



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Ciências Médicas**

**Ricardo de Mattos Russo Rafael**

**Barreiras na busca pelo rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima em usuárias da Saúde da Família**

Rio de Janeiro

2014

Ricardo de Mattos Russo Rafael

**Barreiras na busca pelo rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima em usuárias da Saúde da Família**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

R136 Rafael, Ricardo de Mattos Russo.

Barreiras na busca pelo rastreio de lesões precursoras do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima em usuárias da Saúde da Família / Ricardo de Mattos Russo Rafael. – 2014.  
133 f.

Orientadora: Anna Tereza Miranda Soares de Moura.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Ciências Médicas.

1. Neoplasias do colo do útero - Teses. 2. Colo uterino - Câncer - Teses. 3. Violência contra a mulher - Teses. 4. Saúde da família - Teses. 5. Acesso aos serviços de saúde - Teses. I. Moura, Anna Tereza Miranda Soares de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 618.146-006.6

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

---

Assinatura

---

Data

Ricardo de Mattos Russo Rafael

**Barreiras na busca pelo rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima em usuárias da Saúde da Família**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 02 de outubro de 2014.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura (Orientadora)  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Stella Regina Taquette  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.<sup>a</sup> Dra. Luciana Maria Borges da Matta Souza  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof. Dr. Gustavo Lobato de Azevedo  
Instituto Fernandes Figueira

Prof.<sup>a</sup> Dra. Valéria Ferreira Romano  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2014

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres da minha vida! À memória da minha amada avó (Marly Mattos), à minha mãe (Angélica Mattos), à minha tia e madrinha (Clenice Mattos), à minha esposa (Aline Mattos), às minhas amigas-irmãs (Ana Patrícia, Caroline, Crissia e Daniele) e, é claro, à minha filha, Valentina Ribeiro de Mattos. Foi pensando em um futuro mais equânime, onde a visão tradicional de gênero seja ultrapassada, que esta Tese foi elaborada. Com toda a certeza não será somente este texto que trará o mundo justo que vocês merecem, mas talvez por meio das práticas cotidianas oriundas das reflexões suscitadas por este trabalho e de tantos outros que se debruçam sobre este tema. Portanto, dedico à vocês, especialmente à minha filha, toda a minha vida pessoal e acadêmica, a fim de que um dia vocês possam ter mais tranquilidade para viver em um mundo onde crianças, jovens, adultos e idosos possam ser respeitados integralmente, independente de sexo, crenças ou religiões. Um mundo onde a verdade não seja ao avesso e as diversas formas de abuso sejam intoleradas. “You may say, I’m a dreamer. But I’m not the only one”. Todo meu esforço de ontem, hoje e sempre é dedicado à vocês!

## AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura, pelas horas dedicadas em me guiar por esta linda e complexa jornada, desde as épocas do mestrado; por acreditar no meu potencial, mesmo em períodos que eu mesmo não acreditava que conseguiria; por sua paciência e carinho. Hoje estou certo de que ganhei bem mais que uma orientadora, ganhei uma amiga para toda a vida;

Aos meus pais, Maria Angélica de Mattos Rafael e Alberto Carlos Rafael de Oliveira, por me ensinarem sobre a vida e seus fracassos e vitórias; pela simplicidade e humildade com que veem as coisas, tornando mágica a caminhada neste mundo; por me cobrirem de amor e, de forma sábia, sempre me orientarem sobre as minhas escolhas, sem cobranças e exigências. Viram? Não me tornei um piloto de avião, mas bem que vocês diziam que eu seria um doutor!

À minha amiga, esposa e eterna namorada, Aline Pereira Ribeiro de Mattos, por todo amor dedicado; pela cumplicidade e respeito, mesmo nas horas em que eu me encontrava ansioso e estressado pelas atividades do doutorado; pelos inúmeros fins de semana e horas de lazer que tivemos que abdicar para que esta tese fosse elaborada; por você existir na minha vida;

À minha filha, Valentina Ribeiro de Mattos, pela coragem e serenidade transmitidos a cada sorriso; pela certeza de que eu deveria continuar a lutar por um mundo mais justo a cada vez que olhava para você; por me animar, me encher de vontade de vencer, por me amar. Seus “gugudadás” foram inspiradores em todos os momentos!

