma de proteção da participante da pesquisa foram adotadas ações que asseguram o anonimato, privacidade e confidencialidade dos dados fornecidos. Desta forma, como já mencionado, a pesquisa foi realizada por pesquisadora treinada, em ambiente privativo, e os dados foram acessados somente pelos pesquisadores e, a exposição dos resultados se deu de forma agregada, sem que fosse possível a identificação de quaisquer participantes (BRASIL, 2012).

Por consequência, o projeto atendeu aos fundamentos éticos e científicos ponderando sobre respeito à dignidade e a autonomia da participante, garantindo seus direitos, e preencheu os critérios éticos segundo a Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016). Desta forma, o projeto foi inicialmente anuído pela Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, conforme parecer 5.564.546.

3.8 Protocolo De Medidas Sanitárias.

Devido ao momento de pandemia do SARS-CoV-2 (Covid 19), como protocolo de pesquisa para garantir a segurança do pesquisador e do entrevistado adotou-se as seguintes orientações:

- O uso de álcool gel 70% para higienização das mãos.
- Uso de máscaras por parte do pesquisador e entrevistada.
- Distanciamento físico durante a realização das entrevistas.
- Evitar contato físico, como aperto de mão.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Violência por parceiro íntimo contra a mulher.

4.1.1 Violência.

A violência é presente na sociedade desde o princípio. Este fenômeno está inscrito nas relações sociais. Entretanto, cabe notar que há dificuldades de conceituar violência, além de ser um fenômeno complexo, possui uma carga emocional a todos que a vivenciam, quem comete, quem sofre e quem presencia tal fenômeno (MINAYO,2006).

Historicamente, já se fala em documentos estatais para a prevenção da violência, principalmente em crianças. Além disso, com a pressão de movimentos sociais e da sociedade civil a violência contra mulheres e contra idosos listam as prioridades das políticas públicas do país. O Relatório Mundial sobre Saúde e Violência firma compromisso em incluir violência como um problema de saúde e após a produção deste, recomendou aos países que cada um produza seu próprio relatório (NJAINÉ et.al, 2020).

A violência amplamente discutida pela Organização Mundial da Saúde – OMS alcança a uma definição para o tema com o objetivo de contribuir para a comunidade científica:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et.al, 2002, p.5).

Desta forma, cabe caracterizar os tipos de violência como forma de compreender o fenômeno de acordo com o contexto social relacionado. As relações sociais e como se estabelecem se tornam fio condutores para compreensão do cotidiano e que atos são violentos são naturalizados (ECORSIM, 2014).

Considera-se que há grupos etários e grupos de maior vulnerabilidade a serem vítimas de violência. Entre eles estão a criança e adolescente, que podem estar inseridos em ambiente familiar instável, vivenciar relações interpessoais danosas e violentas, punições e conflitos severos (NJAINÉ, 2020).

A OMS desenvolveu a tipologia da violência, entre elas são violência interpessoal, violência coletiva e violência auto-infligida. A violência interpessoal diz respeito a violência entre duas ou mais pessoas, esta vista na violência intrafamiliar ou violência por parceiro íntimo. A violência coletiva é cometida por grupos maiores como o Estado quando entra em guerra, quando grupos terroristas ameaçam uma sociedade. A violência auto-infligida diz respeito aos atos suicidas, violência contra si próprio, visando a própria morte ou praticando atos violentos contra si por mutilações e outros (KRUG et.al, 2002).

4.1.2 Violência por parceiro íntimo.

Em relação a violência contra a mulher, pode-se evidenciar este fenômeno pela prática do agressor ser seu parceiro íntimo com a seguinte caracterização: estar dentro de uma relação íntima que pode causar danos físicos, morais e sexuais. Além disso, pode haver repercussões significativas para os filhos da relação entre o casal. Essa definição discutiremos como violência por parceiro íntimo (CURIA et.al, 2020).

Pouco se sabe sobre os fatores de risco na violência contra a mulher realizada pelo parceiro. Entretanto, cabe informar que entre fatores individuais, relacionais, comunitário e sociais julgam-se alguns riscos como: machismo, desemprego, conflitos no relacionamento, normas sociais que contribuem para o uso da violência (NJAINÉ, 2020).

A OMS (2002) afirma que a VPI é comum em todo o mundo, independente de cultura, grupo social e religião. Uma violência que em sua maioria mulheres são vítimas, estas que podem depender financeiramente do parceiro, ter um vínculo emocional forte com o mesmo, dificuldade de sair do cenário de violência devido a criação dos filhos. Mais ainda, nota-se que dependendo da dinâmica de abuso existe a relação com comportamentos controladores, além dos abusos físicos, psicológicos e sexuais (KRUG et.al, 2002).

Sabe-se que a violência contra a mulher teve visibilidade a partir dos anos 1980. Os movimentos feministas e a pressão da população civil iniciou uma articulação para que este tipo de violência fosse tratado como um problema pelo Estado. Sendo assim, várias conferências nacionais e internacionais ampliaram o escopo dessa discussão. Criou-se documentos com definições de estratégias e planos para conhecer e lidar com a violência contra mulher, posteriormente absorvidos pelo Estado (CURIA et.al, 2020).

O fenômeno da violência doméstica e sexual praticado contra mulheres constitui uma das principais formas de violação dos Direitos Humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física (SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES, 2011).

As consequências são múltiplas nesse tipo de violência, causa morte, retira a autonomia da mulher, repercute na vida dos filhos, e torna-as mais vulneráveis a outras violências. Cabe notar que mesmo que a mulher esteja grávida e este momento seja considerado um momento único e de respeito a mulher, esse período não é fator protetivo para a violência, sendo assim, perpetrada a violência. No setor saúde, a abordagem da maternidade pode abrir caminhos para o reconhecimento de sinais e sintomas e propiciar um acompanhamento da mulher sempre imputando valores como o sigilo, autonomia, diálogo e escuta ativa (NJAINÉ, 2020).

A discussão sobre violência contra mulher incute perceber as relações de gênero. Estas que o homem está em uma posição de poder, dominação sobre a mulher indicando uma desigualdade na relação, a qual proporciona o meio para a violência. Esse fenômeno é comumente visto na relação entre casais, quando existe conflitos, dificuldades de comunicação, sentimentos negativos, uso de drogas lícitas ou ilícitas (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Normas culturais sexuais em homens heterossexuais pode ser um preditor de mudanças acerca da VPI. Se o homem interage em relações sexuais acreditando que a mulher é apenas um objeto que deve servir ao desejo masculino e considerar as relações amorosas como um jogo, pode-se considerar que este homem pode perpetrar violência contra a mulher que ele se relaciona. E ainda, se essa parceira íntima resistir aos avanços sexuais do parceiro ele, ao se sentir frustrado, utilizar-se de xingamentos e outras formas de violência (WILLIE et.al, 2018).

No Brasil, a luta e as conquistas das mulheres por seus direitos, bem como a busca pela implantação de leis de enfrentamento à violência contra a mulher, foram e são uma constante de movimentos feministas, meios acadêmicos e familiares das vítimas (TOLOSA; CHAGAS; LIMA, 2020).

A Lei Maria da Penha 11.340/2006 que dispõe sobre a violência contra a mulher denota a garantia dos direitos de cidadã, coibindo por lei a violência de gênero seja em lar doméstico ou não. Ressalta-se que independente de sua raça, classe social, orientação sexual, dentre outros a mulher estará assegurada de seus direitos humanos (BRASIL, 2006).

Apenas a aplicabilidade da lei não irá diminuir o feminicídio, assim, é importante investir em políticas públicas proativas, compreendendo as particularidades do crime, e romper com a cultura do sistema patriarcal e com a violência de gênero (TOLOSA; CHAGAS; LIMA, 2020).

Desta forma, a denúncia contra a violência doméstica expõe vulnerabilidades do sistema de segurança público, com o despreparo dos profissionais, assim como a da vítima que ao tomar a decisão de denunciar pode estar exposta a situações de humilhação, culpa e vergonha, por estar enredada no sistema de poderes e hierarquias com visão patriarcal (VIDIGAL et.al, 2020).

Apesar de todo o esforço empenhado no enfrentamento da violência contra a mulher e de todo o aparato legal, as estimativas ainda são alarmantes, necessitando de explicações aprofundadas e críticas que deem luz a um problema que parece perdurar (VIDIGAL et.al, 2020).

No Brasil, com a criação da Lei Maria da Penha conceituou-se tipos de violência que podem ocorrer no âmbito doméstico e familiar contra a mulher independente de quem seja o

sujeito agressor, ou seja, a lei especifica o sujeito passivo da agressão sendo essa a mulher e o sujeito ativo, autor da agressão pode ser qualquer pessoa que inflige agressão à vítima. Desta forma apresenta-se este quadro conceitual (BRASIL, 2006):

Quadro 4 – Tipos de violência contra a mulher.

Tipo de violência	Definição
Violência física	<p>Qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde do corpo.</p> <p>São atos violentos, nos quais se fez 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 (VIVA, 2016).</p>
Violência psicológica	<p>Qualquer conduta capaz de causar dano emocional, diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o seu pleno desenvolvimento, ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.</p> <p>É toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem (VIVA, 2016).</p>

<p style="text-align: center;">Violência sexual</p>	<p>Qualquer ato que venha a constranger, à presenciar, a manter ou à participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza à comercializar ou à utilizar, de qualquer modo, a sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.</p> <p>Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico (VIVA, 2016).</p>
<p style="text-align: center;">Violência patrimonial</p>	<p>Qualquer conduta que redunde em retenção, subtração, destruição parcial ou total dos seus objetos, instrumento de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos,</p>

	<p>incluindo os destinados a satisfazer as suas necessidades.</p> <p>Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra pessoas idosas, mulheres e deficientes (VIVA, 2016).</p>
Violência moral	<p>Condutas que configure calúnia, difamação ou injúria.</p>

A violência de gênero é um grave problema de saúde pública pelas inúmeras consequências que acarretam no plano individual e coletivo. Uma de suas formas mais frequentes é a violência sexual, seguida da física, havendo necessidade de ampliação da rede de atenção a estas vítimas (SEMSA, 2013).

A natureza da violência auxilia-nos a compreender como esta pode estar inserida em nosso cotidiano de modo naturalizado. Também colabora para destacar aquelas que são dignas de punição ao agressor. A violência não é apenas um problema da esfera social, além de impactar outros setores o da economia e da saúde são afetados também (MINAYO, 2006).

4.1.3 Fatores de risco para violência contra mulher.

Os fatores de riscos podem ser os mais diversos para a violência contra mulher. Precisa-se ainda de mais investigações para a compreensão da interação dos riscos e seu desenvolvimento. Entre os riscos estão: histórico de violência na família, o uso de álcool e outras drogas por homens, conflitos no relacionamento, fatores culturais que naturalizem a violência contra a mulher dentre outros (KRUG et.al, 2002).

A violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011).

Tradicional normas masculinas são presentes em estudos que visam compreender a violência perpetrada por homens contra mulheres. Normas essas que ditam como o homem deve se portar em sociedade, como deve ser seus sentimentos, pensamentos e comportamentos. A

masculinidade socialmente construída, apontada pela sociologia e psicologia, pode ser um fator que corrobore a violência contra mulher, entretanto, nem todo homem envolvido nessa masculinidade comete atos violentos (WILLIE et.al, 2018).

A violência contra as mulheres só pode ser entendida no contexto das relações desiguais de gênero, como forma de reprodução do controle do corpo feminino e das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal. As desigualdades de gênero têm, assim, na violência contra as mulheres, sua expressão máxima que, por sua vez, deve ser compreendida como uma violação dos direitos humanos das mulheres (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2011, p.21).

O uso de álcool foi frequentemente associado aos atos violentos. Tal fato reforça a necessidade de políticas públicas, inerentes ao controle desse exacerbado consumo, que promovam mudança de comportamentos e ambientes saudáveis, por meio da educação em saúde que possam favorecer melhores estilos de vida na comunidade (VASCONCELOS et.al, 2016).

4.1.4 Violência no Brasil.

Desde a colonização do Brasil persiste em sua história a violência. Naquele momento, o estupro de mulheres indígenas por homens portugueses marcou o início da história do país com uma ação violenta. Apesar de o brasileiro ser considerado a visão de outros como uma cultura de paz, cordialidade a situação brasileira é muito diferente. País de muitas desigualdades, com trajetória marcada pela ditadura militar (1964-1979) que implantou fatores que desenvolvem a violência social, e que nos anos 80 iniciou um processo de alcançar uma consciência coletiva acerca das violências cometidas com a alavanco de movimentos sociais, sindicais e Organizações Não Governamentais – ONGs (MINAYO, 2006).

A entrada oficial da violência na pauta do setor saúde no Brasil foi em 2001, quando o Ministério da Saúde – MS, promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – PNRMAV (MINAYO et.al, 2018). Em 2006, o MS criou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA, com objetivo de reduzir a morbimortalidade por tais agravos (TEOFILO et.al, 2019).

Para visualizar o panorama da violência, no Brasil a notificação de violências e acidentes é contínua e compulsória nas situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos (SEMSA,2013).

O Brasil possui Sistemas de Informação em Saúde – SIS, esses sistemas obtêm notificações sobre mortalidade, morbidade, nascimentos e sobre a assistência. O Sistema de informação de Agravos de Notificação – Sinan, implantado em 1990, obtém seus dados através

de notificações compulsórias de agravos, em 2011 foram adicionados os dados de violência interpessoal e autoprovocada (GIRIANELLI et.al, 2018).

No Brasil, a luta e as conquistas das mulheres por seus direitos, bem como a busca pela implantação de leis de enfrentamento à violência contra a mulher, foram e são uma constante de movimentos feministas, meios acadêmicos e familiares das vítimas (TOLOSA; CHAGAS; LIMA, 2020).

4.2 Profissionais da saúde na assistência à mulher vítima de violência.

Os profissionais de saúde lidam com notificação de informações em seu cotidiano de trabalho, para que se obtenha qualidade e não apenas quantidade de informação. Deseja-se a capacitação desse profissional e reafirmar a importância do registro de informações (NJAINÉ, 2020). A realização do registro de informações e da coleta de vestígios no momento do atendimento em saúde contribui para a humanização da atenção e, em especial, para o combate à impunidade, considerando a oportunidade de sua realização nas primeiras horas após a violência (BRASIL, 2015).

As redes são formas de colaboração de trabalho intrasetorial e intersetorial que age para atender integralmente a pessoa que dela necessita. Para isso há uma interação organizativa, integrada com equipes multiprofissionais. Uma rede de enfrentamento a violência precisa conceber um comprometimento dos profissionais para uma interação dinâmica. Desta forma, o cuidado será atendido de acordo com a necessidade indicada e havendo o acompanhamento de vários profissionais. A rede deve produzir informações sobre a temática, ter uma lista com os números para atendimento tanto de acesso aos profissionais quanto a comunidade, elaborar projetos de enfrentamento (NJAINÉ, 2020).

O conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção (SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. 2011, p.29).

Vale ressaltar que a violência em sua complexidade demanda serviços intersetoriais. A mulher que sofre violência necessita de mais setores de assistência que ajam de forma articulada para ter sua demanda atendida (MENEZES, 2014).

4.2.1 Atendimento na atenção primária.

A violência contra mulher, atentando-se para a violência por parceiro íntimo, causa impactos importantes para a saúde da vítima. Esta que apresenta sintomatologias acerca de sua saúde mental, dores no corpo, infecções urinárias recorrentes dentre outros. Isto representa que a atenção primária, como porta de acesso a saúde no SUS, converge a ter mais atendimentos de

mulheres que sofreram VPI do que as que não sofrem. Desta forma, indica-se que há impactos na saúde da mulher quanto na atenção primária devido à alta demanda de ações para reparação de agravos advindas da violência. Entretanto, é na atenção primária que pode-se detectar a VPI e a partir disso pode-se agir com informação e conscientização acerca deste agravo de saúde (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

Os médicos são procurados pela mulher que sofre violência sob o pretexto de diversas queixas que disfarçam o que realmente a fez está ali. No serviço de saúde é possível perceber que médicos são capazes de identificar que a mulher está em sofrimento devido a agressões físicas ou psíquicas. Mas cabe ressaltar que a falta de tempo, estrutura da unidade de saúde, o despreparo para questionar assuntos sensíveis e que diz respeito a privacidade da mulher interferem no modo como os profissionais médicos lidam com a violência (FERRANTE et.al, 2009).

Parceiros íntimos e ex-parceiros íntimos são considerados os principais perpetradores de violência contra mulher. Além disso, profissionais ao receberem a mulher suspeita de ser vítima de VPI podem tornar invisível esse agravo em saúde, seja por descrédito ao que a mulher fala, seja por julgamento moral. Agravos esses que são psicológicos ou físicos como depressão e dores crônicas, respectivamente (SCHARAIBER et.al, 2007).

Os profissionais de saúde têm uma dificuldade de lidar com mulheres que sofreram violência. Alguns compreendem que a única solução é referenciar ou aconselhar a mulher a buscar ajuda jurídica em uma delegacia. Entretanto, o setor saúde pode atuar em conjunto com outros setores formando uma rede interligada por serviços de acordo com a necessidade da mulher. Entre esses outros setores estão a educação, psicossocial, jurídica e saúde. Visando o enfrentamento da violência de forma organizada e com sensibilidade (NETTO et.al, 2017).

Quanto a registro de evidências de violência a mulher, este proceder permite que as informações e vestígios da violência estejam devidamente registrados, armazenados e disponíveis para os sistemas de segurança pública e de justiça quando a pessoa em situação de violência decidir registrar a ocorrência na polícia (BRASIL, 2015).

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade (BRASIL, 2012). Pelo fato de a Atenção Básica estar presente em todos os setores de saúde, torna-se mais próxima do cotidiano das pessoas, o qual tem papel importante na identificação de situações de violência e, assim, o contato com as primeiras abordagens realizadas com as

mulheres, além da promoção do cuidado e do acesso a informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las (LIMA et.al, 2021).

Na Atenção Básica, devem ser desenvolvidas ações de produção do cuidado em saúde que possam garantir os direitos sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo (BRASIL, 2016).

4.2.2 Redes de atenção a mulher vítima de violência.

O profissional de saúde quando encontra uma mulher vítima de violência em seu primeiro momento deve prestar acolhimento. Estabelecer uma relação de confiança com a vítima, deixá-la confortável, compreender a situação em que a mesma se encontra para que os procedimentos técnicos hospitalares sejam coletados em parceria e possibilitando autonomia dessa mulher. A re-vitimização da mulher deve ser evitada promovendo o cuidado (BRASIL, 2016).

A violência contra mulher requer a intervenção de vários setores que prestam assistência. Para isso, é importante as desconstruções que impõe padrões sobre ser mulher, dessa forma implantar ações não somente na saúde, como na educação e justiça podem viabilizar um trabalho multiprofissional oferecendo suporte trabalhos qualificados para atender essa demanda (LIMA et.al, 2021).

É imprescindível que, independentemente do espaço de atuação, os profissionais estejam aptos para identificar mulheres em vivência de violência e encaminhá-las, contribuindo para o seu empoderamento e consequente ruptura do ciclo (MENEZES, 2014).

O profissional da saúde ao se deparar com um caso de violência deve estar capacitado para acolher a demanda e, oferecer autonomia a mulher para tomar decisões não somente no âmbito da saúde. As redes intersetoriais são imprescindíveis para prestar assistência e aplicar os direitos da mulher. Desta forma, os profissionais da saúde ao ter esse comprometimento com o cuidado a saúde munem-se com informações de locais e outros profissionais qualificados que podem atender de maneira integrada a vítima de violência (COELHO et.al. 2018; NJAINE et.al, 2020).

Com a implantação da política Nacional de humanização – PNH, após 10 anos do surgimento do SUS, emerge em seu detrimento pautas que facilitam o acolhimento das vítimas de violência. As diretrizes da PNH são acolhimento, clínica ampliada, cogestão, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários, ambiência. Elas possibilitam pensar em estratégias políticas e intervenções às pessoas envolvidas com a violência. Requer

sensibilidade, trabalho em equipe em questões de vulnerabilidade do paciente e de preconceitos (COELHO et.al, 2018).

O conhecimento sobre as formas como se organizam e interagem as redes socioinstitucionais para a abordagem e assistência às mulheres em situação de violência, bem como as formas como as mulheres as vivenciam, constitui um caminho possível para a compreensão da complexidade da vida social envolvida na VPI (SANTOS; FREITAS, 2017).

As ações sob o aspecto da PNH visam estabelecer um trabalho integral ao usuário, com o intuito de promover uma relação de cuidado entre profissional da saúde e paciente com a finalidade de diminuir a fragmentação e a pontualidade do atendimento. Provoca, assim, a elaboração de projetos que viabilizem um acolhimento qualificado com uma escuta atenta com uma abordagem interdisciplinar (COELHO et.al. 2018).

O serviço em rede para o atendimento de mulheres vítimas de violência tem suas fragilidades e potencialidades. Como fragilidade é possível perceber a ausência de articulação entre os serviços de assistência, além disso a falta de capacitação dos profissionais que atendem a essa demanda, realizando assim um serviço sem humanização em seu atendimento, ou mesmo quando essa mulher busca apoio nos serviços e a violência sofrida é percebida como invisível. Entretanto, quando a vítima é acolhida de forma empática é possível construir um vínculo entre profissional da saúde e paciente, e é possível que a mulher consiga encaminhamentos, consequentemente se sinta protegida pelos serviços em rede (SANTOS; FREITAS, 2017).

O estudo revelou ainda que muitos serviços não sabem lidar diante da situação de violência, não conhecem os serviços para encaminhamento e apontam para a necessidade de maior divulgação destes a fim de garantir à mulher o atendimento as suas necessidades (MENEZES et.al, 2014).