À minha tia, madrinha e amiga, Maria Clenice de Mattos Carvalho, por toda a dedicação e cumplicidade; pelas horas de “papo furado” e por tantas outras de “papo cabeça”; pelas noites mal dormidas e pelas horas de preocupação com o meu bem estar;

Ao Prof. Janilson Torres Junior, amigo de tantos anos, por ladear minha trajetória desde as épocas de colégio; por revisar todos os meus textos e construir meus abstracts, tendo sempre menos tempo do que o necessário; por ser incansável; por atender aos meus chamados e me socorrer nas dúvidas de língua - portuguesa e inglesa – durante as minhas madrugadas de produção textual; por ser este parceiro de toda uma vida;

Às minhas amigas-irmãs, Ana Patrícia Martire, Caroline Moraes, Crissia Soares e Daniele Marinho, que foram incansáveis durante todo o meu percurso na pós-graduação lato e stricto sensu; pelas horas que tive que me omitir de estar na companhia de vocês e, principalmente, por esta amizade sem cobranças; pelos sorrisos e afagos nos momentos de

desespero; pela forma, as vezes incisiva, de corrigir o meu caminho; pela alegria em comemorar as nossas vitórias;

Minha querida Elizangela Pereira, a Izaze, pela comida quentinha, pelos litros de café fresco e pela forma com que cuida da minha casa e família. Com certeza esta tese também é sua!

Àqueles que apostaram na minha carreira, Prof<sup>a</sup> Simara Costa Guimarães, Prof. Carlos Henrique de Melo Reis, Prof<sup>a</sup> Maria Aparecida Souza, Prof<sup>o</sup> Marcelo Gomes da Rosa e novamente a minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Anna Tereza Miranda Soares de Moura. Vocês não foram os únicos, graças a Deus, mas com toda certeza, estão marcados, cada um do seu modo, na minha história de vida;

À toda a equipe da Subsecretaria de Atenção Básica do município de Nova Iguaçu, que me auxiliou direta ou indiretamente no desenvolvimento desta tese. Esta vitória também é por vocês e para vocês que lutam diariamente pra fazer a diferença no Sistema Único de Saúde do país;

À toda a equipe da Universidade Iguaçu (UNIG), especialmente a minha equipe da Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, por compreenderem meus momentos de estresse e cobrirem as minhas ausências por conta dos afazeres do doutorado;

Às minhas amigas, Prof<sup>a</sup> Ana Carla Alves, Cidelma Ventura (a Cici), Prof<sup>a</sup> Claudia Leite, Prof<sup>a</sup> Edith Magalhães, Prof<sup>a</sup> Fabiana Pugliese e Prof<sup>a</sup> Sandra Caixeiro, por compartilharem comigo as suas experiências e dedicarem suas vidas em prol de uma formação profissional qualificada. Sim, tenho certeza que podemos mudar o mundo;

Aos meus alunos, por compreenderem meu escasso tempo e por apoiarem nesta jornada acadêmica; e

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), por apoiar financeiramente este trabalho de pesquisa;

(...) Ho aperto gli occhi Per guardare intorno a me  
E intorno a me Girava il mondo come sempre. Gira il  
mondo gira Nello spazio senza fine Com gli amori appena  
nati Com gli amore già finiti Com la gioia e col dolore  
Della gente come me (...) Il mondo non si è fermato mai  
momento. La notte insegue sempre il giorno Ed il giorno  
verrà.