Encontrar estratégias de enfrentamento representa um enorme desafio tanto para as mulheres em geral, como para os demais segmentos da sociedade civil. E por isso mesmo que as políticas preventivas são fundamentais em cenários de crises. Dessa forma, o combate a esse tipo de violência exige ações integradas em diversos níveis, áreas e instâncias, seja nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, nas Casas-Abrigo, nos Centros de Referência da Assistência Social, nos Centros de Referência Especializada da Assistência Social, nos Serviços de Saúde, nas Defensorias Públicas da Mulher e em vários outros dispositivos de prevenção e cuidado (FERREIRA; NEVES, 2020, p.55).

Na capital do estado do Amazonas, os serviços de proteção a mulher presentes são Casa Abrigo Antônia Nascimento Priante a qual recebe mulheres vítimas de violência por meio de ordem judicial. Centro Estadual de Referência e Apoio a Mulher – (CREAM) promove ações por meio de políticas públicas e acolhimento de mulheres por meio da assistência e atividades terapêuticas. Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher (DECCM) que atende as

vítimas de violência doméstica. Núcleo de Atendimento da Mulher Vítima de Violência da Defensoria Pública do Estado do Amazonas – (NAEM) atua promovendo os direitos da mulher com assistência jurídica de forma gratuita. Serviço de Apoio Emergencial à Mulher – (SAPEM) presta serviços de apoio psicológico, jurídico e social a mulher vítima de violência e seus filhos. Secretaria Executiva de Políticas para Mulheres – (SEPM) com a função de executar o Plano Estadual de Política para as mulheres também presta assistência a comunidade. Serviço de Atendimento a Vítima de Abuso Sexual (SAVAS) atende vítimas de violência sexual com demanda espontânea ou não e o Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual – (SAVVIS) que acompanha vítimas de violência por seis meses com atenção multiprofissional (OLIVEIRA; CAVALCANTE, 2019).

Os dados monitorados, na série histórica 2008 a 2012 em Manaus, demonstram um aumento de notificações ao longo dos anos (13 em 2008; 1.680 em 2009; 2.257 em 2010; 2.958 em 2011 e 3.061 em 2012), isto se deve à qualificação profissional e a sensibilização da sociedade para efetivação da denúncia (SEMSA, 2013). Ainda, segundo Semsas (2013),

Do total de notificações do período, o maior número é de violência sexual (32,64%), seguido pela violência psicomoral (27,81%) e física (27,07%). Os dados indicam que as maiores vítimas são do sexo feminino (82,47%), e que as crianças e os adolescentes são os que mais sofrem violência em Manaus, seguidos dos adultos jovens (20 a 34 anos). (p.62)

Em Manaus estão funcionando 02 (dois) Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS), de forma efetiva e atendimento 24h, um municipal e outro estadual (SEMSA,2013).

4.2.3 O exame preventivo como sinalização de violência contra a mulher.

A VPI pode oferecer riscos à saúde sexual e reprodutiva da mulher. As vítimas têm maior probabilidade em não usar camisinha, devido à falta de autonomia sexual advinda de imposição da relação sexual pelo parceiro. E também da ausência de fazer o pré-natal constituindo uma vulnerabilidade na mulher vítima de VPI (SILVA et.al, 2018).

Na consulta ginecológica o profissional atua nas ações de controle de câncer, sendo assim identifica aspectos da história de vida e de saúde da mulher, consoante a orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018). O profissional de saúde pode adotar a conduta de perguntar sobre o relacionamento íntimo da mulher, e caso identificado a VPI é oferecido a ela um espaço apropriado para a discussão e possíveis estratégias de enfrentamento (D'OLIVEIRA et.al 2009)

Estudos correlacionam a exposição a violência por parceiro íntimo com diagnóstico de câncer. Percebeu-se que há uma relação significativa de mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo e abuso sexual podem ter riscos maiores de ser diagnosticadas com câncer,

assim como ter seus exames de Papanicolau alterados (GONZALEZ et.al, 2018). Desta forma, o exame de sinais de violência concorrente com exame preventivo é uma conduta favorável na detecção de VPI.

Segundo Rosa e colaboradores (2018), a maioria das mulheres que frequentam UBS tem menos de 8 anos de estudo, com renda inferior a 3 salários mínimos, em que a maioria que frequenta a unidade tem parceiro íntimo.

A busca da mulher pelo serviço de saúde para realização do exame colpocitopatológico para rastreamento do câncer de colo de útero pode ter a VPI como fator de risco. Isso pode ser reflexo da vulnerabilidade social que a mulher se encontra, ou também do uso abusivo de álcool. A mulher com baixa escolaridade pode apresentar dificuldades ao procurar serviço de saúde devido seu pouco acesso a informações sobre prevenção de sua saúde. Dessa forma, pensar em uma rede apoio comunitária agindo em conjunto entre usuários e serviços públicos podem atender uma demanda que pode não estar chegando nas unidades de saúde (RAFAEL; MOURA, 2017; LINDNER et.al, 2015).

Parceiros íntimos violentos, por exemplo, podem ter mais probabilidade do que os parceiros que não são violentos de recusar a barreira métodos de contracepção, que por sua vez aumentam o risco do parceiro de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo vírus do papiloma humano e portanto, câncer cervical (GONZALEZ et.al, 2018, p.176).

Os profissionais da saúde da atenção básica têm como atribuições reguladas pelo ministério da saúde conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade. É também atribuição comum a toda equipe realizar a escuta qualificada das necessidades das mulheres em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2013).

Chama-se a atenção para as mulheres que não consegue acessar o exame colpocitopatológico. Isto pode ocorrer devido sua situação socioeconômica, baixa escolaridade, medo e/ou desconhecimento do exame, assim como possível desvelamento da violência que pode estar vivenciando. É importante notar que mulheres que convivem com o companheiro, casadas ou não, podem não procurar a unidade de saúde para realização de exame pela crença (irreal) de que a união estável fornece segurança quanto ao risco de contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, levando-a não buscar o serviço de saúde (LEITE et.al, 2018; AGUILAR; SOARES, 2015).

A consulta ginecológica é uma ferramenta em que os enfermeiros realizam anamnese, conhecem o histórico de saúde mulher, podem realizar um atendimento abordando a mulher como um todo sempre com o objetivo de promover o cuidado (CATAFESTA et.al, 2015). O atendimento na consulta ginecológica na atenção básica preza pelo acolhimento prestando um

atendimento que supra as necessidades da paciente e desempenhar a aplicação de políticas públicas para a demanda existente (MENDONÇA et.al, 2011).

A consulta ginecológica, além da anamnese e exame físico para diagnóstico e conduta relacionada à terapêutica, deve abordar temas relacionados à sexualidade da mulher, planejamento familiar, histórico ginecológico e obstétrico e aspectos psicológicos, estimulando o autocuidado, acolhendo e valorizando o encontro com a usuária (RIBEIRO; GÓES, 2021, p.52).

Portanto, essa atividade permite uma aproximação da atuação do enfermeiro com as usuárias permitindo a construção de um planejamento de cuidados, diagnósticos, encaminhamentos. Apesar de geralmente a consulta ginecológica seja focada na realização do exame colpocitopatológico é importante reconhecer que é possível construir relações com a mulher dentro da comunidade, seus familiares e assim, com a manutenção do vínculo tratar de conflitos que se tornam violentos de maneira preventiva para que esses não agravem a saúde da mulher (CATAFESTA et.al, 2015).

A consulta de enfermagem ginecológica é de grande importância para o cuidado à saúde da mulher, devendo estimular o seu autocuidado, valorizar sua autoestima, orientar a prevenção, controle e tratamento de doenças (RIBEIRO; GÓES, 2021).

Adicionalmente, dentro do compromisso com a Educação em saúde, o enfermeiro organiza atividades educativas sobre o procedimento e sua importância. Garante-se assim, que as mulheres que irão se submeter ao exame Papanicolau estejam bem orientadas (CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018). Segundo O'Dohert et.al (2015), estudos identificaram que profissionais que discutiram sobre violência aumentou o número de detecção de casos.

Os profissionais podem, através do diálogo, explicar o procedimento para a paciente, assim como a acolher para amenizar percepções e sentimentos negativos acerca do exame colpocitopatológico (AMARAL; GONÇALVES; SILVEIRA, 2017; OLIVEIRA et.al 2019). A humanização do trabalho da equipe de saúde, em comunhão para com a comunidade é de extrema importância para quebrar mitos e vencer barreiras que impedem o acesso e a procura das mulheres nas unidades de saúde (CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018)

Quanto a periodicidade que a mulher usuária de UBS realizou seu exame preventivo para Correio et.al (2015) profissionais da saúde geralmente indicam que a mulher retorne anualmente, ao contrário do que a norma do MS afirma que são 3anos. Entretanto, caso o resultado do exame dê alterações implicaria em nova realização após 6 meses (SEBOLD et.al, 2017).

Quanto ao tempo de consulta para realização do exame colpocitopatológico recomenda-se 20 minutos de duração. No entanto, devido à sobrecarga de trabalho e alta demanda para os

profissionais da saúde há comprometimento no acolhimento e vínculo com a mulher que busca a consulta ginecológica (MENDONÇA et.al, 2011).

Como a violência psicológica é o tipo de violência mais frequente (BARROS et.al, 2016). E mulheres que sofrem VPI apresentam maior frequência no uso de serviços de saúde, principalmente com queixas referentes a saúde mental (LOURENÇO; COSTA, 2020). Logo, o profissional ao acolher, dar atenção, ouvir, em busca de uma relação de respeito mútua, colabora para que a paciente se sinta à vontade para verbalizar suas demandas (MEDEIROS et.al, 2010).

5 RESULTADOS.

5.1 Descrição da amostra.

Conforme pode ser observado, a tabela 1 descreve o perfil da amostra composta por 385 participantes, com idade entre 18 e 70 anos. Tal amostra está subdividida em 96 mulheres que realizaram seu exame colpocitopatológico na UBS localizada na zona administrativa norte do município de Manaus, 97 na zona administrativa sul do mesmo município, 98 na zona administrativa ao leste de Manaus e 94 participantes na zona oeste (Tabela 1).

De acordo com a tabela 1, a idade média das participantes foi de 40,2 anos, sendo 58,59% com idade entre 30 e 49 anos. Observou-se que mulheres acima de 60 anos que realizaram o exame preventivo foram apenas 6,51%, e mulheres acima de 18 a 29 anos foram 21,09%.

A maioria das participantes se autodeclararam pardas (81,3%). Enquanto, mulheres brancas são apenas 10,39% da amostra (Tabela 1). Ainda na tabela 1 pode-se perceber que a maior parte das entrevistadas completaram o ensino médio (54,03%). Notou-se que apenas 16,62% chegaram a cursar o ensino superior. Quatro entrevistadas não possuem formação (1,04%). Cursaram o ensino fundamental 11 mulheres (2,86%), e 79, embora tenham iniciado, não chegaram a concluir o ensino fundamental (20,52%).

Embora a maioria das mulheres obtenham sua própria renda (52,73%), notou-se que a distribuição dessa variável foi bastante heterogênea, considerando o percentual considerável de mulheres que não possuem renda própria (Tabela 1).

A maior parte das entrevistadas residem em moradias com 3 a 5 residentes (66,75%). Mulheres morando sozinha ou com mais um residente são 20% da amostra. Somente 13,25% da amostra reside em moradias com 6 ou mais pessoas (Tabela 1).

A tabela 2, exhibe os dados da distribuição da amostra de acordo com aspectos relacionados à consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino. No que se refere à frequência de realização do exame preventivo, quase metade das participantes informaram que haviam realizado o exame entre 6 meses a dois anos atrás, por outro lado, apenas 1/3 delas referiram a realização do exame há mais de dois anos atrás. Quanto à apresentação pessoal do profissional durante a consulta e a explicação do procedimento realizado, segundo a percepção das participantes, verificou-se que a maioria dos profissionais (76,36% e 77,76%, respectivamente) identificam-se e informam os aspectos relacionados ao exame para as mulheres.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas. Manaus, 2023.
(continua)

Variável	n	%	Média	DP	Min.	Max.
Zona						
Norte	96	24,94				
Sul	97	25,19				
Leste	98	25,45				
Oeste	94	24,42				
Total	385	100,00				
Faixa etária						
18-29 anos	81	21,09	40,12	11,49	18	70
30-39 anos	103	26,82				
40-49 anos	122	31,77				
50-59 anos	53	13,80				
60 anos ou mais	25	6,51				
Total	384	100,00				
Cor da pele						
Preta	30	7,79				
Parda	313	81,30				
Branca	40	10,39				
Indígena	2	0,52				
Total	385	100,00				
Escolaridade						
Sem formação	4	1,04				
EF incompleto	79	20,52				
EF completo	11	2,86				
EM incompleto	19	4,94				
EM completo	208	54,03				
ES incompleto	20	5,19				
ES completo	44	11,43				
Total	385	100,00				
Renda familiar						
< 1 SM	104	27,15				
≥ 1 SM a < 3 SM	241	62,92				
≥ 3 SM a < 5 SM	32	8,36				
≥ 5 SM	6	1,57				
Total	383	100,00				
Renda própria						
Não	182	47,27				
Sim	203	52,73				
Total	385	100,00				

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	n	%	Média	DP	Min.	Max.
Nº de residentes na moradia						
1-2	77	20,00				
3-5	257	66,75				
6 ou mais	51	13,25				
Total	385	100,00				

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Verificou-se que mais de 80% das participantes tinham tempo de consulta de até 20 minutos, além disso, chama atenção que apenas 5,45% tenham recebido atendimento com mais 31 minutos de duração. Além disso, pouco mais da metade informaram não terem sido questionadas sobre hábitos e comportamento de sua rotina e tampouco de seus relacionamentos íntimos (Tabela 2).

Conforme a tabela 2, observou-se que pouco mais de 1/3 da amostra relataram não terem sido examinadas em busca de sinais de violência, em contrapartida, quase 1/6 não sabem responder se tal procedimento foi realizado. Quanto à abordagem do profissional acerca do tema violência com a mulher que realiza o exame colpocitopatológico, notou-se que em 97,92% dos atendimentos o profissional não abordou o assunto.

A tabela 3 apresenta a distribuição da amostra conforme uso pessoal de álcool e drogas, cujos dados foram obtidos a partir da investigação dos hábitos de consumo de álcool e drogas das mulheres que realizaram o exame preventivo. Em 71,69% da amostra, as participantes relataram não ingerir bebida alcoólica e ainda, quase que a totalidade (99,48%) relataram não fazer uso de drogas. É importante destacar que, durante a coleta de dados, houve perda de dados de 49 participantes quanto a quantidade de ingerida de bebida alcoólica devido a calibração do instrumento de coleta de dados. Entretanto, ainda é possível descrever os hábitos de uso de álcool das entrevistadas. Observou-se que a maioria das mulheres que ingerem bebida alcoólica uma vez ou menos por mês são 18,70%. Das mulheres que ingerem bebida alcóolica a maioria ingere de 2 a 8 doses a cada ocasião. Apenas duas participantes informaram consumir bebida alcóolica duas a três vezes por semana, assim como duas disseram ingerir quatro ou mais vezes por semana (Tabela 3).

Já a tabela 4, apresenta dados acerca da investigação sobre os hábitos de uso e abuso de álcool e outras drogas do parceiro, conforme relato da mulher. Pouco mais da metade dos parceiros não usam bebida alcóolica (51,69%).

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo variáveis inerentes ao exame do câncer de colo uterino. Manaus, 2023.

Variável	n	%
Última vez que realizou exame preventivo		
1ª vez que realiza	27	7,01
Até 6 meses atrás	37	9,61
Entre 6 meses e 2 anos atrás	190	49,35
Mais de 2 anos atrás	131	34,03
Total	385	100,00
O profissional apresentou-se		
Não	91	23,64
Sim	294	76,36
Total	385	100,00
Explicação do procedimento		
Não	86	22,34
Sim	299	77,66
Total	385	100,00
Tempo de consulta		
5-10 min	170	44,16
11-20 min	139	36,10
21-30 min	55	14,29
31min ou mais	21	5,45
Total	385	100,00
Investigação de hábitos/comportamentos pessoais		
Não	219	56,88
Sim	166	43,12
Total	385	100,00
Investigação sobre o relacionamento íntimo		
Não	239	62,08
Sim	146	37,92
Total	385	100,00
Exame de sinais de violência		
Não	148	38,44
Sim	171	44,42
Não soube dizer	66	17,14
Total	385	100,00
Abordagem do tema violência		
Não	377	97,92
Sim	8	2,08
Total	385	100,00

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo uso e abuso de álcool e drogas pela mulher. Manaus, 2023

Variável	n	%
Frequência de consumo de álcool		
Nunca	276	71,69
Uma vez por mês ou menos	72	18,70
Duas ou quatro vezes por mês	33	8,57
Duas a três vezes por semanas	2	0,52
Quatro ou mais vezes por semana	2	0,52
Total	385	100,00
Quantidade ingerida		
Nenhum	239	71,13
Menor ou igual a duas doses	29	8,63
Mais de duas até oito doses	44	13,10
Mais de oito doses	24	7,14
Total	336	100,00
Uso de drogas		
Não	383	99,48
Sim	2	0,52
Total	385	100,00

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Na tabela 4, novamente, é importante destacar que houve perda de dados de 49 participantes quanto a quantidade de ingerida de bebida alcoólica devido a calibração do instrumento de coleta. Quanto ao uso de drogas observou-se que 2,60% fazem uso desse tipo de substância.

Conforme se vê na tabela 4, quando a mulher declarou que seu parceiro ingere bebida alcoólica questionou-se se ela sentia que seu parceiro deveria diminuir ou parar a ingestão de álcool. Percebeu-se que a maior parte das mulheres que responderam a essa questão (mais de 60%) já teve essa sensação. Além disso, 44 de 184 mulheres cujos parceiros fazem uso de álcool, relataram que seu parceiro fica aborrecido quando criticado em razão da maneira que ele bebe.

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra conforme a tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher. A mesma tabela, permite diferenciar a tática de negociação pacífica das táticas violentas, bem como os diferentes tipos de violência. No que se refere ao emprego da negociação não violenta de conflitos durante os últimos 12 meses de relacionamento, percebe-se que quase a totalidade dos parceiros negociou, ao menos uma vez, conflitos sem uso de violência, não necessariamente significa que é uma prática rotineira.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro, conforme a percepção da mulher. Manaus, 2023

Variável	n	%
Frequência de consumo de álcool		
Nunca	199	51,69
Uma vez por mês ou menos	95	24,68
Duas ou quatro vezes por mês	70	18,18
Duas a três vezes por semanas	11	2,86
Quatro ou mais vezes por semana	10	2,60
Total	385	100,00
Quantidade ingerida		
Nenhum	174	51,79
Menor ou igual a duas doses	30	8,93
Mais de duas até oito doses	61	18,15
Mais de oito doses	71	21,13
Total	336	100,00
Sensação de que o parceiro deveria reduzir a quantidade de álcool		
Não	69	17,92
Sim	116	30,13
Não se aplica	200	51,95
Total	385	100,00
Parceiro se sente aborrecido quando criticado em razão da maneira como bebe		
Não	140	36,46
Sim	44	11,46
Não se aplica	200	52,08
Total	384	100,00
Uso de drogas		
Não	375	97,40
Sim	10	2,60
Total	385	100,00

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Verificou-se quanto às variáveis de violência identificadas, que a psicológica leve (74,03%) foi a tipologia de maior ocorrência neste estudo, no entanto, 21,56% sofrem violência psicológica grave. Quanto às outras categorias, sofreram as tipologias: física leve, 17,66%; física grave, 7,01%; lesão leve, 8,83%; lesão grave, 2,08%; coerção sexual leve, 22,08%; e, coerção sexual grave; 3,12%. É válido ressaltar que uma mesma mulher pode ter vivenciado mais de um tipo de violência (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher. Manaus, 2023

Variável	n	%
Negociação		
Não	2	0,52
Sim	383	99,48
Total	385	100,00
Viol. psicológica leve		
Não	100	25,97
Sim	285	74,03
Total	385	100,00
Viol. psicológica grave		
Não	302	78,44
Sim	83	21,56
Total	385	100,00
Viol. física leve		
Não	317	82,34
Sim	68	17,66
Total	385	100,00
Viol. física grave		
Não	358	92,99
Sim	27	7,01
Total	385	100,00
Lesão leve		
Não	351	91,17
Sim	34	8,83
Total	385	100,00
Lesão grave		
Não	377	97,92
Sim	8	2,08
Total	385	100,00
Coerção sexual leve		
Não	300	77,92
Sim	85	22,08
Total	385	100,00
Coerção sexual grave		
Não	373	96,88
Sim	12	3,12
Total	385	100,00

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

5.2 Fatores associados à investigação do relacionamento íntimo por parte do profissional.

A tabela 6 apresenta os resultados referentes à busca por associações entre a adoção do procedimento de investigação sobre o relacionamento íntimo da paciente e variáveis sociodemográficas. Ao que se pode verificar, observou-se no âmbito dos dados analisados, associação entre a adoção por parte do profissional de saúde do procedimento de investigar o relacionamento íntimo da mulher que realiza o exame preventivo com a variável zona administrativa. Nesse sentido, tem-se os profissionais atuantes na zona oeste da cidade adotaram o referido procedimento com maior frequência do que aqueles de outras regiões da cidade. Os profissionais da zona norte foram aqueles que menos adotaram tal procedimento.

No tocante à faixa etária notou-se uma propensão maior, por parte dos profissionais, em investigar o relacionamento íntimo da mulher com mais de 60 anos de idade, contudo, não se verificou significância do ponto de vista estatístico para essa variável ($p > 0,05$).