*Jimmy Fontana*

## RESUMO

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo. *Barreiras na busca pelo rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino*: um estudo sobre as relações da violência íntima em usuárias da Saúde da Família. 2014. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população feminina levaram as neoplasias malignas a ocupar as primeiras posições nas causas de morte deste grupo. Dentre estes cânceres, destaca-se a neoplasia do colo do útero devido às altas chances de cura frente à possibilidade de detecção precoce. Apesar disso, algumas mulheres mesmo com acesso facilitado ao exame não o realizam com a regularidade desejada. Sentimentos negativos em relação a estas práticas podem estar relacionados a questões mais amplas de gênero, dentre elas a violência íntima. As vítimas de violência nem sempre conseguem receber o apoio de sua rede social e ter acesso a determinados serviços de saúde. Sob esta perspectiva, o estudo tem como objetivo central avaliar as influências da violência íntima na busca pelos serviços de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo uterino em mulheres usuárias da ESF. Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por realizar um estudo do tipo caso-controle com uma amostra de 640 mulheres usuárias da ESF do município de Nova Iguaçu. A população-fonte do estudo compreendeu o conjunto de mulheres com idade entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura da ESF. Foram considerados casos as participantes que não realizaram a colpocitologia nos três anos anteriores a pesquisa. Já os controles, foram as mulheres que realizaram o exame, amostrando-se na proporção 3:1. O instrumento de coleta contemplou dimensões distais (características sócio-demográficas), intermediárias (hábitos de vida, violência íntima, uso abusivo de álcool, crenças em saúde e antecedentes gineco-obstétricos) e o desfecho propriamente dito (não realização do exame), a partir do que foi proposto em um Modelo Teórico-Conceitual. O plano de análise foi balizado, primeiramente, por análises descritivas, visando desvelar e reconhecer a realidade da amostra estudada. A partir disso, foram calculados os respectivos Odds Ratio (OR) bruto e ajustado. Foram calculados os respectivos Intervalos de Confiança de 95%, o Teste Chi-quadrado e o Teste de Razão de Verossimilhança no modelo multivariado. As prevalências de violência perpetradas contra as mulheres foi de 21,0% (IC95%:17,9/24,3) para a forma física, 90,7% (IC95%:88,5/93,0) para a forma psicológica e de 39,1% (IC95%:36,0/43,6) nos casos de abuso sexual em toda a amostra. No que tange as características sociodemográficas, a idade parece contribuir diretamente como barreira de realização dos exames (p-valor 0,009), atingindo o seu máximo na faixa etária superior a 60 anos (OR=3,2; IC95%:1,5/7,0). Por outro lado, a escolaridade apresentou-se como fator protetor (OR=0,5; IC95%: 0,4/0,8). Verificou-se, após aplicação do modelo de ajuste, a associação entre a não realização do exame com as formas de violência física menor/grave e sexual menor. De toda forma, recomenda-se a realização de outros estudos com método similar a este para que se avalie a presença desta associação em outros cenários e populações, conforme recomendado pelos critérios de causalidade.

Palavras-chave: Neoplasias do colo uterino. Violência contra a mulher. Saúde da Família.  
Acesso aos serviços de saúde.

## ABSTRACT

RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo Rafael. *Barriers to accessing screening services of precursor lesions for cervical cancer: a study about the relationship between intimate violence and alcohol abuse among the Family Health service users*. 2014. 133 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Changes in the morbidity and mortality profile of the female population made the malignant neoplasms occupy the top positions on death causes among this group. Among these types of cancers, the cervical neoplasia is especially noteworthy due to its high chances of successful cure in the event of early detection. Nonetheless, even women who can easily access the screening test do not take it as often as desirable. Negative feelings about these practices can be related to broader issues of gender, including intimate violence. Victims of violence do not always manage to receive support within their social group and have access to certain health services. Under this perspective, this study aims to assess the influence of intimate violence on access to screening services of precursor lesions for cervical cancer in women users of the ESF. In order to achieve the aforementioned objectives, we decided to conduct a case-control study with a sample of 640 women users of the ESF in the municipality of Nova Iguaçu. The source of the study sample comprised women aged between 25 and 64 years old, resident in the coverage area of this ESF. Women who had not performed the Pap test in the three years prior to this study were considered the case group. The control group comprised women who had performed the examination, sampling proportion of 3:1. The collection instrument contemplated distal (socio-demographic characteristics) and intermediate dimensions (life habits, intimate violence, alcohol abuse, health beliefs and gynaecological-obstetrical background), as well as the outcome itself (not performing the test), from what was proposed in a Theoretical-Conceptual Model. The analysis plan was first marked by descriptive analyses, aiming at unveiling and establishing the reality of the sample studied. Then, their respective Odds Ratio (OR) crude and adjusted were calculated. The Confidence Intervals of 95, the Chi-square test, and the Likelihood-ratio test in a multivariate model were calculated. Prevalence of violence perpetrated against women was 21.0 (CI95:17.924.3) for physical form, 90.7 (CI95:88.593.0) for psychological form, and 39.1 (CI95:36.043.6) in the event of sexual abuse. Regarding demographic characteristics, age seems to contribute directly as a barrier to carrying out the examinations (p-value 0.009), reaching its maximum in the age group over 60 years old (OR3.2; CI95:1.57.0). On the other hand, school background revealed itself as a protective factor (OR0.5; IC95: 0.40.8). It was found, after applying the adjustment model, a relationship between not performing the examination with the forms of several/less physical violence and less sexual abuse. In any case, it is recommended to conduct other studies with a similar method to evaluate the presence of this association in other scenarios and populations, as recommended by the causality criteria.