Ao que tudo indica, a cor da pele não está estatisticamente associada à adoção, por parte dos profissionais, do procedimento de investigação do relacionamento íntimo da paciente. Quanto à variável escolaridade observou-se maior frequência do emprego do procedimento de investigação sobre o relacionamento íntimo entre as pacientes com ensino médio completo, quando comparadas àquelas sem nenhuma formação. As variáveis “renda familiar” e “número de residentes na moradia” não se mostraram associadas à investigação do relacionamento íntimo da mulher que busca o exame preventivo, por parte do profissional (Tabela 6).

Quanto à variável “renda própria”, foi observada associação estatisticamente significativa em relação à adoção da conduta de investigar o relacionamento íntimo da paciente. Conforme se verifica na tabela 6, as mulheres que possuem renda própria, relataram com maior frequência, que os profissionais adotaram o referido procedimento durante o atendimento.

A tabela 7 apresenta o produto da análise que buscou verificar possíveis associações entre a conduta do profissional de saúde em investigar questões acerca do relacionamento íntimo da paciente e variáveis inerentes ao exame preventivo do câncer de colo uterino. Com relação à variável “última vez que realizou o exame preventivo”, verificou-se associação significativa do ponto de vista estatístico, com o ato de investigar o relacionamento íntimo da mulher durante a consulta. Nesse sentido, observou-se que os profissionais adotavam a conduta mencionada com maior frequência quando atendiam mulheres que estavam realizando o exame pela primeira vez ou que haviam realizado há, no máximo, 6 meses atrás, quando comparado às mulheres que haviam realizado o exame há mais de 2 anos.

Tabela 6. Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Zona							
Norte	69	71,88	27	28,13	96	100,00	
Sul	64	65,98	33	34,02	97	100,00	0,360
Leste	68	69,39	30	30,61	98	100,00	0,084
Oeste	38	40,43	56	59,57	94	100,00	< 0,001*
Total	239		146		385		
Faixa etária							
18-29 anos	54	66,67	27	33,33	81	100,00	
30-39 anos	63	61,17	40	38,83	103	100,00	0,842
40-49 anos	77	63,11	45	36,89	122	100,00	0,754
50-59 anos	33	62,26	20	37,74	53	100,00	0,963
60 anos ou mais	11	44,00	14	56,00	25	100,00	0,055
Total	238		146		303		
Cor da pele							
Preta	18	60,00	12	40,00	30	100,00	
Parda	192	61,34	121	38,66	313	100,00	0,535
Branca	28	70,00	12	30,00	40	100,00	0,275
Indígena	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,724
Total	239		146		385		

Tabela 6. Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	n	Não %	n	Sim %			
Escolaridade							
Sem formação	3	75,00	1	25,00	4	100,00	
EF incompleto	47	59,49	32	40,51	79	100,00	0,595
EF completo	10	90,91	1	9,09	11	100,00	0,046*
EM incompleto	14	73,68	5	26,32	19	100,00	0,285
EM completo	120	57,69	88	42,31	208	100,00	0,055
ES incompleto	13	65,00	7	35,00	20	100,00	0,782
ES completo	32	72,73	12	27,27	44	100,00	0,122
Total	239		146		385		
Renda familiar							
< 1 SM	67	64,42	37	35,58	104	100,00	
≥ 1 SM a < 3 SM	150	62,24	91	37,76	241	100,00	0,932
≥ 3 SM a < 5 SM	18	56,25	14	43,75	32	100,00	0,453
≥ 5 SM	4	66,67	2	33,33	6	100,00	0,828
Total	239		144		383		
Renda própria							
Não	124	68,13	58	31,87	182	100,00	
Sim	115	56,65	88	43,35	203	100,00	0,020*
Total	239		146		385		
Nº de residentes na moradia							
1-2	44	57,14	33	42,86	77	100,00	
3-5	164	63,81	93	36,19	257	100,00	0,320
6 ou mais	31	60,78	20	39,22	51	100,00	0,838
Total	239		146				

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

De acordo com a tabela 7, também observou-se associação entre o ato, por parte do profissional, de apresentar-se à paciente e a conduta de investigar acerca do relacionamento íntimo dela. Conforme se pode extrair da tabela, verifica-se uma maior frequência de adoção da conduta de investigar sobre o relacionamento entre aquelas pacientes cujo profissional se apresentou no início do atendimento. Na mesma tabela, pode-se notar que a variável “explicação do procedimento”, também se mostrou associada à conduta de investigar aspectos relativos ao relacionamento íntimo da paciente e, nesse caso, percebe-se que o profissional que não explicou o procedimento de coleta do exame preventivo também tendeu a não investigar sobre o relacionamento.

Em relação ao tempo de duração da consulta para realização do exame colpocitopatológico embora não se tenha verificado associação do ponto de vista estatístico, nota-se que um pouco mais da metade das mulheres que tiveram a consulta superior a 31 minutos pode ter seu relacionamento íntimo investigado. Ao contrário, entre as mulheres com tempo de consulta mais breve, de 5 até 10 minutos, um pouco mais de 1/3 foram investigadas (Tabela 7).

Outra variável que se mostrou associada à conduta de investigar sobre o relacionamento íntimo da paciente, foi o ato de perguntar sobre hábitos e comportamentos da rotina da paciente, não diretamente relacionados ao relacionamento íntimo. 64,46% das mulheres que são perguntadas sobre seus hábitos e comportamentos de rotina, também o são acerca do relacionamento íntimo (Tabela 7).

Já no que tange à abordagem do tema violência, por parte do profissional durante a consulta, também se mostrou associada ao ato de investigar sobre o relacionamento íntimo. Como se pode observar, a maioria dos profissionais que abordam o tema violência também investigam o relacionamento íntimo da mulher (87,50%).

A tabela 8 apresenta os dados referentes à análise que buscou investigar associações entre a conduta do profissional de investigar sobre o relacionamento íntimo da paciente e o uso e abuso de álcool por parte desta. Na referida tabela, percebe-se no que se refere à variável “frequência de consumo”, que somente a categoria que indica uso “uma vez por mês ou menos” apresentou diferença significativa do ponto de vista estatístico, quando comparada à categoria de referência, qual seja, aquela que indica que a mulher não faz uso de álcool. De modo geral, o que se pode extrair do dado apresentado, é que mulheres que relataram não fazer uso de álcool, foram investigadas com maior frequência sobre seus relacionamentos íntimos, do que aquelas que fazem uso de álcool.

Tabela 7. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Última vez que realizou exame preventivo							
1ª vez que realiza	17	62,96	10	37,04	27	100,00	
Até 6 meses atrás	14	37,84	23	62,16	37	100,00	< 0,001*
Entre 6 meses e 2 anos atrás	114	60,00	76	40,00	190	100,00	0,407
Mais de 2 anos atrás	94	71,76	37	28,24	131	100,00	0,005*
Total	239		146		385		
O profissional apresentou-se							
Não	74	81,32	17	18,68	91	100,00	
Sim	165	56,12	129	43,88	294	100,00	< 0,001*
Total	239		146		385		
Explicação do procedimento							
Não	75	87,21	11	12,79	86	100,00	
Sim	164	54,85	135	45,15	299	100,00	< 0,001*
Total	239		146		385		
Tempo de consulta							
5-10 min	112	65,88	58	34,12	170	100,00	
11-20 min	81	58,27	58	41,73	139	100,00	0,247
21-30 min	36	65,45	19	34,55	55	100,00	0,577
31min ou mais	10	47,62	11	52,38	21	100,00	0,160
Total	239		146		385		

Tabela 7. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	n	Não %	n	Sim %			
Investigação sobre hábitos e comportamentos pessoais							
Não	180	82,19	39	17,81	219	100,00	< 0,001*
Sim	59	35,54	107	64,46	166	100,00	
Total	239		146		385		
Exame de sinais de violência							
Não	86	58,11	62	41,89	148	100,00	0,097
Sim	114	66,67	57	33,33	171	100,00	
Não soube dizer	39	59,09	27	40,91	66	100,00	
Total	239		146		385		0,583
Abordagem do tema violência							
Não	238	63,13	139	36,87	377	100,00	0,003*
Sim	1	12,50	7	87,50	8	100,00	
Total	239		146		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 8. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023.

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	163	59,06	113	40,94	276	100,00	
Uma vez por mês ou menos	53	73,61	19	26,39	72	100,00	0,025*
Duas ou quatro vezes por mês	21	63,64	12	36,36	33	100,00	0,847
Duas a três vezes por semanas	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,724
Quatro ou mais vezes por semana	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,724
Total	239		146		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	138	57,74	101	42,26	239	100,00	
Menor ou igual a duas doses	27	93,10	2	6,90	29	100,00	< 0,001*
Mais de duas até oito doses	27	61,36	17	38,64	44	100,00	0,994
Mais de oito doses	14	58,33	10	41,67	24	100,00	0,756
Total	206		130		336		
Uso de drogas							
Não	237	61,88	146	38,12	383	100,00	
Sim	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,268
Total	239		146		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Ainda em relação à tabela 8, é possível observar, no que tange à quantidade de álcool ingerida pela mulher a cada ocasião em que faz uso, que somente a categoria “menor ou igual a duas doses”, apresentou diferença significativa do ponto de vista estatístico quando comparada à categoria de referência que indica nenhuma quantidade ingerida. Assim, o que se pode concluir da informação exibida, é o mesmo referente à variável “frequência de consumo”, que as mulheres que relatam fazer uso de álcool, são menos investigadas acerca de seus relacionamentos íntimos durante a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino.

A tabela 9 expõe os resultados da análise que buscou associações entre a tática violenta de resolução de conflito adotada pelo parceiro íntimo contra a esposa e a adoção, por parte do profissional de saúde, da conduta de investigar aspectos relacionados ao relacionamento da mulher. Conforme se verifica, o tipo de violência sofrido pela mulher, parece não estar associado à adoção, por parte do profissional, da conduta mencionada. Assim, de modo geral, pode-se destacar que, tanto em relação às mulheres que são vítimas dos diferentes tipos de VPI quanto em relação àquelas que não são, há baixa adesão dos profissionais em adotar a conduta de investigar o relacionamento íntimo das pacientes.

Tabela 9. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Viol. psicológica leve							
Não	60	60,00	40	40,00	100	100,00	0,619
Sim	179	62,81	106	37,19	285	100,00	
Total	239		146		385		
Viol. psicológica grave							
Não	190	62,91	112	37,09	302	100,00	0,519
Sim	49	59,04	34	40,96	83	100,00	
Total	239		146		385		
Viol. física leve							
Não	194	61,20	123	38,80	317	100,00	0,443
Sim	45	66,18	23	33,82	68	100,00	
Total	239		146		385		
Viol. física grave							
Não	220	61,45	138	38,55	358	100,00	0,357
Sim	19	70,37	8	29,63	27	100,00	
Total	239		146		385		
Lesão leve							
Não	219	62,39	132	37,61	351	100,00	0,682
Sim	20	58,82	14	41,18	34	100,00	
Total	239		146		385		

Tabela 9. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e procedimento de investigação sobre relacionamento íntimo da mulher por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação sobre relacionamento íntimo						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Lesão grave							
Não	233	61,80	144	38,20	377	100,00	0,447
Sim	6	75,00	2	25,00	8	100,00	
Total	239		146		385		
Coerção sexual leve							
Não	188	62,67	112	37,33	300	100,00	0,655
Sim	51	60,00	34	40,00	85	100,00	
Total	239		146		385		
Coerção sexual grave							
Não	232	62,20	141	37,80	373	100,00	0,786
Sim	7	58,33	5	41,67	12	100,00	
Total	239		146		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

5.3 Fatores associados à investigação de hábitos e comportamentos da rotina da mulher em relacionamento íntimo, por parte do profissional de saúde.

A tabela 10, exibe o resultado da análise que buscou possíveis associações entre variáveis sociodemográficas e a adoção da conduta, por parte do profissional de saúde, de investigar aspectos inerentes hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Como se pode observar na referida tabela, verificou associação entre a conduta do profissional em análise e a zona administrativa na qual se situa a UBS em que a mulher recebeu atendimento. 59,57% das mulheres que realizaram o exame preventivo na zona oeste de Manaus tiveram seus hábitos e comportamentos da rotina pessoal investigados, ao passo que, na zona norte o percentual observado foi de 30,21%.

A variável faixa etária também se mostrou associada à adoção da conduta de investigar aspectos de hábitos e comportamentos pessoais da paciente. A faixa etária para a qual se teve maior frequência de adoção de tal conduta foi entre 30 e 39 anos, sendo que pouco mais da metade dessas mulheres tiveram seus hábitos de rotina investigados, mas interessante notar que 72% das mulheres acima de 60 anos não tiveram seus hábitos e comportamentos da rotina investigados.

Ainda na tabela 10, pode-se verificar que a cor da pele da paciente também se mostra associada à adoção da conduta, por parte do profissional, de investigar sobre hábitos e comportamentos da paciente. Como se vê, 3/4 das mulheres brancas não tiveram seus hábitos e comportamentos da rotina investigados. Ao que tudo indica, os profissionais adotam com maior frequência a conduta mencionada, quando o atendimento é dirigido a mulheres pretas ou pardas. Não é possível obter conclusões no mesmo sentido em relação às mulheres indígenas por conta do tamanho pequeno da amostra obtida.

No tocante às variáveis escolaridade, renda familiar, a mulher ter renda própria e a quantidade de residentes da moradia dela não se verificou associação significativa do ponto de vista estatístico.

A tabela 11 exibe os resultados oriundos da análise que buscou associações entre a adoção da conduta de investigar hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher, por parte do profissional de saúde, e demais fatores inerentes à consulta do exame preventivo de câncer de colo uterino.

Tabela 10. Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						p
	Não		Sim		Total	%	
	N	%	n	%			
Zona							
Norte	67	69,79	29	30,21	96	100,00	
Sul	55	56,70	42	43,30	97	100,00	0,967
Leste	59	60,20	39	39,80	98	100,00	0,442
Oeste	38	40,43	56	59,57	94	100,00	< 0,001*
Total	219		166		385		
Faixa etária							
18-29 anos	45	55,56	36	44,44	81	100,00	
30-39 anos	50	48,54	53	51,46	103	100,00	0,049*
40-49 anos	77	63,11	45	36,89	122	100,00	0,087
50-59 anos	28	52,83	25	47,17	53	100,00	0,533
60 anos ou mais	18	72,00	7	28,00	25	100,00	0,112
Total	218		166		303		
Cor da pele							
Preta	14	46,67	16	53,33	30	100,00	
Parda	174	55,59	139	44,41	313	100,00	0,286
Branca	30	75,00	10	25,00	40	100,00	0,015*
Indígena	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,844
Total	219		166		385		

Tabela 10. Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Escolaridade							
Sem formação	2	50,00	2	50,00	4	100,00	
EF incompleto	47	59,49	32	40,51	79	100,00	0,599
EF completo	7	63,64	4	36,36	11	100,00	0,646
EM incompleto	10	52,63	9	47,37	19	100,00	0,701
EM completo	113	54,33	95	45,67	208	100,00	0,272
ES incompleto	12	60,00	8	40,00	20	100,00	0,773
ES completo	28	63,64	16	36,36	44	100,00	0,336
Total	219		166		385		
Renda familiar							
< 1 SM	62	59,62	42	40,38	104	100,00	
≥ 1 SM a < 3 SM	137	56,85	104	43,15	241	100,00	0,863
≥ 3 SM a < 5 SM	17	53,13	15	46,88	32	100,00	0,628
≥ 5 SM	3	50,00	3	50,00	6	100,00	0,720
Total	219		164		383		
Renda própria							
Não	103	56,59	79	43,41	182	100,00	0,913
Sim	116	57,14	87	42,86	203	100,00	
Total	219		166		385		

Tabela 10. Associação entre variáveis sociodemográficas e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Nº de residentes na moradia							
1-2	37	48,05	40	51,95	77	100,00	
3-5	149	57,98	108	42,02	257	100,00	0,539
6 ou mais	33	64,71	18	35,29	51	100,00	0,226
Total	219		166				

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 11. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Última vez que realizou exame preventivo							
1ª vez que realiza	17	62,96	10	37,04	27	100,00	
Até 6 meses atrás	16	43,24	21	56,76	37	100,00	0,078
Entre 6 meses e 2 anos atrás	108	56,84	82	43,16	190	100,00	0,987
Mais de 2 anos atrás	78	59,54	53	40,46	131	100,00	0,449
Total	219		166		385		
O profissional apresentou-se							
Não	70	76,92	21	23,08	91	100,00	< 0,001*
Sim	149	50,68	145	49,32	294	100,00	
Total	219		166		385		
Explicação do procedimento							
Não	68	79,07	18	20,93	86	100,00	< 0,001*
Sim	151	50,50	148	49,50	299	100,00	
Total	219		166		385		
Tempo de consulta							
5-10 min	107	62,94	63	37,06	170	100,00	
11-20 min	74	53,24	65	46,76	139	100,00	0,278
21-30 min	29	52,73	26	47,27	55	100,00	0,501
31min ou mais	9	42,86	12	57,14	21	100,00	0,182
Total	219		166		385		

Tabela 11. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da mulher. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Exame de sinais de violência							
Não	80	54,05	68	45,95	148	100,00	
Sim	104	60,82	67	39,18	171	100,00	0,163
Não soube dizer	35	53,03	31	46,97	66	100,00	0,487
Total	219		166		385		
Abordagem do tema violência							
Não	217	57,56	160	42,44	377	100,00	
Sim	2	25,00	6	75,00	8	100,00	0,066
Total	219		166		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Com relação à variável que expressa o tempo decorrido entre a consulta atual e a consulta anterior, não se verificou no âmbito da amostra estudada, associação significativa desta variável com a conduta profissional objeto deste subtópico, contudo, é possível observar uma diferença importante entre a categoria que reúne as mulheres que realizaram o exame anterior há até 6 meses atrás e aquela que reúne as mulheres que realizaram o exame pela primeira vez na consulta atual. É possível perceber que aquelas que compareceram ao exame pela primeira vez, foram questionadas sobre seus hábitos e comportamentos de rotina com uma frequência consideravelmente menor (tabela 11).

Observa-se na tabela 11, tanto no que se refere à variável que indica se o profissional se apresentou à paciente quanto em relação à variável que mostra se a paciente foi esclarecida quanto ao procedimento do exame preventivo, que ambas estão associadas à adoção, por parte do profissional, da conduta de investigar acerca dos hábitos e comportamentos da mulher. A observação do dado permite concluir que profissionais que possuem o hábito de apresentar-se no início da consulta, tendem a questionar com maior frequência, as pacientes acerca de seus hábitos e comportamentos. O mesmo se aplica em relação a profissionais que explicam o procedimento de coleta do exame antes de seu início.

A variável que demonstra o tempo de atendimento não se mostrou associada à conduta do profissional de investigar sobre hábitos e comportamentos de rotina da mulher, no entanto, é preciso destacar que entre as mulheres que tiveram atendimento com 31 minutos ou mais de duração, observou-se uma frequência consideravelmente maior de adoção da conduta profissional mencionada. Da mesma forma, embora não se tenha verificado associação significativa do ponto de vista estatístico, a frequência de mulheres que relatou ter sido questionada sobre seus hábitos e comportamentos foi muito maior entre aquelas que também relataram terem sido examinadas pelo profissional em busca de sinais de violência, em comparação com aquelas que relataram não terem sido submetidas a esse tipo de exame (tabela 11).

A tabela 12 apresenta os resultados da análise que buscou por associações entre o uso e abuso de álcool e drogas pela mulher e adoção, por parte do profissional, da conduta de investigar hábitos e comportamentos pessoais da paciente. Porém, não se verificou associação significativa do ponto de vista estatístico entre tais variáveis.

Tabela 12. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e procedimento de investigação de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Manaus, 2023.

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	153	55,43	123	44,57	276	100,00	
Uma vez por mês ou menos	43	59,72	29	40,28	72	100,00	0,590
Duas ou quatro vezes por mês	21	63,64	12	36,36	33	100,00	0,413
Duas a três vezes por semanas	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,844
Quatro ou mais vezes por semana	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,844
Total	219		166		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	128	53,56	111	46,44	239	100,00	
Menor ou igual a duas doses	19	65,52	10	34,48	29	100,00	0,263
Mais de duas até oito doses	26	59,09	18	40,91	44	100,00	0,623
Mais de oito doses	14	58,33	10	41,67	24	100,00	0,784
Total	187		149		336		
Uso de drogas							
Não	218	56,92	165	43,08	383	100,00	
Sim	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,844
Total	219		166		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 13. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e investigação, por parte do profissional de saúde, de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Viol. psicológica leve							
Não	59	59,00	41	41,00	100	100,00	0,619
Sim	160	56,14	125	43,86	285	100,00	
Total	219		166		385		
Viol. psicológica grave							
Não	168	55,63	134	44,37	302	100,00	0,343
Sim	51	61,45	32	38,55	83	100,00	
Total	219		166		385		
Viol. física leve							
Não	176	55,52	141	44,48	317	100,00	0,244
Sim	43	63,24	25	36,76	68	100,00	
Total	219		166		385		
Viol. física grave							
Não	201	56,15	157	43,85	358	100,00	0,287
Sim	18	66,67	9	33,33	27	100,00	
Total	219		166		385		
Lesão leve							
Não	197	56,13	154	43,87	351	100,00	0,335
Sim	22	64,71	12	35,29	34	100,00	
Total	219		166		385		

Tabela 13. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e investigação, por parte do profissional de saúde, de hábitos e comportamentos da rotina pessoal da paciente. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Investigação de hábitos/comportamentos pessoais						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Lesão grave							
Não	213	56,50	164	43,50	377	100,00	0,296
Sim	6	75,00	2	25,00	8	100,00	
Total	219		166		385		
Coerção sexual leve							
Não	166	55,33	134	44,67	300	100,00	0,249
Sim	53	62,35	32	37,65	85	100,00	
Total	219		166		385		
Coerção sexual grave							
Não	211	56,57	162	43,43	373	100,00	0,487
Sim	8	66,67	4	33,33	12	100,00	
Total	219		166		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

A tabela 13 apresenta os resultados da análise que buscou associações entre a tática violenta de resolução de conflito adotada pelo parceiro íntimo contra a mulher e a adoção, por parte do profissional de saúde, da conduta de investigar aspectos relacionados a hábitos e comportamentos pessoais da paciente. Embora não se tenha verificado associação entre a conduta do profissional mencionada e o tipo de violência sofrido pela mulher, chama atenção o considerável número de mulheres vítimas de violência que passaram pela consulta do exame preventivo de câncer de colo uterino e não foram questionadas acerca de seus hábitos e comportamentos pessoais.

5.4 Fatores associados à realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde.

A tabela 14 exibe os dados referentes à análise que buscou por associações entre variáveis sociodemográficas da mulher e a realização do exame de sinais de violência, por parte do profissional, durante a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino. A exemplo do que se verificou em relação às condutas profissionais discutidas anteriormente, a zona administrativa em que se situa a UBS de atendimento também se mostra associada à iniciativa do profissional em realizar exame em busca de sinais de violência junto à paciente. Como se pode ver, quase 30% das mulheres que realizaram seu exame preventivo na zona oeste de Manaus afirmaram que o profissional examinou por sinais de violência, sendo esta a zona administrativa onde essa conduta foi adotada com menor frequência. Ao contrário, a zona leste foi aquela em que a referida conduta foi adotada com maior frequência, considerando-se que mais da metade das mulheres afirmaram terem sido examinadas em busca de sinais de violência.

No que se refere à faixa etária da paciente, embora não se tenha verificado associação significativa do ponto de vista estatístico, é preciso destacar que mulheres com 60 anos relataram com maior frequência, terem sido examinadas por sinais de violência em comparação com outras faixas etárias. Concernente à cor da pele, não foram evidenciadas diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, entre as categorias.

Em relação à variável “escolaridade”, observou-se diferença significativa entre a categoria “ensino médio completo” e a categoria “sem formação”, sendo que ao que indica os dados, as mulheres com ensino médio completo, relataram com menor frequência terem sido examinadas pelo profissional em busca de sinais de violência, se comparadas às mulheres sem formação. Outra categoria que apresentou diferença significativa do ponto de vista estatístico foi aquela que reúne as mulheres com formação superior completa, porém, nesse caso, as mulheres com formação de nível superior, relataram com maior frequência terem sido submetidas ao exame aqui citado, quando comparadas às mulheres sem formação (tabela 14).

As variáveis “renda familiar”, “renda própria” e “número de residentes na moradia” não se mostraram associadas à realização do exame de sinais de violência.

A tabela 15 exibe os resultados da análise da investigação por associações entre as variáveis inerentes à consulta do exame colpocitopatológico e a realização, por parte do profissional de saúde, de exame em busca de sinais de violência junto à paciente.

Tabela 14. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Exame de sinais de violência						
	Não/ Não sabe		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Zona							
Norte	57	59,38	39	40,63	96	100,00	
Sul	48	49,48	49	50,52	97	100,00	0,162
Leste	43	43,88	55	56,12	98	100,00	0,007*
Oeste	66	70,21	28	29,79	94	100,00	< 0,001*
Total	214		171		385		
Faixa etária							
18-29 anos	46	56,79	35	43,21	81	100,00	
30-39 anos	58	56,31	45	43,69	103	100,00	0,841
40-49 anos	73	59,84	49	40,16	122	100,00	0,240
50-59 anos	26	49,06	27	50,94	53	100,00	0,312
60 anos ou mais	10	40,00	15	60,00	25	100,00	0,108
Total	213		171		384		
Cor da pele							
Preta	12	40,00	18	60,00	30	100,00	
Parda	176	56,23	137	43,77	313	100,00	0,595
Branca	24	60,00	16	40,00	40	100,00	0,553
Indígena	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,205
Total	214		171		385		

Tabela 14. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Exame de sinais de violência						
	Não/ Não sabe		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Escolaridade							
Sem formação	2	50,00	2	50,00	4	100,00	
EF incompleto	43	54,43	36	45,57	79	100,00	0,817
EF completo	7	63,64	4	36,36	11	100,00	0,586
EM incompleto	7	36,84	12	63,16	19	100,00	0,092
EM completo	127	61,06	81	38,94	208	100,00	0,019*
ES incompleto	13	65,00	7	35,00	20	100,00	0,384
ES completo	15	34,09	29	65,91	44	100,00	0,002*
Total	214		171		385		
Renda familiar							
< 1 SM	53	50,96	51	49,04	104	100,00	
≥ 1 SM a < 3 SM	143	59,34	98	40,66	241	100,00	0,056
≥ 3 SM a < 5 SM	15	46,88	17	53,13	32	100,00	0,299
≥ 5 SM	2	33,33	4	66,67	6	100,00	0,268
Total	213		170		383		
Renda própria							
Não	100	54,95	82	45,05	182	100,00	
Sim	114	56,16	89	43,84	203	100,00	0,811
Total	214		171		385		

Tabela 14. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e realização de exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Não/Não sabe		Exame de sinais de violência Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Nº de residentes na moradia							
1-2	44	57,14	33	42,86	77	100,00	
3-5	138	53,70	119	46,30	257	100,00	0,291
6 ou mais	32	62,75	19	37,25	51	100,00	0,269
Total	214		171		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 15. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Exame de sinais de violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Última vez que realizou exame preventivo							
1ª vez que realiza	16	59,26	11	40,74	27	100,00	
Até 6 meses atrás	25	67,57	12	32,43	37	100,00	0,123
Entre 6 meses e 2 anos atrás	102	53,68	88	46,32	190	100,00	0,459
Mais de 2 anos atrás	71	54,20	60	45,80	131	100,00	0,694
Total	214		171		385		
O profissional apresentou-se							
Não	48	52,75	43	47,25	91	100,00	0,533
Sim	166	56,46	128	43,54	294	100,00	
Total	214		171		385		
Explicação do procedimento							
Não	45	52,33	41	47,67	86	100,00	0,490
Sim	169	56,52	130	43,48	299	100,00	
Total	214		171		385		
Tempo de consulta							
5-10 min	96	56,47	74	43,53	170	100,00	0,559
11-20 min	80	57,55	59	42,45	139	100,00	
21-30 min	28	50,91	27	49,09	55	100,00	0,451
31min ou mais	10	47,62	11	52,38	21	100,00	0,450
Total	214		171		385		

Tabela 15. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Exame de sinais de violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Abordagem do tema violência							
Não	212	56,23	165	43,77	377	100,00	0,079
Sim	2	25,00	6	75,00	8	100,00	
Total	214		171		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Embora não se tenha verificado associação significativa do ponto de vista estatístico em relação à variável que expressa o tempo transcorrido entre a consulta anterior da mulher e a atual, chama atenção que mulheres que realizaram o exame preventivo até 6 meses atrás afirmaram com menor frequência que houve exame de sinais de violência durante a consulta, quando comparadas às outras categorias (tabela 15).

Os dados relevam ainda uma diferença considerável na frequência de realização de exame de sinais de violência entre profissionais que abordam com a mulher o tema violência durante a consulta e aqueles que não abordam, embora não se tenha verificado associação significativa do ponto de vista estatístico. A maioria dos profissionais que abordam o tema em sua consulta ginecológica também examina por sinais de violência (75%).

A tabela 16 apresenta os resultados da análise que buscou por associações entre o uso e abuso de álcool por parte da mulher e a realização do exame de sinais de violência por parte do profissional de saúde. Nela é possível observar que não foram encontradas associações significativas. Da mesma forma, também não se verificou associações significativas do ponto de vista estatístico, entre a realização do exame em comento e o uso e abuso de álcool e drogas por parte do parceiro íntimo da mulher (tabela 17).

A tabela 18 apresenta os resultados da análise que buscou associações entre a tática violenta de resolução de conflito adotada pelo parceiro íntimo contra a mulher e a realização do exame em busca de sinais de violência por parte do profissional. Os dados demonstram que a prática de examinar sinais de violência durante a consulta não estão associados às modalidades de violência sofridas pelas mulheres, no entanto, chama atenção a grande proporção de mulheres vítimas de violência que não foram examinadas no tocante a esse agravo.

Tabela 16. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023.

Variável	Exame de sinais de violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	149	53,99	127	46,01	276	100,00	
Uma vez por mês ou menos	44	61,11	28	38,89	72	100,00	0,295
Duas ou quatro vezes por mês	19	57,58	14	42,42	33	100,00	0,810
Duas a três vezes por semanas	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,873
Quatro ou mais vezes por semana	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,873
Total	214		171		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	126	52,72	113	47,28	239	100,00	
Menor ou igual a duas doses	18	62,07	11	37,93	29	100,00	0,408
Mais de duas até oito doses	25	56,82	19	43,18	44	100,00	0,769
Mais de oito doses	15	62,50	9	37,50	24	100,00	0,429
Total	184		152		336		
Uso de drogas							
Não	213	55,61	170	44,39	383	100,00	
Sim	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,873
Total	214		171		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 17. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Exame de sinais de violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	115	57,79	84	42,21	199	100,00	
Uma vez por mês ou menos	46	48,42	49	51,58	95	100,00	0,105
Duas ou quatro vezes por mês	40	57,14	30	42,86	70	100,00	0,772
Duas a três vezes por semanas	8	72,73	3	27,27	11	100,00	0,246
Quatro ou mais vezes por semana	5	50,00	5	50,00	10	100,00	0,719
Total	214		171		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	98	56,32	76	43,68	174	100,00	
Menor ou igual a duas doses	12	40,00	18	60,00	30	100,00	0,089
Mais de duas até oito doses	28	45,90	33	54,10	61	100,00	0,124
Mais de oito doses	46	64,79	25	35,21	71	100,00	0,056
Total	184		152		336		
Sensação de que o parceiro deveria reduzir a quantidade de álcool							
Não	35	50,72	34	49,28	69	100,00	
Sim	63	54,31	53	45,69	116	100,00	0,741
Não se aplica	116	58,00	84	42,00	200	100,00	0,321
Total	214		171		385		

Tabela 17. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e exame de sinais de violência pelo profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Exame de sinais de violência						p
	n	Não %	n	Sim %	Total	%	
Parceiro se sente aborrecido quando criticado em razão da maneira como bebe							
Não	70	50,00	70	50,00	140	100,00	0,403
Sim	27	61,36	17	38,64	44	100,00	
Não se aplica	116	58,00	84	42,00	200	100,00	
Total	213		171		384		
Uso de drogas							
Não	207	55,20	168	44,80	375	100,00	0,353
Sim	7	70,00	3	30,00	10	100,00	
Total	214		171		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 18. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e realização de exame de sinais de violência por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Exame de sinais de violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Negociação							
Não	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,873
Sim	213	55,61	170	44,39	383	100,00	
Total	214		171		385		
Viol. psicológica leve							
Não	58	58,00	42	42,00	100	100,00	0,572
Sim	156	54,74	129	45,26	285	100,00	
Total	214		171		385		
Viol. psicológica grave							
Não	171	56,62	131	43,38	302	100,00	0,434
Sim	43	51,81	40	48,19	83	100,00	
Total	214		171		385		
Viol. física leve							
Não	177	55,84	140	44,16	317	100,00	0,830
Sim	37	54,41	31	45,59	68	100,00	
Total	214		171		385		
Viol. física grave							
Não	198	55,31	160	44,69	358	100,00	0,690
Sim	16	59,26	11	40,74	27	100,00	
Total	214		171		385		

Tabela 18. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e realização de exame de sinais de violência por parte do profissional de saúde. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Exame de sinais de violência						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Lesão leve							
Não	193	54,99	158	45,01	351	100,00	0,447
Sim	21	61,76	13	38,24	34	100,00	
Total	214		171		385		
Lesão grave							
Não	211	55,97	166	44,03	377	100,00	0,298
Sim	3	37,50	5	62,50	8	100,00	
Total	214		171		385		
Coerção sexual leve							
Não	165	55,00	135	45,00	300	100,00	0,665
Sim	49	57,65	36	42,35	85	100,00	
Total	214		171		385		
Coerção sexual grave							
Não	206	55,23	167	44,77	373	100,00	0,432
Sim	8	66,67	4	33,33	12	100,00	
Total	214		171		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

5.5 Fatores associados à abordagem do profissional acerca do tema violência, durante a consulta.

A tabela 19 exibe os resultados inerentes à análise que investigou, no âmbito dos dados, a existência de associações entre variáveis sociodemográficas da mulher e a iniciativa do profissional de saúde em abordar o tema violência durante a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino. De início é preciso destacar que das 385 mulheres que compuseram a amostra, somente 8 relataram que o profissional abordou o tema violência durante a consulta e, sendo assim, tem-se uma amostra bastante reduzida de participantes nessa categoria, o que dificulta a busca por eventuais associações.

Com relação à variável “faixa etária”, observou-se diferença significativa, do ponto de vista estatístico entre as categorias “18-29 anos” e “50-59 anos”. Como se pode perceber, as mulheres com idade entre 50 e 59 anos relataram, em maior proporção, que o profissional abordou o tema violência durante a consulta, em comparação com as mulheres com idade entre 18 e 29 anos (tabela 19).

Em relação às demais variáveis sociodemográficas, não se evidenciou no âmbito dos dados analisados, associações significativas (tabela 19).

A tabela 20 apresenta o resultado da análise que investigou possíveis associações entre as variáveis inerentes à consulta do exame colpocitopatológico e a abordagem, por parte do profissional, do tema violência, porém, nenhuma associação foi evidenciada no âmbito dos dados.

Já as tabelas 21 e 22 apresentam os resultados da análise que buscou associações entre a abordagem do tema violência durante a consulta e uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e pelo parceiro, respectivamente. Conforme se pode observar nas tabelas, as análises restaram infrutíferas em revelar associações entre as variáveis, contudo, vale destacar a importante diferença verificada entre mulheres cujo parceiro íntimo faz uso de outras drogas e aquelas cujo parceiro não utiliza tais substâncias. Nota-se que, entre aquelas que relataram que o parceiro faz uso de outras drogas, a proporção de abordagem do tema violência durante a consulta, por parte do profissional, foi bastante superior (tabela 22).

Tabela 19. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Abordagem do tema violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Zona							
Norte	96	100,00	0	0,00	96	100,00	
Sul	95	97,94	2	2,06	97	100,00	0,990
Leste	95	96,94	3	3,06	98	100,00	0,429
Oeste	91	96,81	3	3,19	94	100,00	0,384
Total	377		8		385		
Faixa etária							
18-29 anos	78	96,30	3	3,70	81	100,00	
30-39 anos	103	100,00	0	0,00	103	100,00	0,084
40-49 anos	121	99,18	1	0,82	122	100,00	0,237
50-59 anos	50	94,34	3	5,66	53	100,00	0,050*
60 anos ou mais	24	96,00	1	4,00	25	100,00	0,488
Total	376		8		384		
Cor da pele							
Preta	29	96,67	1	3,33	30	100,00	
Parda	306	97,76	7	2,24	313	100,00	0,649
Branca	40	100,00	0	0,00	40	100,00	0,330
Indígena	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,836
Total	377		8		385		

Tabela 19. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Abordagem do tema violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Escolaridade							
Sem formação	4	100,00	0	0,00	4	100,00	
EF incompleto	78	98,73	1	1,27	79	100,00	0,570
EF completo	11	100,00	0	0,00	11	100,00	0,624
EM incompleto	19	100,00	0	0,00	19	100,00	0,515
EM completo	201	96,63	7	3,37	208	100,00	0,055
ES incompleto	20	100,00	0	0,00	20	100,00	0,503
ES completo	44	100,00	0	0,00	44	100,00	0,305
Total	377		8		385		
Renda familiar							
< 1 SM	101	97,12	3	2,88	104	100,00	
≥ 1 SM a < 3 SM	236	97,93	5	2,07	241	100,00	0,980
≥ 3 SM a < 5 SM	32	100,00	0	0,00	32	100,00	0,388
≥ 5 SM	6	100,00	0	0,00	6	100,00	0,718
Total	375		8		383		
Renda própria							
Não	178	97,80	4	2,20	182	100,00	0,876
Sim	199	98,03	4	1,97	203	100,00	
Total	377		8		385		

Tabela 19. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Abordagem do tema violência						
	n	Não %	Sim		Total	%	p
Nº de residentes na moradia							
1-2	74	96,10	3	3,90	77	100,00	
3-5	252	98,05	5	1,95	257	100,00	0,796
6 ou mais	51	100,00	0	0,00	51	100,00	0,264
Total	377		8		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 20. Associação entre variáveis referentes ao exame colpocitopatológico e abordagem do tema violência, por parte do profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.

Variável	Abordagem do tema violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Última vez que realizou exame preventivo							
1ª vez que realiza	26	96,30	1	3,70	27	100,00	
Até 6 meses atrás	35	94,59	2	5,41	37	100,00	0,136
Entre 6 meses e 2 anos atrás	187	98,42	3	1,58	190	100,00	0,498
Mais de 2 anos atrás	129	98,47	2	1,53	131	100,00	0,586
Total	377		8		385		
O profissional apresentou-se							
Não	91	100,00	0	0,00	91	100,00	0,112
Sim	286	97,28	8	2,72	294	100,00	
Total	377		8		385		
Explicação do procedimento							
Não	86	100,00	0	0,00	86	100,00	0,125
Sim	291	97,32	8	2,68	299	100,00	
Total	377		8		385		
Tempo de consulta							
5-10 min	167	98,24	3	1,76	170	100,00	0,408
11-20 min	135	97,12	4	2,88	139	100,00	
21-30 min	55	100,00	0	0,00	55	100,00	
31min ou mais	20	95,24	1	4,76	21	100,00	
Total	377		8		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 21. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023.

Variável	Abordagem do tema violência						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	269	97,46	7	2,54	276	100,00	
Uma vez por mês ou menos	71	98,61	1	1,39	72	100,00	0,649
Duas ou quatro vezes por mês	33	100,00	0	0,00	33	100,00	0,381
Duas a três vezes por semanas	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,836
Quatro ou mais vezes por semana	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,836
Total	377		8		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	233	97,49	6	2,51	239	100,00	
Menor ou igual a duas doses	29	100,00	0	0,00	29	100,00	0,411
Mais de duas até oito doses	43	97,73	1	2,27	44	100,00	0,925
Mais de oito doses	24	100,00	0	0,00	24	100,00	0,458
Total	329		7		336		
Uso de drogas							
Não	375	97,91	8	2,09	383	100,00	
Sim	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,836
Total	377		8		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 22. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Abordagem do tema violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	194	97,49	5	2,51	199	100,00	
Uma vez por mês ou menos	93	97,89	2	2,11	95	100,00	0,983
Duas ou quatro vezes por mês	69	98,57	1	1,43	70	100,00	0,674
Duas a três vezes por semanas	11	100,00	0	0,00	11	100,00	0,624
Quatro ou mais vezes por semana	10	100,00	0	0,00	10	100,00	0,641
Total	377		8		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	170	97,70	4	2,30	174	100,00	
Menor ou igual a duas doses	30	100,00	0	0,00	30	100,00	0,402
Mais de duas até oito doses	59	96,72	2	3,28	61	100,00	0,470
Mais de oito doses	70	98,59	1	1,41	71	100,00	0,654
Total	329		7		336		
Sensação de que o parceiro deveria reduzir a quantidade de álcool							
Não	68	98,55	1	1,45	69	100,00	
Sim	114	98,28	2	1,72	116	100,00	0,749
Não se aplica	195	97,50	5	2,50	200	100,00	0,546
Total	377		8		385		

Tabela 22. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Não		Abordagem do tema violência Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Parceiro se sente aborrecido quando criticado em razão da maneira como bebe							
Não	139	99,29	1	0,71	140	100,00	
Sim	42	95,45	2	4,55	44	100,00	0,224
Não se aplica	195	97,50	5	2,50	200	100,00	0,551
Total	376		8		384		
Uso de drogas							
Não	368	98,13	7	1,87	375	100,00	0,075
Sim	9	90,00	1	10,00	10	100,00	
Total	377		8		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 23. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Abordagem do tema violência						
	Não		Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Negociação							
Não	2	100,00	0	0,00	2	100,00	0,836
Sim	375	97,91	8	2,09	383	100,00	
Total	377		8		385		
Viol. psicológica leve							
Não	98	98,00	2	2,00	100	100,00	0,949
Sim	279	97,89	6	2,11	285	100,00	
Total	377		8		385		
Viol. psicológica grave							
Não	299	99,01	3	0,99	302	100,00	0,004*
Sim	78	93,98	5	6,02	83	100,00	
Total	377		8		385		
Viol. física leve							
Não	312	98,42	5	1,58	317	100,00	0,137
Sim	65	95,59	3	4,41	68	100,00	
Total	377		8		385		
Viol. física grave							
Não	351	98,04	7	1,96	358	100,00	0,539
Sim	26	96,30	1	3,70	27	100,00	
Total	377		8		385		

Tabela 23. Associação entre tática de resolução de conflitos empregada pelo parceiro em relação à mulher e abordagem do tema violência, pelo profissional de saúde, durante a consulta. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Abordagem do tema violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Lesão leve							
Não	345	98,29	6	1,71	351	100,00	0,103
Sim	32	94,12	2	5,88	34	100,00	
Total	377		8		385		
Lesão grave							
Não	369	97,88	8	2,12	377	100,00	0,677
Sim	8	100,00	0	0,00	8	100,00	
Total	377		8		385		
Coerção sexual leve							
Não	293	97,67	7	2,33	300	100,00	0,509
Sim	84	98,82	1	1,18	85	100,00	
Total	377		8		385		
Coerção sexual grave							
Não	365	97,86	8	2,14	373	100,00	0,608
Sim	12	100,00	0	0,00	12	100,00	
Total	377		8		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

A tabela 23 apresenta os resultados da análise que buscou associações entre a tática violenta de resolução de conflito adotada pelo parceiro íntimo contra a mulher e a abordagem sobre o tema violência, durante a consulta, por parte do profissional de saúde. Conforme se vê na referida tabela, evidenciou-se associação entre a abordagem do profissional acerca do tema mencionado e a violência psicológica grave como estratégia de resolução de conflito. Os profissionais abordaram o tema violência de forma mais frequente entre pacientes que foram vítimas de tal modalidade de agressão.