Keywords: Uterine cervical neoplasm. Violence against women. Health family. Health services accessibility.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas no Brasil (1930-2004).....	18
Figura 2 -	Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres e de número de casos novos por neoplasia maligna do colo do útero e do útero, porção não especificada, por Unidade da Federação e Brasil.....	19
Figura 3 -	Panorama das intervenções programáticas no curso de vida para prevenir a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer do colo do útero.....	20
Figura 4 -	Linha de cuidado no câncer do colo do útero.....	21
Quadro 1 -	Prioridades do Pacto pela Vida.....	30
Figura 5 -	Modelo ecológico para compreender a violência.....	33
Figura 6 -	Variações das associações entre os tipos de violência contra a mulher em dois estudos realizados na cidade de São Paulo, na Zona da Mata de Pernambuco e no Distrito Federal.....	36
Quadro 2 -	Quantitativo de equipes da ESF de Nova Iguaçu (2012-2014) e informações atualizadas sobre cobertura populacional.....	46
Figura 7 -	Mapa da rede de Atenção Primária à Saúde sob os moldes da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu.....	47
Quadro 3 -	Cobertura populacional e quantitativo de equipes da ESF de Nova Iguaçu no período da coleta de dados (2012-2013).....	47
Figura 8 -	Modelo teórico-conceitual do estudo.....	50
Figura 9 -	Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) segundo posição de vítima e perpetradora, em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).....	58
Figura 10 -	Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).....	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, 2012-2013.....	56
Tabela 2 -	Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, subdividida em grupos de casos e de controles. Nova Iguaçu, 2012-2013.....	57
Tabela 3 -	Prevalência de violência íntima segundo vitimização em usuárias da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	58
Tabela 4 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família vítimas de violência íntima, Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	59
Tabela 5 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família vítimas de violência íntima, segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	60
Tabela 6 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família perpetradoras de violência íntima. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	61
Tabela 7 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família perpetradoras de violência íntima, segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	62
Tabela 8 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família em situação de violência íntima (perpetradora ou vítima). Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013....	63
Tabela 9 -	Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família em situação de violência íntima (perpetradora ou vítima), segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013.....	63
Tabela 10 -	Resultados da análise das variáveis relativas às características socioeconômicas e demográficas e a não utilização de serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013.....	64
Tabela 11 -	Resultados da análise univariada segundo as variáveis relativas à exposição das mulheres à violência íntima (vítimas) e a não utilização de serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013.....	65
Tabela 12 -	Resultados da análise univariada segundo as variáveis relativas à exposição das mulheres à violência íntima, como vítimas e perpetradoras,	66

	e a não utilização de serviços de rastreio do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013.....	
Tabela 13 -	Resultados do modelo final de regressão logística dos determinantes associados à mulheres vítimas de violência íntima e à não utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013.....	66
Tabela 14	Resultados do modelo final de regressão logística dos determinantes associados à mulheres vítimas e perpetradoras de violência íntima e à não utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013.....	67