Embora não se tenha verificado associações significativas do ponto de vista estatístico, importa destacar que os profissionais de saúde também abordaram o tema violência com maior frequência entre mulheres que já haviam sido vitimadas por seus parceiros pelas condutas classificadas como “violência física leve” e “lesão leve” (tabela 23).

5.6 Fatores associados à ocorrência de VPI entre mulheres que realizaram o exame preventivo.

A tabela 24 exibe os resultados advindos da investigação por associações entre variáveis sociodemográficas da mulher e a ocorrência de qualquer tipo de VPI ao longo dos últimos 12 meses. A zona administrativa se mostrou associada à ocorrência de VPI e, conforme os dados, mulheres que realizaram buscaram atendimento para realização do exame colpocitopatológico em UBS da zona sul, foram vitimadas com maior frequência por seus parceiros do que aquelas atendidas em outras regiões da cidade.

Embora não se tenha verificado associação em relação à variável faixa etária, é importante ressaltar que a faixa etária de maior ocorrência de VPI foi entre 50 e 59 anos. A cor da pele da mulher, conforme indicam os dados, não se mostrou associada à ocorrência de VPI (tabela 24).

A variável que “escolaridade” se mostrou associada à ocorrência de VPI e os resultados sugerem que as mulheres que possuem formação de nível superior, são proporcionalmente menos vitimadas por seus parceiros do que aquelas com menor nível de formação (tabela 24).

As variáveis “renda familiar” e “renda própria” não apresentaram significância do ponto de vista estatístico para ocorrência de VPI. Já no que se refere à variável que indica a quantidade de moradores na residência em que a mulher habita, se mostrou associada à ocorrência de VPI e, conforme os dados, mulheres que habitam residências com 3 a 5 pessoas foram proporcionalmente menos vitimadas por seus parceiros do que aquelas que habitam em moradias com 1 ou 2 pessoas (Tabela 24).

Os gráficos de 1 a 7 apresentam a distribuição somente das mulheres que foram rastreadas pelo instrumento CTS2 como vítimas de algum tipo de VPI, conforme variáveis inerentes ao exame colpocitopatológico. Tal abordagem tem o intuito de permitir a visualização da proporção de mulheres vítimas que passaram pela consulta e tiveram acesso à melhor assistência, do ponto de vista da detecção e assistência às vítimas de VPI. Para cada variável, as categorias classificadas como “críticas” são exibidas em tons de vermelho e aquelas classificadas como “adequadas” são exibidas em tons de cinza. Para variáveis com mais de duas categorias, quanto mais escuro o tom de vermelho, mais crítica a categoria e, quanto mais claro o tom de cinza, mais adequada é a categoria.

Tabela 24. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e ocorrência de VPI. Manaus, 2023. (Continua)

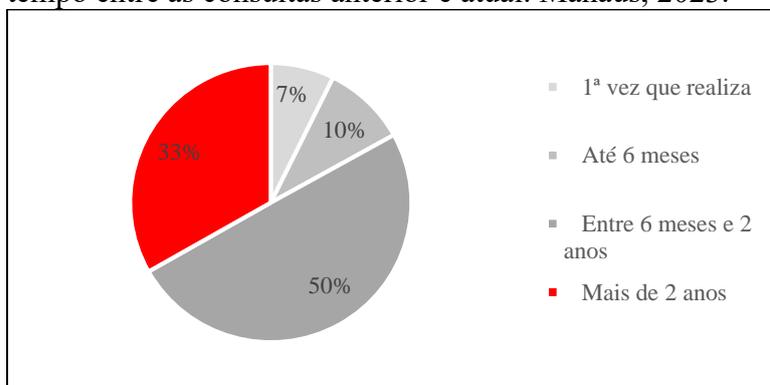
Variável	Ocorrência de violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Zona							
Norte	23	23,96	73	76,04	96	100,00	
Sul	12	12,37	85	87,63	97	100,00	0,009*
Leste	23	23,47	75	76,53	98	100,00	0,647
Oeste	26	27,66	68	72,34	94	100,00	0,115
Total	84		301		385		
Faixa etária							
18-29 anos	16	19,75	65	80,25	81	100,00	
30-39 anos	27	26,21	76	73,79	103	100,00	0,213
40-49 anos	27	22,13	95	77,87	122	100,00	0,934
50-59 anos	7	13,21	46	86,79	53	100,00	0,100
60 anos ou mais	7	28,00	18	72,00	25	100,00	0,444
Total	84		300		384		
Cor da pele							
Preta	6	20,00	24	80,00	30	100,00	
Parda	72	23,00	241	77,00	313	100,00	0,240
Branca	6	15,00	34	85,00	40	100,00	0,270
Indígena	0	0,00	2	100,00	2	100,00	0,454
Total	84		301		385		

Tabela 24. Associação entre variáveis sociodemográficas da mulher e ocorrência de VPI. Manaus, 2023. (Continua)

Variável	Não		Ocorrência de violência Sim		Total	%	p
	n	%	n	%			
Escolaridade							
Sem formação	1	25,00	3	75,00	4	100,00	
EF incompleto	14	17,72	65	82,28	79	100,00	0,323
EF completo	3	27,27	8	72,73	11	100,00	0,657
EM incompleto	6	31,58	13	68,42	19	100,00	0,291
EM completo	41	19,71	167	80,29	208	100,00	0,278
ES incompleto	4	20,00	16	80,00	20	100,00	0,840
ES completo	15	34,09	29	65,91	44	100,00	0,036*
Total	84		301		385		
Renda familiar							
< 1 SM	23	22,12	81	77,88	104	100,00	
≥ 1 SM a < 3 SM	51	21,16	190	78,84	241	100,00	0,753
≥ 3 SM a < 5 SM	8	25,00	24	75,00	32	100,00	0,633
≥ 5 SM	1	16,67	5	83,33	6	100,00	0,764
Total	83		300		383		
Renda própria							
Não	38	20,88	144	79,12	182	100,00	
Sim	46	22,66	157	77,34	203	100,00	0,673
Total	84		301		385		
Nº de residentes na moradia							
1-2	9	11,69	68	88,31	77	100,00	
3-5	67	26,07	190	73,93	257	100,00	0,004*
6 ou mais	8	15,69	43	84,31	51	100,00	0,255
Total	84		301		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras

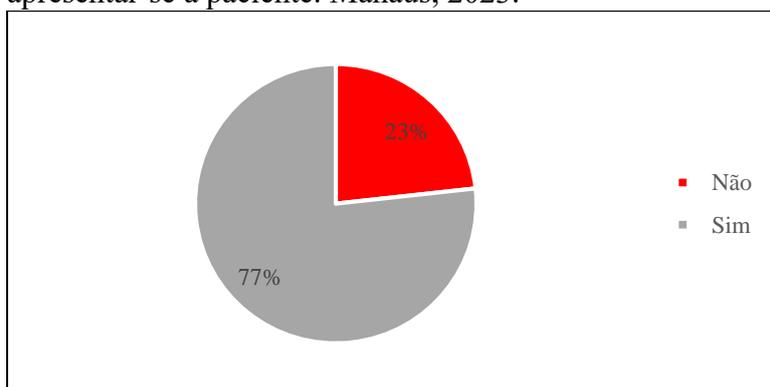
Gráfico 1. Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo tempo entre as consultas anterior e atual. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Conforme o gráfico 1, 33% das mulheres vítimas de VPI realizaram seu exame preventivo anterior há mais de dois anos, ou seja, o restante dessas mulheres (67%) retornou para esse tipo de consulta em no máximo 2 anos. Já o gráfico 2, demonstra que o profissional não se apresentou a quase 1/4 das vítimas de VPI que passaram por atendimento para exame de preventivo de câncer de colo uterino.

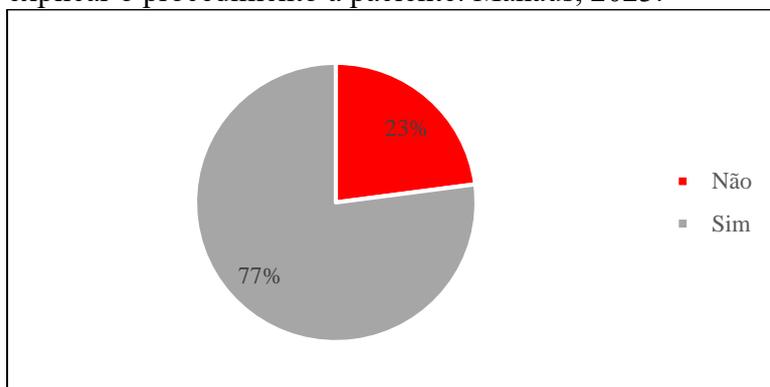
Gráfico 2 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de apresentar-se à paciente. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Em seguida, no gráfico 3, nota-se que o profissional deixou de explicar o procedimento de coleta a 23% das vítimas de violência que passaram por atendimento.

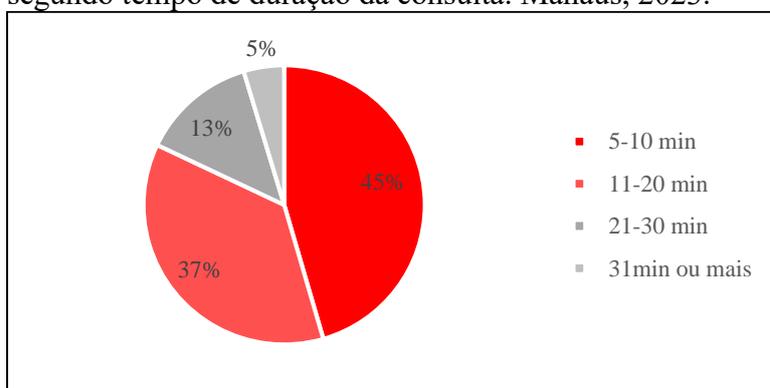
Gráfico 3 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de explicar o procedimento à paciente. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

No que tange ao tempo destinado ao atendimento, é possível observar que somente 18% das mulheres vítimas de VPI da amostra tiveram consulta com duração superior a 20 minutos (gráfico 4).

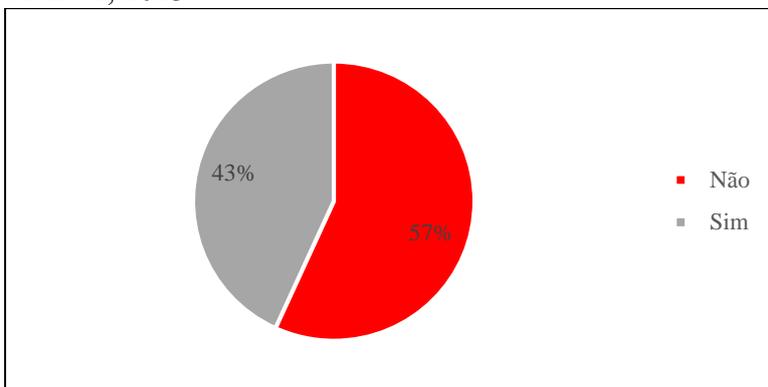
Gráfico 4 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo tempo de duração da consulta. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

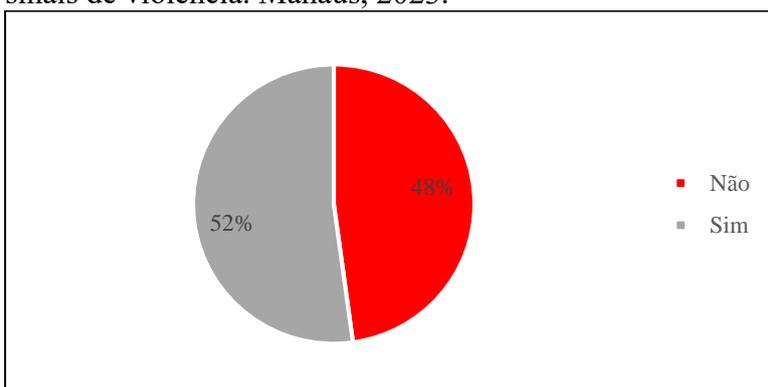
Quanto à investigação de hábitos e comportamentos 57% das pacientes vítimas de VPI não foram questionadas pelo profissional acerca desses fatores (gráfico 5). Já no que se refere ao exame de sinais de violência, por parte do profissional, quase metade das mulheres vítimas não foi examinada (gráfico 6). O gráfico 7 mostra ainda que em quase a totalidade dos atendimentos cuja paciente era vítima de VPI, o profissional não abordou o tema violência.

Gráfico 5 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo adoção, por parte do profissional, da conduta de investigar sobre hábitos e comportamentos da paciente. Manaus, 2023.



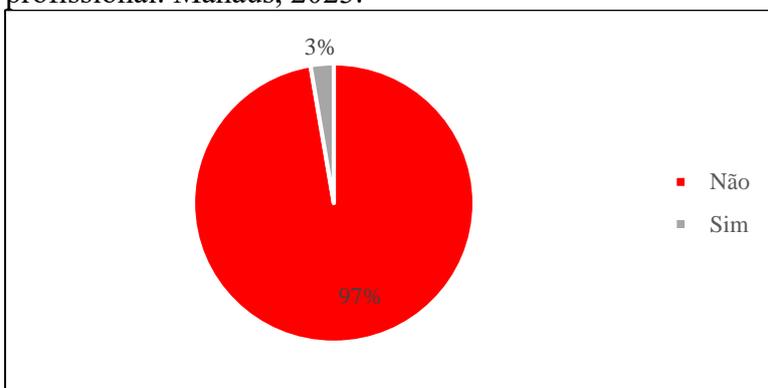
Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Gráfico 6 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo realização, por parte do profissional, de exames de sinais de violência. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Gráfico 7 – Distribuição das mulheres vítimas de VPI segundo abordagem do tema violência, por parte do profissional. Manaus, 2023.



Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 25. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pela mulher e ocorrência de VPI. Manaus, 2023.

Variável	Ocorrência de violência						p
	Não		Sim		Total	%	
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	61	22,10	215	77,90	276	100,00	
Uma vez por mês ou menos	15	20,83	57	79,17	72	100,00	0,822
Duas ou quatro vezes por mês	8	24,24	25	75,76	33	100,00	0,724
Duas a três vezes por semanas	0	0,00	2	100,00	2	100,00	0,454
Quatro ou mais vezes por semana	0	0,00	2	100,00	2	100,00	0,454
Total	84		301		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	55	23,01	184	76,99	239	100,00	
Menor ou igual a duas doses	7	24,14	22	75,86	29	100,00	0,838
Mais de duas até oito doses	11	25,00	33	75,00	44	100,00	0,686
Mais de oito doses	3	12,50	21	87,50	24	100,00	0,219
Total	76		260		336		
Uso de drogas							
Não	83	21,67	300	78,33	383	100,00	
Sim	1	50,00	1	50,00	2	100,00	0,333
Total	84		301		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

Tabela 26. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e ocorrência de VPI. Manaus, 2023. (continua)

Variável	Ocorrência de violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Frequência de consumo de álcool							
Nunca	45	22,61	154	77,39	199	100,00	
Uma vez por mês ou menos	20	21,05	75	78,95	95	100,00	0,835
Duas ou quatro vezes por mês	15	21,43	55	78,57	70	100,00	0,930
Duas a três vezes por semanas	3	27,27	8	72,73	11	100,00	0,657
Quatro ou mais vezes por semana	1	10,00	9	90,00	10	100,00	0,359
Total	84		301		385		
Quantidade ingerida							
Nenhum	42	24,14	132	75,86	174	100,00	
Menor ou igual a duas doses	5	16,67	25	83,33	30	100,00	0,414
Mais de duas até oito doses	15	24,59	46	75,41	61	100,00	0,684
Mais de oito doses	14	19,72	57	80,28	71	100,00	0,511
Total	76		260		336		
Sensação de que o parceiro deveria reduzir a quantidade de álcool							
Não	13	18,84	56	81,16	69	100,00	
Sim	26	22,41	90	77,59	116	100,00	0,853
Não se aplica	45	22,50	155	77,50	200	100,00	0,736
Total	84		301		385		

Tabela 26. Associação entre variáveis referentes ao uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e ocorrência de VPI. Manaus, 2023. (Conclusão)

Variável	Ocorrência de violência				Total	%	p
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Parceiro se sente aborrecido quando criticado em razão da maneira como bebe							
Não	34	24,29	106	75,71	140	100,00	
Sim	5	11,36	39	88,64	44	100,00	0,073
Não se aplica	45	22,50	155	77,50	200	100,00	0,757
Total	84		300		384		
Uso de drogas							
Não	82	21,87	293	78,13	375	100,00	
Sim	2	20,00	8	80,00	10	100,00	0,888
Total	84		301		385		

Fonte: Dados coletados pelas pesquisadoras.

A tabela 25 apresenta os resultados da análise que buscou por associações entre a ocorrência de VPI e o uso e abuso de álcool e outras drogas por parte das mulheres e, como se pode observar, não foram evidenciadas tais associações. No entanto, ainda assim, é preciso destacar que a proporção de ocorrência de VPI foi maior entre as mulheres que relataram ingerir álcool com maior frequência e, da mesma forma, entre as mulheres que consomem mais de 8 doses por ocasião.

Já a tabela 26, exibe os resultados oriundos da análise que objetivou verificar a existência de associações entre o uso e abuso de álcool e outras drogas pelo parceiro íntimo e a ocorrência de VPI contra a mulher. Embora os dados não tenham revelado associações significativas do ponto de vista estatístico, importa ressaltar que a proporção de ocorrência de violência foi maior entre as mulheres que relataram conviver com um parceiro que ingere álcool quatro ou mais vezes por semana. O mesmo se verifica em relação àquelas mulheres que relataram que o parceiro se sente aborrecido quando criticado em relação à maneira como bebe.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico da mulher em relacionamento íntimo usuária do exame colpocitopatológico em UBS.

Conforme demonstrado no capítulo anterior, o perfil das mulheres componentes da amostra, usuárias do exame colpocitopatológico em UBS do município de Manaus, tem média de idade entre 30 e 49 anos, cor parda, ensino médio completo, renda familiar que pode variar de 1 salário-mínimo até próximo de 3 salários-mínimos. O que corrobora com estudo anterior de Rosa et.al (2018).

Percebe-se que mesmo que metade das mulheres obtêm renda própria, é relevante notar que a outra parte próxima da metade não tem independência financeira e as participantes residem em moradias de 3 a 5 pessoas. O que se infere é que talvez haja uma relação de poder que envolve as mulheres que não possuem sua própria renda, resultando na submissão da mulher na relação afetiva (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

As mulheres em sua maioria estão retornando para atendimento relacionado ao exame colpocitopatológico, vide tabela 2, no capítulo anterior. Isso demonstra a possibilidade do profissional acompanhar a paciente, de maneira periódica, em cuidados de saúde, munindo-se de suas informações e, no âmbito da atuação interdisciplinar, somando-se ao acompanhamento de outros colegas profissionais (COELHO et.al. 2018; NJAINE et.al, 2020). Consoante, a autoidentificação do profissional e a explicação do procedimento, logo no início da consulta,

podem contribuir para o acolhimento da mulher, criação de vínculo e possibilitar um atendimento de forma empática demonstrando que os profissionais da APS se encontram de maneira estratégica para assistir mulheres vítimas de violência (SANTOS; FREITAS, 2017; LIMA et.al,2021).

O tempo de consulta, entretanto, demonstra-se rápido, de até 20 minutos para a maioria das mulheres que realizaram o exame preventivo, sendo que, para uma parcela importante dessas usuárias, a consulta não superou nem mesmo 10 minutos, o que pode dificultar orientações acerca do autocuidado, prevenção, controle e tratamento de doenças por não obter tempo hábil para estabelecimento de comunicação com a mulher (RIBEIRO; GÓES, 2021). E ainda, a maioria das mulheres não foram questionadas sobre hábitos e comportamentos pessoais da sua rotina nem investigadas sobre seu relacionamento íntimo. Apesar da consulta ginecológica ser focada apenas para a realização do exame é possível trabalhar a saúde da mulher de maneira integral construindo vínculo ou mesmo realizando a manutenção do mesmo para tratar possíveis conflitos que a mulher venha ter na sua vivência (CATAFESTA et.al, 2015).

Conforme demonstrado, a maioria das mulheres componentes da amostra não consome bebida alcoólica. E quase sua totalidade não usa drogas. Em relação aos seus parceiros há um número menor de indivíduos que não faz uso de bebidas alcoólicas, entretanto, ainda assim mantem-se acima da metade. Quanto ao uso de drogas quase a totalidade dos parceiros não faz uso. O uso abusivo de álcool e drogas, principalmente por parte do parceiro é uma das causas de violência contra a mulher (TEOFILO et.al, 2019; MASCARENHAS et.al, 2020).

Apesar de o uso de bebida alcoólica ter papel significativo na perpetração de VPI, a amostra demonstrou que a maioria das mulheres, assim como seus parceiros não fazem uso abusivo de bebida alcoólica, o que pode representar menor risco de VPI perpetrada pelo parceiro. Entretanto, cabe evidenciar possível viés de informação ao considerar o relato da participante, pois é assunto delicado, que pode provocar constrangimento em falar sua situação real, tendo em vista que VPI é um assunto estigmatizado (MASCARENHAS et.al, 2020).

A partir de uma visão geral sobre os dados percebe-se que quase a totalidade dos parceiros utilizaram de alguma alternativa de negociação não violenta durante um conflito com sua parceira íntima ao longo dos 12 meses anteriores, entretanto, não significa que nesse mesmo período não se valeu, em algum momento, do uso da violência. Percebe-se que muitas mulheres sofreram violência psicológica leve. Este tipo de violência é o mais comum nos

relacionamentos, detectou-se em 74,03% da amostra. A violência psicológica leve é invisível e tratada de forma naturalizada dentro de relacionamento íntimo (VASCONCELOS et.al, 2016).

A violência psicológica pode ser uma consequência da desigualdade de gênero dentro da relação, assim como a imposição do patriarcado, exercendo controle sobre a vítima e uma forma de retirar a autonomia dessa mulher. Percebe-se que a violência psicológica pode ser precursora de outros tipos de violência, e ainda, quando há outros tipos de violência geralmente a violência psicológica está presente de maneira simultânea (MOREIRA; COSTA, 2020; VASCONCELOS et.al, 2016).

A escala de detecção de violência utilizada, CTS-2, detectou que 301 mulheres sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Destaca-se, como já dito, que a mesma mulher pode ter vivenciado mais de um tipo de violência. Em estudos semelhantes, percebeu-se alta prevalência de VPI em mulheres entrevistadas, principalmente quanto a violência psicológica. Esta que é considerada o início das agressões podendo evoluir para outras formas de violência, como a física, o que pode culminar em feminicídio (ROSA et.al, 2018; BARROS et.al, 2016).

A coerção sexual grave e a lesão grave foram menos prevalentes do que a violência psicológica. Para Barros et.al (2016), a violência psicológica tem frequência mais elevada, seguindo-se da física e sexual.

A mulher, na maioria dos casos, somente procura atendimento de saúde ou auxílio policial quando a violência ultrapassa a barreira do dano psicológico e passa a deixar lesões decorrentes da violência física (MASCARENHAS et.al, 2020).

Há diversos motivos que podem explicar a vítima de violência não frequentar a unidade de saúde como vergonha, medo, sentir-se culpada e inviabilizada com a ocorrência da violência (OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). Evidencia-se o medo das mulheres em realizar o exame por expectativa de dor durante o procedimento e sobre o profissional que irá examiná-la (RAFAEL; MOURA, 2017).

6.2 Fatores sociodemográficos associados à adoção de condutas favoráveis a detecção de VPI durante a realização do exame colpocitopatológico.

Pode-se perceber que na zona oeste do município de Manaus os profissionais adotaram mais a conduta de investigar as mulheres que realizaram o exame colpocitopatológico tendo como parâmetro a zona norte de Manaus, esta que obteve a menor frequência em relação as outras zonas administrativas do município. A investigação do relacionamento íntimo é uma oportunidade para a mulher sinalizar que está sendo vítima de VPI, ou mesmo obter orientações

sobre os limites de um conflito dentro do relacionamento, demonstrando que os profissionais são aptos para identificar mulheres que vivenciam a VPI (MENEZES et.al, 2014).

Em relação à investigação de hábitos e comportamentos pessoais da mulher que realizou o exame, observou-se que a zona oeste também obteve maior frequência na adoção dessa conduta em comparação, com a zona norte do município. Compreender hábitos e comportamentos da mulher abre espaço para verificar comportamentos sexuais de risco, baixa autoestima, transtorno alimentar ou do sono que são evidenciados frequentemente em mulheres que são agredidas pelo parceiro (BARROS et.al, 2016).

E chegando ao ponto de abordar o tema violência durante a consulta ginecológica para realização do exame colpocitopatológico, apenas 8 mulheres da amostra de 385 participantes afirmaram terem sido abordadas acerca do tema. Nenhuma mulher foi abordada quanto ao tema violência na zona norte do município de Manaus. O foco dos profissionais parece estar centrado em atender as demandas do serviço, e não proporcionar atendimento integral à saúde da mulher (CATAFESTA et.al, 2015).

Tendo como parâmetro estatístico a faixa etária de 18-29 anos, mulheres com mais de 60 anos são investigadas quanto ao seu relacionamento íntimo com mais frequência assim como, examinadas por sinais de violência, apesar de não ter sido verificada significância do ponto de vista estatístico.

Segundo Teófilo et.al (2019), idosas representaram a menor frequência de casos, independentemente do tipo de violência, e ocuparam o segundo posto de maior frequência para negligência. Isto posto, considera-se que as duas condutas adotadas pelo profissional podem não ter detectado VPI e estima-se que foram utilizadas ao acaso.

Observou-se que os profissionais adotaram com mais frequência a investigação de hábitos e comportamentos de mulheres na faixa reprodutiva de 30 a 39 anos de idade. Entende-se que os profissionais da saúde adotem essa conduta para a detecção de câncer do colo uterino, conforme previsto no protocolo do exame em questão (BRASIL, 2013).

A adoção de conduta de abordar o tema violência foi mais frequente em mulheres de idade entre 50 a 59 anos. O enfermeiro pode orientar as mulheres sobre prevenção do câncer de colo uterino, desta forma é possível agregar também orientações acerca da VPI com propósito não apenas de identificar, mas informar características que permeiam o tema (CARVALHO; ALTINO; ANDRADE, 2018; MENEZES et.al, 2014).

Conforme já descrito, os profissionais de saúde adotaram com maior frequência a conduta de investigar o relacionamento íntimo entre pacientes que cursaram o ensino médio,

quando comparadas àquelas “sem formação”. E ainda, o exame de sinais de violência se deu com mais frequência em mulheres com ensino superior completo se comparadas a mulheres que tem o ensino médio. Vale ressaltar que os dois achados mencionados, não se mostraram significativos do ponto de vista estatístico. Entretanto, é preciso destacar como limitação do estudo, o fato de que tais condutas profissionais para detecção de VPI, não integram expressamente o rol de condutas do exame preventivo do câncer de colo uterino, pois, o foco do referido protocolo está no rastreio do câncer de colo e não na detecção de VPI. Assim, é esperado que tais condutas não sejam de fato o cerne da atuação profissional nas consultas aqui discutidas, outrossim, o dado obtido é válido no sentido de demonstrar a iniciativa do profissional, a despeito do protocolo formal, em direcionar o olhar a outros aspectos relevantes à saúde da mulher.

Neste contexto, é imprescindível que o profissional esteja apto para identificar mulheres em vivência de VPI e, assim proceder com o encaminhamento para a rede de enfrentamento e assistência, de tal forma que o serviço de saúde não constitua mais um obstáculo para as vítimas. Desta forma, o atendimento da saúde feminina implica na construção de vínculo, sendo que o acolhimento é mais que uma triagem qualificada ou escuta ativa, é a capacidade de identificar e promover intervenções assertivas às demandas das usuárias (MENEZES et.al, 2014; SANTOS et.al, 2020; MEDONÇA et.al, 2011)

Quanto à cor da pele verificou-se que os profissionais adotaram com menor frequência a conduta de investigar hábitos e comportamentos pessoais da mulher autodeclarada branca, apesar de estudos evidenciarem que a maior prevalência de VPI se dá em mulheres pretas ou pardas. É importante o profissional adotar a conduta de investigar hábitos e comportamentos, a qual preconizada pelo MS, sem distinção de raça ou cor para favorecer a identificação de possíveis demandas da saúde feminina (BARROS et.al, 2016).

Os dados demonstram que mulheres que possuem renda própria foram investigadas, com maior frequência, quanto ao relacionamento íntimo. Entretanto, ainda mais importante é investigar o relacionamento íntimo de mulheres que não possuem renda, aquelas que dependem economicamente do seu parceiro, pois a renda impacta na autonomia, empoderamento e se mostra como um fator de risco para VPI (TEOFILO et.al, 2019; LINDNER et.al, 2015)

6.3 Fatores inerentes ao exame colpocitopatológico associados à adoção de condutas favoráveis a detecção de VPI

Verifica-se na pesquisa que as mulheres que realizaram seu último exame até 6 meses atrás são investigadas com maior frequência sobre o relacionamento íntimo, diferentemente das

mulheres que realizaram seu último exame preventivo há mais dois anos atrás. Geralmente o retorno breve com o enfermeiro se deve a alguma alteração no resultado do exame, e/ou a necessidade de repeti-lo, assim abre-se um caminho para criação de vínculo entre profissional e paciente neste momento dando oportunidade para investigar outros aspectos da saúde da mulher. Ao contrário, quando a mulher passa mais de dois anos sem retornar para realizar seu exame há grande probabilidade de não ser possível a criação de um vínculo com o profissional além de uma possível detecção de violência, isso devido também a fatores de acesso ao atendimento e condições de vida pessoais (SEBOLD et.al. 2017; MENDONÇA et.al, 2011).

Mulheres que realizaram seu último exame até 6 meses atrás são geralmente investigadas quanto a seus hábitos e comportamentos, entretanto o mesmo não se verifica em relação ao exame por sinais de violência apesar de tal achado não ter sido significativo do ponto de vista estatístico ($p > 0,05$). Aponta-se a adoção da conduta de investigação de hábitos e comportamentos com maior frequência para mulheres que já são usuárias da UBS e que retornam ao serviço de saúde em intervalos menores de tempo, o que possibilita a manutenção de vínculo e responsabilização do profissional pela promoção de saúde (BRASIL, 2013; MEDONÇA et.al, 2011; SEBOLD et.al, 2017).

Quando o profissional se apresenta para a paciente e explica o procedimento de coleta ele acaba por investigar mais sobre o relacionamento íntimo e hábitos e comportamentos pessoais da mulher. Estima-se que a adoção de tais condutas fomenta a criação de vínculo, a partir de esclarecimentos acerca do exame, chamar a paciente pelo nome como cumprimentá-la, dispensando atenção completa para aquela usuária (MEDEIROS; SOUZA; BARBOSA, 2010). Com isso, pode-se criar um ambiente profícuo ao diagnóstico e assistência da VPI.

O tempo de consulta para realização do exame evidencia o tempo de contato que a mulher tem com o profissional da saúde, considera-se ideal, do ponto de vista do ritmo de trabalho empregado pelo profissional, o tempo de consulta de 20 minutos, sendo 3 coletas do exame colpocitopatológico por hora assim como a consulta ginecológica (MEDONÇA et.al, 2011).

Os dados evidenciam que os profissionais que investigaram o relacionamento íntimo da mulher tiveram tempo de consulta maior de 20 minutos. Este tempo, quando não apenas utilizado para entrevista inicial e realização do exame colpocitopatológico, viabiliza que um vínculo seja construído e abre espaço para que o profissional trabalhe a saúde integral da mulher (MEDONÇA et.al, 2011). No âmbito dos dados coletados, observa-se isso também em relação ao profissional que investigou hábitos e comportamentos pessoais da mulher, o qual dedicou

mais tempo de consulta, apesar de que, do ponto de vista estatístico, o dado não se mostrou significativo.

Quanto ao uso e abuso de álcool e outras drogas, percebeu-se, em relação a mulheres que relatam fazer uso de bebida alcoólica, que os profissionais adotaram com menos frequência a investigação de relacionamento íntimo. Sabe-se que uso e abuso de álcool e drogas é fator de risco para perpetração de VPI, principalmente quando o uso e abuso é realizado pelo parceiro (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016). Assim, para o diagnóstico e assistência da VPI, as informações acerca do uso e abuso de tais substâncias se mostram extremamente relevantes.

Os dados revelaram que mulheres vítimas de violência psicológica grave foram abordadas com maior frequência quanto ao tema violência. O mesmo se verifica em relação àquelas que sofreram violência física leve ou alguma lesão leve. O profissional ao adotar essa conduta descortina características da VPI potencializando a detecção e abrindo caminho para a assistência (O'DOHERTY et.al, 2015).

Conforme já mencionado, dentre as quatro condutas favoráveis à detecção de VPI elencadas no estudo, há uma que já consta no protocolo da consulta do exame colpocitopatológico, qual seja, investigar hábitos e comportamentos pessoais da paciente. Tal conduta associou-se significativamente, do ponto de vista estatístico, com a conduta de investigar o relacionamento íntimo ($p < 0,05$). E ainda, em outra vertente da análise, embora os achados não tenham se mostrado significativo do ponto de vista estatístico ($p > 0,05$), os dados demonstram que pode haver alguma relação entre a conduta de investigar hábitos e comportamentos pessoais com as condutas de examinar sinais de violência e abordar o tema violência. Logo, o profissional que adota durante a consulta ginecológica a conduta de investigar hábitos e comportamentos abre possibilidades para adoção de outras condutas favoráveis para detecção de VPI.

Para Catafesta e colaboradores (2015), demonstrar preocupações acerca das questões psicológicas, ou mesmo familiares da mulher contribui para comprovar violência e favorece a autonomia das mulheres.

Já no que se refere às condutas elencadas no estudo, mas que não fazem parte do protocolo da consulta do exame colpocitopatológico, notou-se que abordagem do tema violência associou-se estatisticamente com investigação de relacionamento íntimo ($p < 0,05$). Além disso, ainda que não tenha apresentado evidências estatísticas conforme parâmetros adotados no estudo, é possível observar indícios de relação da adoção dessa conduta com as

condutas de investigação de hábitos e comportamentos pessoais e exame de sinais de violência. Possivelmente, o profissional que aborda o tema violência por iniciativa própria também adota outras condutas favoráveis para detecção de VPI.

Estratégias que envolvem a educação da população e difusão de conhecimentos, especialmente no âmbito da atenção básica auxiliam a preencher lacunas sobre as demandas colocadas ao profissional (SEBOLD et.al, 2017). Preparar o profissional da saúde para abordar o tema violência, fornecer às mulheres informações, apoio e planejar o que seria mais seguro para a demanda da mulher contribui para encaminhamento da vítima para a rede de enfrentamento e assistência de violência e, por consequência reduz a violência e impacta a saúde e bem-estar desta mulher (O'DOHERTY et.al, 2015).

Interessante notar que a conduta de investigar o relacionamento íntimo não se associou a conduta de examinar sinais de violência. Novamente importa destacar que se trata de condutas que não estão presentes no protocolo do exame colpocitopatológico e, nesse sentido, uma vez contempladas nesse tipo de atendimento, abrir-se-ia a possibilidade de estudar o potencial para detecção de VPI quando adotadas em conjunto no espaço do exame preventivo.

Para dar visibilidade ao fenômeno violência no âmbito da saúde é necessário definir uma abordagem, delinear a intervenção técnica do profissional e qualificar os saberes que são mobilizados durante o trabalho cotidiano dos profissionais da atenção primária (D'OLIVEIRA et.al, 2009).

6.4 Fatores associados a ocorrência de VPI entre mulheres usuárias de UBS que realizaram o exame colpocitopatológico.

A zona sul do município de Manaus obteve maior frequência de VPI em mulheres que realizaram o exame preventivo do câncer de colo uterino. A faixa etária de maior frequência de VPI foi a de 50 a 59 anos. Anteriormente, demonstrou-se que os profissionais adotaram com maior frequência a conduta de abordar violência com mulheres da mesma faixa etária e, além disso, mulheres acima de 59 anos tendem a não aderir aos exames preventivos e ginecológicos quando comparadas àquelas de faixas etárias inferiores (OLIVEIRA et.al, 2019).

Mulheres que possuem ensino superior foram menos vitimadas pelos seus parceiros. Observa-se em outros estudos que demonstram que quanto maior nível de estudo menor a possibilidade da mulher sofrer VPI. Para Lindiner e colaboradores (2015), as mulheres apresentam maior vulnerabilidade, principalmente em relação à menor escolaridade e renda.

O dado acima mencionado, também se deve a fatores protetivos como empoderamento, autonomia e independência do parceiro. Segundo Silvia (2018), a coabitação também se torna um fator de risco para ocorrência de VPI. Observou-se nesta pesquisa, que mulheres que residem sozinhas ou com somente mais 1 pessoa, foram mais vitimadas do que mulheres que residem com 3 a 5 pessoas. A VPI, na maior parte das ocorrências, tem como local mais frequente a casa da vítima (TEOFILO et.al 2019). Portanto, a unidade de saúde tem a necessidade de garantir ambientes com privacidade, em que outros profissionais, familiares e outros usuários não tenham acesso ao que é relatado pela mulher, além da garantia da manutenção do sigilo por parte do profissional (D'OLIVEIRA et.al, 2009)

É importante notar que de 385 mulheres que participaram da pesquisa detectou-se que 301 mulheres sofreram algum tipo de VPI nos últimos 12 meses. Entende-se que mulheres vítimas de VPI estão frequentando em grande número as UBS e, na maior parte das vezes, passam despercebidas em relação a esse agravo. Vale lembrar que mulheres que convivem com VPI repetitiva apresentam maior frequência de uso de serviços de saúde e de problemas de saúde, em especial de saúde mental (LOURENÇO; COSTA, 2020).

As mulheres vítimas de VPI que realizaram o exame preventivo em sua maioria retornaram para realizar o exame colpocitopatológico de forma periódica. Percebe-se que há oportunidade de lidar não apenas com o rastreio de câncer do colo uterino como também detectar VPI com acolhimento e construção de vínculo, possibilitando a elas acesso a estratégias para lidar com conflitos violentos na relação com o parceiro. Entretanto, ainda há mulheres que não retornam com tanta frequência para realização do exame, possivelmente como resultado de motivos diversos, dentre os quais, sentimentos de vergonha, falta de conhecimento em relação a importância da realização do exame, condições socioeconômicas, estar em relacionamento fixo com a crença de que não é necessário realizar o exame preventivo a não ser que apareça sinais e sintomas de doenças ginecológicas (AGUILAR; SOARES, 2015).

O acolhimento é valioso quando se fala em atender a saúde da mulher em sua integralidade. O primeiro passo, é o profissional se apresentar à mulher que compareceu para realizar exame preventivo como forma de iniciar a construção de vínculo profissional – paciente (MEDEIROS et.al, 2010; MEDONÇA et.al, 2011). O presente estudo demonstrou que, no âmbito da amostra pesquisada, os profissionais não se apresentaram para ¼ das mulheres, inferindo-se que não houve iniciativa de promover o acolhimento, principalmente posto que são mulheres que sofreram VPI.

Quanto ao profissional explicar o procedimento de coleta, tem-se uma importante conduta para desmitificação de mitos acerca do rastreamento de câncer de colo uterino, para além, auxilia no estabelecimento de confiança entre profissional e paciente (SEBOLD et.al, 2017; (MEDEIROS; SOUZA; BARBOSA, 2010). Os dados revelam ainda que, em geral, quando o profissional se apresenta à paciente, ele também adota a conduta de explicar o procedimento de coleta. Verifica-se que esses profissionais utilizam suas habilidades de comunicação e de educação em saúde (CORREIO et.al, 2015; SEBOLD et.al, 2017; MEDEIROS; SOUZA; BARBOSA, 2010).

O tempo de consulta da maioria das vítimas de VPI atendidas para realização do exame colpocitopatológico foi menor que 20 minutos. Vários motivos implicam a atuação do profissional na realização do exame preventivo, entre eles a alta demanda somada a sobrecarga dos profissionais, o que pode diminuir a qualidade do atendimento integral a saúde das mulheres, deixando de acolher a demandas que concorrem a saúde reprodutiva da mulher (MEDONÇA et.al, 2011; AGUILAR; SOARES, 2015).

Desta forma, o profissional não adotou a conduta de investigar hábitos e comportamentos em mais da metade dos atendimentos de mulheres que sofreram VPI. Nota-se que essa conduta, ainda que prevista no protocolo do exame colpocitopatológico, não tem sido tomada como padrão no atendimento à mulher que realiza sua consulta ginecológica (BRASIL, 2013).

O profissional não adotou a conduta de examinar sinais de violência em quase metade das mulheres detectadas como vítimas de VPI. Apesar da conduta não ser preconizada por órgão regulador, percebe-se que mulheres vítimas se beneficiariam das consequências dessa conduta tendo acesso a informações, estratégias e possibilidades de enfrentamento (GONZALEZ et.al, 2018; O'DOHERTY et.al 2015).

Consoante, quase a totalidade das mulheres não foram abordadas em relação ao tema violência, possivelmente por não se tratar de conduta padronizada no protocolo do exame colpocitopatológico, percebeu-se que poucos profissionais tomaram a iniciativa de lidar com o tema durante o exame na unidade de saúde. A educação em saúde pode se dar de forma coletiva ou individual, entretanto a abordagem o tema violência é percebida com insegurança por parte dos profissionais por não fazer parte do curso de graduação, falta de treinamento e desconhecimento das redes de enfrentamento (LEITE et.al, 2022). Cabe evidenciar que, nos casos em que o profissional abordou o tema em questão, não é possível concluir se o

profissional abordou o tema em razão de ter detectado VPI ou se esta conduta é dada por iniciativa habitual própria do profissional.