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS/SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APS	Atenção Primária à Saúde
CPS	Comportamento Preventivo em Saúde
CTS2	<i>Revised Conflict Tactics Scales</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IARC	<i>International Agency of Research on Cancer</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde / Organización Mundial de la Salud
OR	<i>Odds Ratio</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMNI	Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TWEAK	<i>Tolerance, Worry, Eye-opened, Amnesia &amp; C/Kut-down</i>
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
URG	Unidade Regional de Governo
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
1.1	<b>Câncer do colo do útero: um panorama da magnitude e as possíveis estratégias de controle do problema.....</b>	<b>18</b>
1.1.1	<u>Considerações sobre a prevenção primária e os fatores de risco do câncer do colo do útero.....</u>	<b>21</b>
1.1.2	<u>Ações de prevenção secundária do câncer de colo de útero.....</u>	<b>23</b>
1.1.3	<u>Barreiras na busca e utilização dos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero.....</u>	<b>25</b>
1.1.4	<u>Relações entre a Atenção Primária e o rastreamento do câncer do colo do útero.....</u>	<b>28</b>
1.2	<b>Violências: considerações sobre os conceitos e a relevância do fenômeno.....</b>	<b>31</b>
1.2.1	<u>Discutindo a relevância e as bases conceituais do problema.....</u>	<b>31</b>
1.2.2	<u>Discutindo o modelo ecológico das violências.....</u>	<b>33</b>
1.3	<b>Mulheres em situação de violência: relações de gênero, magnitude e suas consequências.....</b>	<b>35</b>
1.3.1	<u>Discutindo a magnitude da violência íntima contra a mulher.....</u>	<b>35</b>
1.3.2	<u>As relações de gênero e as situações de violência envolvendo a mulher.....</u>	<b>37</b>
1.3.3	<u>Possíveis consequências relacionadas a violência íntima contra a mulher.....</u>	<b>38</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
2.1	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>41</b>
2.2	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>41</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODOS E PROCEDIMENTOS.....</b>	<b>45</b>
4.1	<b>Natureza e tipo do estudo.....</b>	<b>45</b>
4.2	<b>Cenário do estudo.....</b>	<b>45</b>
4.3	<b>População do estudo e identificação dos casos e controles.....</b>	<b>48</b>
4.4	<b>Dinâmica do trabalho de campo.....</b>	<b>48</b>
4.5	<b>Modelo teórico-conceitual e variáveis do estudo.....</b>	<b>49</b>
4.6	<b>Instrumento de coleta de dados.....</b>	<b>51</b>
4.7	<b>Análise de dados.....</b>	<b>53</b>

4.8	<b>Aspectos éticos.....</b>	54
5	<b>RESULTADOS.....</b>	56
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	68
6.1	<b>Reflexões ético-metodológicas sobre pesquisas com mulheres em situação de violências.....</b>	68
6.2	<b>Debate sobre o perfil da violência íntima na amostra de usuárias da ESF.....</b>	73
6.3	<b>Influências da violência íntima na utilização dos exames de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino .....</b>	77
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	81
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	84
	<b>APÊNDICE – Folha de elegibilidade.....</b>	95
	<b>ANEXO A – Caderno dos entrevistadores.....</b>	96
	<b>ANEXO B – Instrumento de coleta de dados.....</b>	112
	<b>ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	123
	<b>ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	124
	<b>ANEXO E – Comprovação da publicação do 1º artigo científico.....</b>	126
	<b>ANEXO F – Comprovação da publicação do 2º artigo científico.....</b>	130

## INTRODUÇÃO

A partir das mudanças na organização e na economia das populações, com a contribuição direta da efetivação de políticas e dos direitos sociais – como educação, saúde e trabalho, o Brasil e muitos lugares do mundo têm experimentado um processo de transição demográfica. Como consequência deste fenômeno, tem ocorrido um decréscimo da natalidade e da mortalidade infantil, reduzindo a proporção de crianças e jovens e paulatinamente ocorrendo o envelhecimento populacional. Paralelamente a isto, ocorre também a transição epidemiológica, onde as doenças infecciosas, principais causas de morte no passado, dão lugar a crescente morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis - DANT (VASCONCELOS, GOMES, 2012).

Responsáveis pelas mais frequentes causas de mortalidade no país, especialmente por doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias e causas externas, as DANT são consideradas problemas prioritários para a saúde pública. Grande parte das agendas de discussão, das práticas, dos procedimentos executados e, por sua vez, dos gastos com a saúde no país, estão relacionados a este grupo de doenças e agravos (OMS, 2007).

Talvez pela feminização de determinados espaços do setor saúde, por meio do predomínio na busca de cuidados – preventivos ou curativos – ou pelos impactos que o adoecimento da mulher trazem para os núcleos familiares e para a sociedade em geral, que temas relacionados à Política de Assistência Integral à Saúde Mulher têm ganhado cada vez mais atenção nos espaços de discussão. Dentre os objetos debatidos se inserem as neoplasias femininas, principalmente os cânceres de mama e do colo do útero (INCA, 2011), sendo este último um dos focos desta tese.

O interesse sobre o câncer do colo do útero se dá pelas possibilidades no seu enfrentamento e controle, aliando estratégias de prevenção primária – controle de fatores de risco – com a secundária – pautada no rastreamento sistematizado – e a terciária, que se baseia na oferta de tratamento oportuno (OPAS, 2013). Estima-se que a redução da incidência cumulativa da doença pode chegar a 91,0% frente a oferta dos exames de rastreamento, bem como a taxa de cura pode atingir 100,0% caso a detecção seja realizada precocemente (BRASIL, 2011; IARC, 1986).

A fim de disseminar as práticas de captação de mulheres, prioritariamente, com idade entre 25 e 64 anos, o Brasil tem incentivado as equipes da Atenção Primária à Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família, a implementar medidas que visem o monitoramento

– por meio da vigilância em saúde - desta doença e a atenção qualificada às mulheres. Frente a positividade de lesões precursoras deste câncer, as equipes referenciam à mulher aos demais equipamentos presentes na linha de cuidado (OPAS, 2013; BRASIL, 2013; 2011).

No entanto, o que tem sido apontado em inúmeros estudos é que muitas mulheres tem apresentado dificuldades em acessar as práticas de rastreamento desta neoplasia, mesmo tendo a ampliação da oferta em muitas localidades. Aspectos relacionados à vulnerabilidade social – pobreza, baixa escolaridade – aliados a determinadas características demográficas – idade, cor/etnia, estado civil – têm sido barreiras constantemente relatadas por alguns autores (FONSECA, 2010). Utilizando o Modelo de Crenças em Saúde como forma de análise, Rafael e Moura (2010) também fizeram menção sobre a ocorrência entre a dificuldade de acesso e os sintomas “medo” e “vergonha” relacionado à diversos aspectos do exame.

Surge, com isso, a hipótese de que este medo poderia ser advindo de eventos abusivos perpetrados contra estas mulheres no ambiente domiciliar, talvez por seus parceiros. Alguns autores têm referido como as mulheres violentadas tendem a manifestar estes sentimentos de medo, por vez sem saber determinar as causas e em outras pelo óbvio e explícito motivo dos abusos. Em diversos casos, a vergonha de uma descoberta social sobre a vivência do problema e o medo de novas práticas de abuso pelo parceiro, acabam por impedir o mecanismo de fuga destas relações conflituosas (LABRONICI, FEGADOLI, CORREA, 2010). Nesta perspectiva, a redução da frequência regular recomendada aos exames de rastreamento poderia estar relacionada à tentativa de velar estas situações.

Embora não estejam diretamente relacionados à hipótese aqui levantada, alguns estudos têm se debruçado sobre as influências da violência em desfechos ligados a utilização de serviços de saúde (SILVA, MORAES, REICHENHEIM, 2012; MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010). Acredita-se que as consequências de se vivenciar um ambiente violento possam ir além dos danos físicos, tendo implicações ocultas que podem levar anos para serem identificadas (KRUG, 2002).