Observou-se que as mulheres usuárias de UBS que relataram conviver com o parceiro que ingere álcool quatro ou mais vezes na semana e também as mulheres que afirmaram que seus parceiros ficam aborrecidos quando criticados sobre a maneira como bebem, sofreram VPI com maior frequência nos últimos 12 meses. Conforme estudos de fatores de risco para VPI, mulheres que relataram ingerir álcool, assim como mulheres possuem relacionamento íntimo com parceiro que ingere álcool, demonstrou-se que a ocorrência de violência é maior em comparação aos que não ingerem (VASCONCELOS; HOLANDA; ALBUQUERQUE, 2016).

Entretanto, evidencia-se que o uso abusivo do álcool não retira a responsabilidade do agressor em cometer a violência. Sabe-se que o álcool é considerado fator de risco, portanto, o agressor não se torna agressor apenas porque ingeriu álcool e outras drogas, há outros fatores que levam a compreensão do fenômeno da violência (NJAINÉ, 2020; KRUG et.al, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere ao objetivo específico “a” que propôs verificar a frequência de VPI entre usuárias do exame colpocitopatológico em UBS de Manaus/AM, conforme observado nos resultados a maioria das mulheres que realizaram o exame colpocitopatológico sofreram algum tipo de violência nos últimos doze meses. Como se pôde notar a prevalência da VPI entre o público investigado no estudo é bastante elevada, no entanto, a maior parte dos casos, permanece invisibilizada e restrita ao íntimo dos lares. Isso reforça ainda mais a necessidade de se buscar soluções no campo da saúde coletiva que possam contribuir para o enfrentamento e assistência desse agravo diretamente nocivo à saúde das mulheres e, indiretamente, à saúde da coletividade.

No que se refere às modalidades de VPI, as mulheres usuárias de UBS sofreram, em sua maioria violência psicológica. Dar visibilidade ao tema, abordá-lo tanto individualmente na consulta ginecológica quanto nos corredores da unidade de saúde abre espaço para a mulher buscar informações sobre VPI possibilitando que a violência psicológica não evolua para outros tipos de violência, assim como afirmar sua autonomia para tomar decisões acerca de suas vivências.

Além disso, para que seja possível detectar VPI entre as mulheres usuárias de UBS é necessário que o profissional privilegie o acolhimento no seu atendimento. Apresentar-se e explicar o procedimento é válido não apenas para a realização do exame colpocitopatológico para desmistificar medos acerca do procedimento como para mulheres que estão vivenciando a violência sintam-se confortáveis para partilhar essa demanda com o profissional. Nesse sentido, talvez possa ser interessante que, além da oferta de treinamento, sejam previstos em eventual atualização do protocolo de atendimento, aspectos básicos que favoreçam o acolhimento e consequente criação de vínculo entre profissional e paciente.

Já no que tange ao objetivo específico “b” que teve o intuito de verificar em que medida o profissional de saúde responsável pelo exame colpocitopatológico adotava, por sua própria iniciativa, as condutas discutidas nesta pesquisa como favoráveis ao diagnóstico e assistência da VPI contra mulheres, tem-se que a conduta de investigar hábitos e comportamentos pessoais da paciente parece ser uma das mais adotadas nas consultas, possivelmente por já constar no protocolo do exame em questão. Outrossim, percebeu-se que o profissional que utiliza alguma das condutas elencadas, utiliza mais uma ou duas condutas adjacentes. Dessa forma, o acolhimento da mulher em sua integralidade de saúde se torna efetivo quando a mulher tem um tempo de consulta maior com o profissional de saúde.

Assim, se mostra evidente que o fato de constar determinada conduta em protocolo exerce impacto positivo na adesão do profissional à respectiva conduta. Nesse sentido, uma atualização no protocolo do exame colpocitopatológico que fizesse incluir como etapas do atendimento, as condutas de investigar sobre o relacionamento íntimo; examinar sinais de violência e; abordar o tema VPI, possivelmente agregariam grande valor a essa modalidade de atendimento, para além da prevenção ao câncer de colo uterino, no que tange à atenção integral das usuárias.

Vale destacar ainda que a adoção da conduta de investigar hábitos e comportamentos da mulher, fundamental para rastreamento do câncer de colo uterino, se mostrou relacionada à adoção de outras condutas que favorecem a detecção de VPI. Sendo assim, como dito, acredita-se que o espaço para realização do exame colpocitopatológico comporta espaço para adoção de novo protocolo de atendimento que além de abranger o rastreamento do câncer de colo uterino pode funcionar para a detecção de VPI. Propriamente, por ser um espaço privativo, com a premissa de acolhimento da mulher, que aborda a saúde da mulher e seus desdobramentos e oferece uma oportunidade de o profissional prover uma assistência ainda mais ampla. Assim, pode ser importante a realização de novo estudo que possa construir, validar e verificar a efetividade, do ponto de vista do diagnóstico e assistência da VPI, de novo protocolo do exame colpocitopatológico que possa abranger as condutas mencionadas.

Ainda no tocante à adoção das condutas favoráveis ao diagnóstico e assistência à VPI por parte dos profissionais de saúde, apesar da literatura afirmar que o profissional de saúde tem dificuldades de abordar o tema VPI, a qualidade dos atendimentos pode ser positivamente impactada por treinamento, exposição de informações sobre a rede de enfrentamento e assistência, bem como sobre a colaboração de profissionais de diferentes setores. Assim, as vítimas de VPI poderão se beneficiar de um maior espaço capaz de dar visibilidade a esse agravo, tratando-o como um problema de saúde.

É importante ressaltar, como já dito, que três das condutas elencadas no estudo como favoráveis para detecção de VPI pelos profissionais, não constam no protocolo do exame colpocitopatológico e, sendo assim, há naturalmente pouco espaço para a adoção de tais condutas durante a consulta. Entretanto, é possível notar que profissionais adotam algumas condutas por iniciativa própria o que demonstra que a VPI representa uma demanda de saúde, ao menos para uma parcela desses profissionais. Sendo assim, estes profissionais podem ser elegíveis a dar visibilidade à violência contra mulher na atenção primária, proceder com encaminhamentos e informações acerca da rede de enfrentamento a violência auxiliando e

dando autonomia a mulher em vivência de VPI. Podem ainda contribuir para a construção e validação de propostas de novos protocolos da consulta do exame colpocitopatológico, tornando-o mais abrangente, para além da prevenção do câncer de colo uterino.

Concernente ao objetivo específico “c”, cujo intento foi verificar os fatores possivelmente associados à adoção, pelos profissionais de saúde, das condutas elencadas, destacou-se entre os resultados que o profissional que se apresentou e explicou procedimento do exame colpocitopatológico investigou com mais frequência o relacionamento íntimo, hábitos e comportamentos da paciente e, desta forma precisaram usar um tempo de consulta maior. Além disso, a mulher que retorna em até 6 meses obteve maior frequência na investigação de seu relacionamento íntimo. Em treinamento, os profissionais e gestores podem ser convidados a refletir sobre essa informação e considerar talvez um tempo maior de consulta, para que o profissional tenha mais tempo para se dedicar a aspectos que vão além do câncer de colo uterino, pois VPI representa importante agravo à saúde da mulher e impacta o rastreio do câncer de colo uterino.

Observou-se ainda nos resultados que os profissionais da zona administrativa oeste de Manaus adotam com mais frequência condutas de investigar o relacionamento íntimo e de hábito e comportamentos da mulher. Dar visibilidade à VPI, principalmente na porta de entrada do SUS, com profissionais atuantes na atenção básica é fundamental para o reforço da rede de enfrentamento e assistência à violência. Promover pontes entre os profissionais de diferentes zonas administrativas de Manaus, suscita a adoção de condutas seguras e acuradas para lidar com um tema, ainda hoje, temido por diferentes atores da saúde.

Por fim, no que tange às questões centrais do estudo percebe-se que menos da metade dos profissionais adotam, por iniciativa própria, as condutas elencadas no estudo como favoráveis à detecção de VPI no espaço de exame do câncer de colo uterino, destacando-se, de modo geral, os profissionais da zona oeste do município de Manaus como os mais atentos às questões inerentes à VPI. Como já explanado, os principais fatores que parecem colaborar para a adoção dessas condutas são tempo maior da consulta conjuntamente com os atos de apresentar-se a paciente e explicar o procedimento de coleta, estes que compreendem atos de acolhimento, atenção à saúde integral e estímulo à mulher usuária de UBS a trazer suas demandas em saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, RP; SOARES, DA. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista-BA. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [2]: 359-379, 2015.
- ALEXANDRA, C; FIGUEIREDO, B. Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação. **Psicologia: Teoria e Prática** – 2006, 8(2):14-39
- AMARAL, MS; GONÇALVES, AG; SILVEIRA, LCG. Prevenção do câncer de colo de útero: a atuação do profissional enfermeiro nas unidades básicas de saúde. **Revista Científica FacMais**, Volume. VIII, Número 1. Fev/Mar. Ano 2017.
- AMAZONAS EM MAPAS. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação. 4ª edição – ano base 2018, 2020.
- ARRUDA, CAM; BOSI, MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(61):321-32.
- BARROS, É. N. DE et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 591–598, fev. 2016.
- BARUFALDI, L. A. et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, 1 set. 2017.
- BASTOS, JL; DUQUIA, RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007
- BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei N.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 02/05/2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Política para as Mulheres. Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios: Norma Técnica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico]. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- CARVALHO, F.O; ALTINO K.K.M; ANDRADE E.G.S. Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. **Rev Inic Cient Ext.** 2018; 1(Esp.5): 416-24.
- CATAFESTA, G; KLEIN, DP; SILVA, EF; CANEVER, BP; LAZZARI, DD. Consulta de enfermagem ginecológica na estratégia saúde da família. **Arq. Ciênc. Saúde.** 2015, jan-mar; 22(1) 85-90.
- COELHO, E.; SILVA, A.; LINDNER, S. **Violência por Parceiro Íntimo: Definições e Tipologias.** [s.l: s.n.]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
- COELHO, EBS et. al. Políticas públicas no enfrentamento da violência por parceiro íntimo. [recurso eletrônico] — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.
- CORREIO, KDL et.al. Controle do câncer do colo do útero: ações desenvolvidas pelo enfermeiro à luz do discurso do sujeito coletivo. **J. res.: fundam. care online**, 2015. abr./jun. 7(2):2425-2439.
- CURIA, B. G. et al. Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1–19, 2020.
- D'OLIVEIRA, ALFP et.al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1037-1050, 2009.
- DATASENADO. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Instituto de pesquisa DataSenado, 2019.
- DICOLA, D; SPAAR, E. Intimate Partner Violence. **Am Fam Physician.** 2016;94(8):646-651.
- ECORSIM, S.M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, jul./dez. 2014.
- FERRANTE, F.G.; SANTOS, M.A.; VIEIRA, E.M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.
- FERREIRA, BO; NEVES, ALM. Reflexões sobre o feminicídio no contexto da pandemia de Covid-19 no Amazonas. **Revista espaço acadêmico**, n 224, set-out, 2020.

- FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999
- GERHARDT, TE; SILVEIRA, DT. **Método de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIRIANELLI, VR; FERREIRA, AP; VIANNA, MB et.al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cad. Saúde Colet.**, 2018, Rio de Janeiro, 26 (3): 318-326. DOI: 10.1590/1414-462X201800030075.
- REINGLE GONZALEZ, J. M. et al. Violence against women increases cancer diagnoses: Results from a meta-analytic review. **Preventive Medicine**, v. 114, p. 168–179, set. 2018.
- KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **The Lancet**, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, out. 2002..
- LEITE, FMC; AMORIM, MHC; GIGANTE, DP. Implicações das violências contra as mulheres sobre a não realização do exame citopatológico. **Rev Saude Publica**. 2018;52:89.
- LIMA, CSA et.al. Atuação multiprofissional à mulher vítima de violência doméstica: assistência da Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** Vol.13(5), 2021.
- LINDNER et.al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(4):815-826, abr, 2015.
- LOURENCO, L.M; COSTA, D.P. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 1-18, jan. 2020.
- MARQUES, KA; MELO, AF. Abordagens metodológicas no campo da pesquisa científica, Simpósio de Metodologias Ativas - Inovações para o Ensino e a aprendizagem na Educação básica e superior & III Simpósio do Mestrado Profissional em Gestão Organizacional/III CIIE, Blucher Education Proceedings, Volume 2, 2017.
- MASCARENHAS, MD; TOMAZ, GR; MENESES, GM; RODRIGUES, MT; PEREIRA, VO; CORASSA, RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011–2017. **Rev Bras Epidemiol**, 2020.
- MCKIBBIN, A; GILL-HOPPLE, K. Intimate Partner Violence, What Health Care Providers Should Know. **Nurs Clin N Am**, vol. 53, 2018. p.177–188.
- MEDEIROS, FA; ARAÚJO-SOUZA, GC; ALBUQUERQUE-BARBOSA, AA; CLARA-COSTA, IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. salud pública**. 12 (3): 402-413, 2010.

- MENDONÇA, FAC; SAMPAIO, LRL; LINARD, AG; SILVA, RM; SAMPAIO, LL. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 12, núm. 1, jan-mar, 2011, pp. 57-64.
- MENEZES, P.R.M et al. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 23, n. 3, 2014.
- MINAYO, MCS. **Violência e saúde**. [s.l.] Editora Da Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- MUSSI, RF; MUSSI, LM; ASSUNÇÃO, ET; MUNES, CP. Pesquisa Quantitativa e/ou Qualitativa: distanciamentos, aproximações e possibilidades. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v.7, n., p. 414-430, jul-dez, 2019.
- MYNAYO, MCS; SOUZA, ER; SILVA, MMA; ASSIS, SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2007-2016, 2018.
- NETTO, L.A et al. As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 2, e07120015, 2017.
- NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. **Impactos da Violência na Saúde** [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020.
- O'DOHERTY, L et.al. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015.
- OLIVEIRA D.S; SÁ A.V; GRAMACHO R.C.C.V; SILVA R.C.V; OLIVEIRA J.S. Atuação da enfermeira frente aos fatores que interferem na adesão de mulheres idosas ao exame de Papanicolau. **Rev Enferm Contemp**. 2019;8(1):87-93.
- OLIVEIRA, CMN; CAVALCANTE, LL. Violência contra a mulher na cidade de Manaus Amazonas: um estudo sobre a importância da rede de atendimento para as mulheres. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019.
- OSIS, MJD; DUARTE, GA; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev Saúde Pública**, 2012;46(2):351-8.
- PRODANOV, CC; FREITAS, EC. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

- RAFAEL, RMR; MOURA, ATMS. Violência física grave entre parceiros íntimos como fator de risco para inadequação no rastreamento do câncer de colo de útero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00074216, 2017.
- REIS, LN. Violência doméstica e aspectos cognitivos do agressor: análise quantitativa. Ribeirão Preto, 2016.
- RIBEIRO, LL; GÓES, ACF. Processo de trabalho de enfermeiras na consulta ginecológica. **Rev Enferm Contemp**. 2021; 10(1):51-59.
- ROSA, DOA et.al. Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, V. 42, N. Especial 4, p. 67-80, Dez 2018.
- SANTOS, IB; LEITE, FMC; AMORIM, MHC; MACIEL, PMA; GIGANTE, DP. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1935-1946, 2020.
- SANTOS, WJ; FREITAS, MIF. Fragilidades e potencialidades da rede de atendimento às mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. REME – **Rev Min Enferm**. 2017. DOI: 10.5935/1415-2762.20170058
- SCHRAIBER, LB et.al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2007;41(3):359-67.
- SCHRAIBER, LB; BARROS, CRS; CASTILHO, EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol**. 2010.
- SEBOLD, LF, et.al. A percepção de mulheres sobre o exame preventivo de câncer uterino e os seus resultados. **J Nurs Health**. 2017.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Estatístico da Segurança Pública 2012. Amazonas: Editora UEA, 2013.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Brasília: [s.n.], 2011.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):187-192, 2000.
- SILVA, ACLG; COELHO, EB; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1255-1262, 2014.
- SILVA, TM; LIMA, EFA; SANTANA, NMT; TAVARES, FL; PRIMO, CC; LEITE, FMC. Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência. **Rev Fun Care Online**. 2018 out/dez; 10(4):986-990.

TEOFILO, M. M. A. et al. Violência contra mulheres em Niterói, Rio de Janeiro: informações do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (2010-2014). **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 437–447, dez. 2019.

TOLOSA, TSR; CHAGAS, CAN; LIMA, CSL. Caracterização do feminicídio na cidade de belém (PA). **Rev. bras. segur. Pública**. São Paulo v. 14, n. 2, 162-177 ago/set 2020.

VACONCELOS, MS; HOLANDA, VR; ALBURQUERQUE, TT. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. *Cogitare Enferm.* 2016 Jan/mar; 21(1): 01-10.

VIDIGAL, BA; BENTES, MP; VIEIRA, SN; REIS, LN. Os desafios do combate à violência contra a mulher sob a ótica de Pierre Bourdieu. **Rev. bras. segur. Pública**. São Paulo v. 14, n. 2, 178-187 ago/set 2020

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

WILLIE, TC; KHONDKARYAN, E; CALLANDS, T; KERSHAW, T. “Think Like a Man”: How Sexual Cultural Scripting and Masculinity Influence Changes in Men's Use of Intimate Partner Violence. **Am J Community Psychol**. March 2018.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “Violência por parceiro íntimo contra mulher: o espaço do exame preventivo do câncer de colo uterino como oportunidade de detecção de violência física, psicológica e sexual”. A violência por parceiro íntimo contra mulheres é um fenômeno que vai contra os direitos humanos da vítima, assim como pode, por consequência, se constituir um agravo em saúde. O objetivo da pesquisa é verificar se a consulta do exame de câncer de colo uterino, realizada na atenção primária de saúde, pode abranger a detecção de Violência por parceiro íntimo 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 violência.

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa e serão utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: 1) um questionário sobre dados socioeconômicos, demográficos, exame colpocitopatológico e uso de álcool e drogas; 2) escala CTS-2 (*Revised Conflict Tactics Scale 2*) que trata sobre violência entre parceiros íntimos.

A violência por parceiro íntimo é um assunto delicado em que ao ser abordado, pode manifestar sentimentos de vergonha ou culpa trazendo desconforto ao participante. A sua participação envolverá riscos mínimos pelo caráter interacional da coleta de dados que poderá incorrer em possíveis desconfortos restritos a problemas de comunicação. Para minimizar estes riscos, nossa equipe de pesquisa é composta por profissionais treinados para conduzir a aplicação dos questionários de maneira adequada. Será fornecido material de informação que contém os serviços públicos de Manaus a todas as participantes e, se você apresentar intenso desconforto psíquico será realizado uma escuta qualificada com a pesquisadora psicóloga Rayza de Sousa Ramos, CRP 20/09841. Você tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A sua participação trará benefícios para o setor saúde, de modo a permitir uma compreensão do fenômeno violência por parceiro íntimo para melhorias da assistência à saúde com maior qualidade.

Os materiais fruto da coleta de dados ficarão armazenados com o pesquisador por cinco anos e após esse período serão destruídos e/ou deletados.

Esta pesquisa está sendo orientada pelo Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis, pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas e desenvolvida pela Mestranda Rayza de Sousa Ramos da Universidade do Estado do Amazonas.

Acreditamos que, através da análise dos instrumentos aplicados, poderão ser verificados propostas de ações que visam fortalecer e otimizar boas práticas de saúde e prevenção de agravos na unidade básica de saúde. E, compreender vantagens e desvantagens do exame colpocitopatológico/ consulta ginecológica para a detecção de violência por parceiro íntimo por mulheres que buscam este serviço em saúde, assim como, verificar frequência e o tipo de violência sofrida em decorrência da violência por parceiro íntimo.

Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor (a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A senhora não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento livre e esclarecido encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no endereço citado ao final deste termo e a outra será fornecida à senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo as Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa intitulada “Violência por parceiro íntimo contra mulher: o espaço do exame preventivo do câncer de colo uterino como oportunidade de detecção de violência física, psicológica e sexual”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores e auxiliares de pesquisa, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelo pesquisador.

Amazonas/Manaus, ____ de _____ de 202____

Assinatura participante

Assinatura pesquisador

Esta pesquisa está sendo orientada pelo Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis, do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas e desenvolvida pela Mestranda Rayza de Sousa Ramos da Universidade do Estado do Amazonas UEA. Caso necessite de maiores informações contate-nos por telefone 92 – 98832-5125 ou por e-mail: rayza.ramos2304@gmail.com / rdsr.msc21@uea.edu.br - Endereço: Rua Adelino Costa, nº 41, bairro Nova Cidade. CEP: 69.095-560 – Manaus – Am.

Em caso de dúvidas, relacionadas aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas Telefone: (92) 99295-9078 Email: cep.uea@gmail.com

**APÊNDICE B
INSTUMENTO DE COLETA DE DADOS.**

Nome: _____ Idade: _____

Raça/cor: _____ Escolaridade: _____

Renda familiar: R\$ _____ Possui renda própria: () Não () Sim

Número de residentes na moradia em que vive: _____

- Sobre o exame preventivo:

Qual a última vez que você realizou o exame preventivo?

1º vez que realiza o exame.	6 meses até 2 anos
Até 6 meses atrás	Mais de 2 anos

O profissional de saúde que lhe atendeu se apresentou? () Não () Sim.

O procedimento de coleta foi explicado para você? () Não () Sim

Quanto tempo durou sua consulta ginecológica? (A partir de quando entrou na sala até sua saída).

5 à 10 minutos	11 à 20 min	21 à 30 min	31min ou mais
----------------	-------------	-------------	---------------

Durante o exame, foi perguntado hábitos/comportamentos seus e de sua rotina? () Não ()

Sim

O profissional perguntou algo sobre seu relacionamento amoroso? () Não () Sim

Durante a realização do exame o (a) profissional abordou o tema violência com você?() Não

() Sim

Você já sofreu algum tipo de violência provocada pelo seu parceiro íntimo? () Não () Sim.

Se sim, qual tipo? _____

Durante o exame, você percebeu se o (a) profissional examinou se havia sinais de violência?

() Não examinou () Examinou () Não sei dizer

- Sobre o Uso/abuso de álcool e outras drogas:

Com que frequência você consome bebidas que contêm álcool?

nunca	duas a quatro vezes por mês	duas a três vezes por semanas	quatro ou mais vezes por semana
uma vez por mês ou menos			

Quando você bebe, quanto você consome de bebida alcoólica?

	Nenhum
	Menor ou igual a duas doses*

	Mais de duas e até oito
	Mais de oito doses

Uma dose corresponde uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”(SANTOS et.al, 2020).

Você faz uso de drogas? () Não () Sim

Com que frequência seu parceiro consome bebidas que contêm álcool?

	nunca
	uma vez por mês ou menos

	duas a quatro vezes por mês
--	-----------------------------

	duas a três vezes por semanas
--	-------------------------------

	quatro ou mais vezes por semana
--	---------------------------------

Quando ele bebe, quanto ele consome de bebida alcoólica?

	Nenhum
	Menor ou igual a duas doses*

	Mais de duas e até oito
	Mais de oito doses

Uma dose corresponde uma lata de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”(SANTOS et.al, 2020).

Seu parceiro faz uso de drogas? () Não () Sim

Alguma vez você já sentiu que seu parceiro deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? () Não () Sim

O seu parceiro fica aborrecido quando criticam a maneira como bebe? () Não () Sim

Percepções da pesquisadora sobre a entrevista

--

ANEXO A

Versão síntese da CTS2 – Revised Conflict Tactics Scale, adaptado e validado ao contexto brasileiro por Moraes (2002). Acrescentado coluna à direita referente à cronicidade.

“Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes, ou discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver seus problemas. Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existe diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante o último ano. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu e o número de vezes que isso aconteceu. ”

Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu companheiro, no último ano...

Item	Escala*	Comportamento	Cronicidade
1a	N	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando?	0 1 2 3
1b		Seu companheiro mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?	0 1 2 3
2a	N	Você explicou para seu companheiro o que você não concordava com ele?	0 1 2 3
2b		Seu companheiro explicou para você o que ele não concordava com você?	0 1 2 3
3a	Pm	Você insultou ou xingou o seu companheiro?	0 1 2 3
3b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3
4a	Fm	Você jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machuca-lo?	0 1 2 3
4b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3
5a	Fm	Você torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele?	0 1 2 3
5b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3

6a	Lm	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
6b		Seu companheiro teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
7a	N	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	0	1	2	3
7b		Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	0	1	2	3
8a	Cm	Você obrigou o seu companheiro a fazer sexo sem usar camisinha?	0	1	2	3
8b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
9a	Fm	Você deu um empurrão no seu companheiro?	0	1	2	3
9b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
10a	Cg	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com você?	0	1	2	3
10b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
11a	Fg	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro?	0	1	2	3
11b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
12a	Lg	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
12b		Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você?	0	1	2	3
13a	Pg	Você chamou seu companheiro de gordo, feio ou alguma coisa parecida?	0	1	2	3
13b		Seu companheiro chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida?	0	1	2	3
14a	Fg	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar?	0	1	2	3
14b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3

15a	Pg	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito?	0	1	2	3
15b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
16a	Lg	Você foi ao médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
16b		Seu companheiro foi ao médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
17a	Fg	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro?	0	1	2	3
17b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
18a	Pm	Você gritou ou berrou com seu companheiro?	0	1	2	3
18b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
19a	Fg	Você jogou o seu companheiro contra a parede com força?	0	1	2	3
19b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
20a	N	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	0	1	2	3
20b		Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	0	1	2	3
21a	Lg	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi?	0	1	2	3
21b		Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi?	0	1	2	3
22a	Fg	Você deu uma surra no seu companheiro?	0	1	2	3
22b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
23a	Fm	Você segurou seu companheiro com força?	0	1	2	3
23b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
24a	Cg	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar seu companheiro(a) a fazer sexo com você?	0	1	2	3
24b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3

25a	Pm	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão?	0	1	2	3
25b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
26a	Cm	Você insistiu em fazer sexo quando seu companheiro não queria sem usar força física?	0	1	2	3
26b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
27a	Fm	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro?	0	1	2	3
27b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
28a	Lg	Você quebrou um osso por causa de uma briga com seu companheiro?	0	1	2	3
28b		Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com você?	0	1	2	3
29a	Cg	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal com você?	0	1	2	3
29b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
30a	N	Você sugeriu que procurassem, juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	0	1	2	3
30b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
31a	Fg	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito?	0	1	2	3
31b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
32a	Cm	Você insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física?	0	1	2	3
32b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
33a	Pg	Você acusou seu companheiro de ser “ruim de cama”?	0	1	2	3
33b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
34a	Pm	Você fez alguma coisa para ofender seu companheiro?	0	1	2	3
34b		Seu companheiro fez isso com você?	0	1	2	3
35a	Pm	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro?	0	1	2	3

35b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3
36a	Lm	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro?	0 1 2 3
36b		Seu companheiro sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você?	0 1 2 3
37a	Fg	Você chutou seu companheiro?	0 1 2 3
37b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3
38a	Cg	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com você?	0 1 2 3
38b		Seu companheiro fez isso com você?	0 1 2 3
39a	N	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	0 1 2 3
39b		Seu companheiro concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	0 1 2 3

*Legenda para as Escalas: N - negociação; Pm – Agressão psicológica leve; Pg – agressão psicológica grave; Fm – agressão física leve; Fg – agressão grave; Cm – coerção sexual leve; Cg – coerção sexual grave; Lm – lesão leve; Lg – Lesão grave.

ANEXO B



ANUÊNCIA n° 08/2022 – ESAP/SEMSA

Manaus, 17 de janeiro de 2022.

TERMO DE ANUÊNCIA PARA SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Declaramos para os devidos fins junto ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, que a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, está de acordo com a condução da pesquisa abaixo especificada:

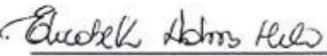
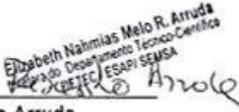
TÍTULO: 'Violência por parceiro íntimo contra mulher: o exame preventivo do câncer de colo uterino como espaço de detecção.'

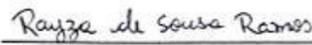
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Rayza de Sousa Ramos

INSTITUIÇÃO: Universidade do Estado do Amazonas

A Pesquisadora está devidamente orientada:

1. Que os objetivos e a metodologia desenvolvida por essa pesquisa, não deverão interferir no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
2. Que o desenvolvimento do projeto deverá ocorrer sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
3. Que a execução do projeto terá seu início somente após **APROVAÇÃO** por um CEP, mediante a apresentação do parecer ético consubstanciado à SEMSA assegurando que os resultados obtidos da presente pesquisa serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
4. Que após parecer consubstanciado do CEP deverá enviar cópia digitalizada para o e-mail: nupes.semsa@pmm.am.gov.br, solicitar **AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA** e aguardar a emissão do Termo de Autorização pela Escola de Saúde Pública de Manaus/SEMSA para início da pesquisa de campo.

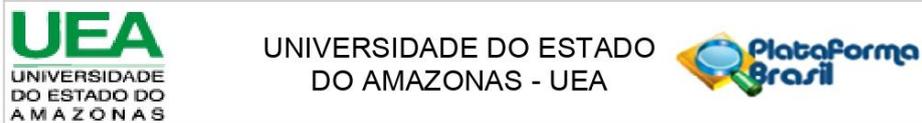


Elizabeth Nahmias Melo R. Arruda
Diretora do Departamento Técnico-Científico
DETEC/ESAP/SEMSA


Rayza de Sousa Ramos
Pesquisadora Responsável

026-875 542-60
CPF

18/01/2022
DATA

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Violência por parceiro íntimo contra mulher: o exame preventivo do câncer de colo uterino como espaço de detecção.

Pesquisador: RAYZA DE SOUSA RAMOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57144622.5.0000.5016

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.564.546

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Violência por parceiro íntimo contra mulher: o exame preventivo do câncer de colo uterino como espaço de detecção.

Pesquisador Responsável: RAYZA DE SOUSA RAMOS

CAAE: 57144622.5.0000.5016

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Amazonas-UEA

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Resumo:

A violência por parceiro íntimo (VPI) conceitua-se por violência perpetrada por parceiro ou ex- parceiro, seja ele namorado (a) ou marido/esposa, em que é exercido atos de agressões a vítima. A violência é um fenômeno multicausal, complexo, suas consequências impactam na qualidade de vida, violam os direitos humanos. A violência é um problema de saúde pública, as vítimas buscam a unidade de saúde para tratar consequências físicas e psicológicas da violência. A atenção básica é um recurso de privilégio em seus serviços de saúde em relação a assistência em relação a violência e sua prevenção, entretanto ainda há invisibilidade quanto às situações de violência. Portanto, a mulher que busca o exame do colo uterino o

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

profissional a abordará em sua intimidade de maneira privativa. Tendo isso em vista, a consulta ginecológica é um instrumento de cuidado a saúde da mulher promovendo o cuidado as necessidades da mesma. O projeto tem como objetivo verificar se a consulta do exame de câncer do colo uterino pode abranger a detecção da VPI. Será aplicado em mulheres entre 18-60 anos que estão em relacionamento por pelo menos 1 ano, questionários (sóciodemográfico, assistência do profissional em saúde primária, comportamento em relação ao uso de álcool e drogas, CTS-2) e ainda será verificado por meio de prontuários a detecção de casos de violência. O estudo se dará em Unidades básicas de saúde no município de Manaus, Amazonas.

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) pode ser definida como violência praticada pelo ex-parceiro (a) ou atual o qual exerce atos de agressões física, sexual, psicológica, perseguições contra o (a) parceiro (a) íntimo (a) (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018). A violência entre parceiros íntimos é multicausal, logo, existem vários determinantes que podem estar envolvidos nesse fenômeno (LOURENÇO; COSTA, 2020). É um problema de

saúde pública, social e de violação dos direitos humanos da vítima. Esta, inflige agravos na saúde que impactam sua qualidade de vida com consequências negativas na sua vida pessoal, familiar e social (TEOFILO et.al, 2019). Em entrevista de opinião por telefone com 2.400 mulheres distribuídas pelos estados brasileiros pelo menos 36% das brasileiras reconheceram que sofreram violência doméstica em 2019. Entre elas 31% não conseguiram tomar atitude contra a violência, entretanto notou-se um aumento na busca de ajuda em amigos de 8% em 2017 para 10% em 2019. É importante notar que 75% das mulheres entrevistadas não procuraram uma unidade de saúde (DATASENADO, 2019). É importante afirmar que um único serviço não trará resolutividade para as diversas demandas da vítima de violência. E ainda, observa-se que redes intersetoriais sofrem dificuldades na sua articulação devido déficit de recursos humanos. Mas não somente, há a dificuldade integrar conhecimentos de forma multiprofissional, a percepção limitada dos profissionais frente a violência, e o desconhecimento da rede ao encaminhar a vítima para outros setores (MENEZES et.al, 2014). Além disso, sabe-se que mesmo com avanços sobre os direitos da mulher a sociedade ainda emprega a dominação do homem sobre a mulher, discutindo-se essa violência de gênero que muitas vezes é naturalizada. Consoante a cultura pode ser um dos fatores que contribuem para a perpetuação e de índices crescentes de violência contra a mulher por parceiro íntimo (VIDIGAL et.al, 2020). Desta forma, com a rede intersetorial trabalhando de forma

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

desarticulada a vítima de violência que busca nas autoridades seu direito percorre um caminho longo e muitas vezes carregado de discriminação e preconceito por aqueles que deveriam promover acolhimento e suprir as necessidades da população

(COELHO et.al, 2014).Estudos sobre violência por parceiro íntimo demonstram que as vítimas que buscam assistência em saúde possuem consequências físicas e psicológicas. Entre essas consequências estão dores crônicas, problemas gastrointestinais, machucados não

correspondentes com a justificativa da paciente, depressão, estresse pós-traumático entre outras consequências que impactam a saúde da vítima de violência (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018; KRUG et.al, 2002).Desta forma, o tema deve ser tratado por uma equipe multidisciplinar para que se obtenha uma integralidade no atendimento para lidar com variados fatores que afetam a saúde da mulher (LOURENÇO; COSTA, 2020). Atores de

diversas áreas da saúde vem pesquisando a complexidade do fenômeno violência. Ela pode ser evitada, e assim, ter suas consequências reduzidas.

A saúde coletiva contribui para que fatores que podem ser responsáveis para uma ação violenta sejam capazes de serem modificados (DALBERG; KRUG, 2007).Dados de estudos demonstram que a VPI é em sua maioria cometida contra as mulheres. Ainda, retrata-se que a violência é tema pertinente para elaboração de estratégias de redução de agravos em saúde como também para sua detecção e notificação aos sistemas de informação (MCKIBBIN; GILL-HOPPLE, 2018; BARUFALDI et.al, 2017; TEOFILLO et.al, 2019).A VPI deve ser tratada pelo profissional de saúde com respeito e dignidade a paciente. O profissional deve fornecer informações importantes em relação as ações que podem ajudá-la a manter-se segura, promovendo a autonomia da paciente ao realizar decisões acerca desse problema. Existem instrumentos que podem diagnosticar se há VPI para que seja possível promover intervenções de cuidado as quais podem ser informações sobre o que é a violência por parceiro íntimo, planejamento seguro em caso de violência iminente, e divulgação de abrigos que acolhem a vítima de violência e, com isso o profissional tendo documentado todo o atendimento, se houver interposição policial e/ou judicial, a vítima pode fornecer evidências a

partir de seu prontuário (DICOLA, SPAAR; 2016).Além disso, a relação do profissional de saúde e usuário expressa uma relação de escuta e responsabilização que articuladas constituem relações de vínculo e de adesão as intervenções de saúde. O acolhimento é significativo nos processos de produção de saúde nas unidades de atenção à saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). A atenção básica é um recurso de privilégio em seus serviços de saúde em relação a assistência em relação a violência e sua prevenção, entretanto ainda há invisibilidade quanto às situações de violência.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

Conseqüentemente, os profissionais da saúde não colocam em prática a identificação da violência contra mulher, intrafamiliar

e outros tipos devido não saber abordar assuntos que derivam de conflitos domésticos, acreditar que a violência não faz parte da atenção em saúde, e mesmo quando a mulher verbaliza essa queixa ao profissional o mesmo a desqualifica por acreditar se tratar de um problema pessoal da vítima (COELHO et.al, 2014). Mais especificamente, a consulta ginecológica realizada pelo enfermeiro é uma ferramenta de grande suporte para a

prevenção de doenças, nela é realizada anamnese com intuito de obter informações sobre a saúde da mulher e seu histórico biopsicossocial (CATAFESTA et.al, 2015). A mulher ao procurar o serviço de saúde primária para realização de exame do colo de útero será abordada pelo profissional da saúde em sua intimidade. No entanto, a detecção da violência e cuidados que podem ser fomentados pelo profissional pode enfrentar barreiras culturais e falta de especialização (SILVA et.al, 2018). Ainda, a consulta ginecológica é um instrumento de cuidado que pode dar visibilidade as necessidades da saúde da mulher em seu contexto social, cultural, biológico. O enfermeiro pode acessar a mulher em sua integralidade dando oportunidade para detectar violência doméstica e favorecer sua autonomia quando a mesma busca o serviço de saúde (CATAFESTA et.al 2015). Entretanto, profissionais de saúde ao se depararem com a violência contra mulher alegam não ter tempo, ou capacitação, medo de ofender e insegurança ao tratar de conflitos da vida íntima e assim, acreditam que os órgãos jurídicos são o principal setor que tratará

dessa demanda (DE FERRANTE, 2009; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012). O serviço de saúde deve prestar acolhimento este que é uma ferramenta de aproximação do usuário, que de forma humanizada envolve o desenvolvimento da autonomia e a resolução das necessidades de saúde com as ferramentas que estão dispostas a atenção primária. Além disso, notificar casos de violência no intuito de conhecer as características das ocorrências para implementação de ações em saúde. Compreender elementos de (in) satisfação da usuária na experiência do uso de serviço de saúde indica fatores de adesão ao tratamento, necessidades em saúde, e de construção de vínculo com o profissional de saúde (MEDEIROS et.al, 2010; ARRUDA; BOSI, 2017; MASCARENHAS et.al, 2020). Assim, como descrito, considera-se a possibilidade de que a consulta do exame preventivo do câncer de colo uterino possa representar espaço privilegiado para detecção e assistência às vítimas de VPI, contudo, acredita-se que a concretização desse espaço passa por determinadas condições, especialmente as relacionadas à cultura e ao atendimento prestado pelo profissional. Diante disso questiona-se se a realização do exame de colo de útero em unidade de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777**Bairro:** chapada**CEP:** 69.050-030**UF:** AM**Município:** MANAUS**Telefone:** (92)3878-4368**Fax:** (92)3878-4368**E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

saúde primária 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 se dá a assistência profissional em saúde na perspectiva do usuário da atenção primária à saúde?

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Verificar se a consulta do exame de câncer de colo uterino, realizada na APS, pode 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 colpocitológico, a mulheres vítimas de VPI.

Objetivo Secundário:

- a) Verificar a frequência de VPI contra mulher entre usuárias de Unidade Básica de Saúde após exame copocitológico que possuem parceiro íntimo nos últimos 12 meses;
- b) Verificar entre as usuárias de Unidade Básica de Saúde que realizaram exame colpocitológico e sofreram VPI, quais os tipos de violência sofrida;
- c) Investigar, entre os aspectos inerentes à consulta do exame colpocitológico na APS, quais podem estar associados à detecção e à melhor assistência a mulheres vítimas de VPI;
- d) Verificar a proporção de casos de violência por parceiro íntimo detectados por profissionais em comparação com a detecção por instrumento aplicado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Possibilidade de desconforto a saúde psíquica da entrevistada por se tratar de assunto delicado e de sua intimidade. Vergonha e/ou constrangimento ao responder o questionário.

Para minimizar os riscos, durante o convite e abordagem do TCLE será esclarecido os objetivos da pesquisa, principalmente seus riscos e benefícios. Logo, se a participante alegar desconforto psicológico ela tem a opção de desistir de sua participação na pesquisa, e também, tem a opção de requerer atendimento psicológico.

Além disso, será distribuído para as mulheres um material de informação sobre os serviços públicos de Manaus que a vítima de Violência por Parceiro Íntimo pode recorrer para obter

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

suporte.

Benefícios:

Fortalecer e otimizar boas práticas de saúde e prevenção de agravos na unidade básica de saúde.

Compreensão do fenômeno violência por parceiro íntimo para melhorias da assistência à saúde com maior qualidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

As usuárias serão convidadas a participar da pesquisa após a realização do exame. Será marcado em um horário e dia acordado pela pesquisadora e usuária e será aplicada a pesquisa na própria unidade de saúde em sala privativa, de maneira individual. Será 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. Será realizado a coleta de dados dos registros de prontuário das mulheres entre 18 e 60 anos. O intuito considerado é conhecer os casos detectados e notificados, sendo assim, verificar a violência por parceiro íntimo contra a mulher que foi detectada pelo profissional de saúde da UBS.

Critério de Inclusão:

Mulheres entre 18 e 60 anos de idade.

Ter realizado o exame de colo uterino na unidade básica de saúde.

Critério de Exclusão:

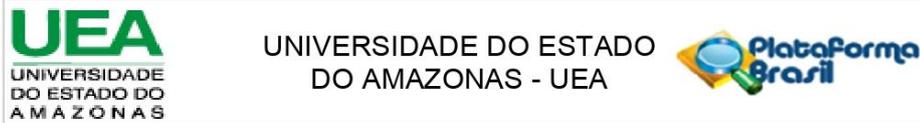
Não possuir relacionamento íntimo ou estar em relacionamento íntimo a menos de 12 meses.

Metodologia de Análise de Dados:

A análise de dados se dará de forma descritiva 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.

A análise exploratória irá utilizar regressão logística para verificar possíveis associações dos escores de prevalência do CTS-2 com as variáveis independentes (idade, renda familiar, número de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.564.546

residentes na moradia, nível de escolaridade, uso de álcool e drogas etc.). Serão adotados intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Como hipótese nula (H), será adotada a seguinte afirmação: não há associação significativa entre o escore de prevalência das subescalas do CTS2 e a variável independente.

Como hipótese alternativa (H), adotar-se a seguinte: há associação significativa entre o escore de prevalência das subescalas do CTS2 e a variável independente.

Por fim, a comparação entre o número de casos detectados por instrumento ou por profissional, será por meio da exposição de frequências absolutas e relativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões e ou pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, o mesmo atende os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO. Salvo o melhor juízo é o parecer

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1895020.pdf	23/05/2022 14:25:06		Aceito
Outros	Oficio_de_encaminhamento.pdf	23/05/2022 14:23:51	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	23/05/2022 11:13:41	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	23/05/2022 11:08:47	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Outros	TCUD_pag.pdf	20/05/2022 10:34:58	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	20/05/2022 10:34:08	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Outros	Protocolo_de_Medidas_sanitarias.pdf	24/03/2022 16:08:54	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Outros	CTS_2.pdf	21/03/2022 11:37:47	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 5.564.546

Outros	Instrumento_de_Coleta.pdf	21/03/2022 11:35:54	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/02/2022 19:46:57	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_ao_cep.pdf	23/02/2022 11:21:26	RAYZA DE SOUSA RAMOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:

ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com