Mediante ao exposto, esta tese se debruça sobre o seguinte objeto de estudo: “as influências da violência íntima na busca das mulheres pelos serviços de rastreamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero na Estratégia de Saúde da Família”; tendo sido financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) por meio do edital APQ1 (Processo n. 110.271/2012).

Está organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo, estruturado em três seções, encadeia a construção do arcabouço teórico sobre as temáticas em tela, percorrendo desde um breve panorama sobre o câncer do colo uterino e suas relações com a Atenção Primária à

Saúde até a discussão sobre as violências entre parceiros íntimos e seus desdobramentos sobre o uso dos serviços de rastreio da doença. Os dois capítulos seguintes apresentam os objetivos (2) e as justificativas (3), na tentativa de demonstrar a relevância acadêmica, social e profissional desta pesquisa. O quarto capítulo desenha os métodos e procedimentos do estudo de caso-controle empregado nesta investigação. Na tentativa de exercitar os princípios da validade conceitual, neste capítulo é possível observar o modelo teórico-conceitual que balizou o percurso metodológico e, conseqüentemente, o plano de análise.

Os dois capítulos que se seguem tratam de apresentar os resultados (5) e a discussão (6) dos dados, sendo o último subdividido em 3 seções que atendem, respectivamente, os objetivos propostos. A primeira (6.1) reflete sobre os aspectos ético-metodológicos das pesquisas que envolvem violências. A seção 6.2 discute o perfil das situações de violência íntima, abordando as posições em que a mulher é vítima e/ou perpetradora dos abusos. A última seção (6.3), talvez uma das mais importantes deste trabalho, discute a hipótese deste estudo. A seguir são apresentadas as considerações finais da pesquisa, refletindo sobre os achados e correlacionando-os com os princípios da causalidade epidemiológica. Por fim, encerra-se com a apresentação das referências utilizadas para balizar este debate.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

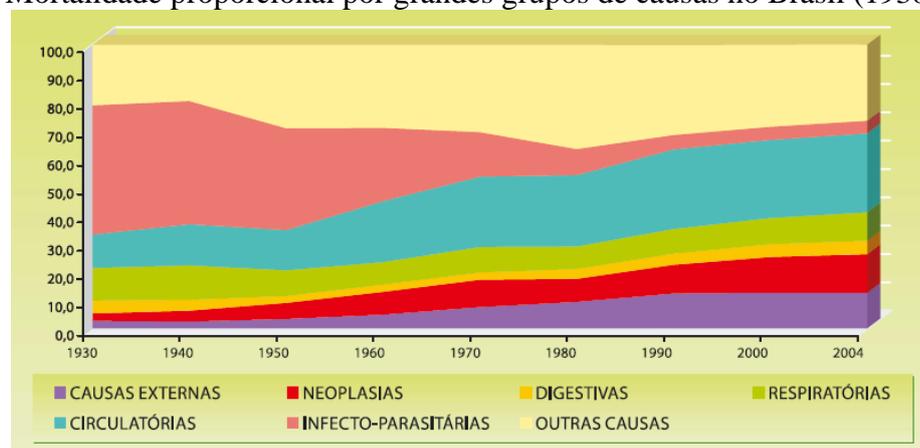
### 1.1 Câncer do colo do útero: um panorama da magnitude e as possíveis estratégias de controle do problema

Câncer ou tumor maligno é a denominação utilizada para um grupo heterogêneo de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento celular desordenado, com capacidade infiltrativa e possibilidade de produção de metástases. Sua origem está baseada em múltiplas causas e em geral relaciona-se às alterações nas funções dos genes que regulam os atos de proliferação e diferenciação celular (SCHEARTSMANN, MARTELETE, 2006).

Muitas são as hipóteses explicativas para estas alterações genéticas e aspectos socioambientais têm sido relacionados com frequência como um dos principais fatores de risco relacionados à doença. Estas hipóteses apontam para um crescimento acentuado na ocorrência de neoplasias malignas, principalmente devido às mudanças ocorridas no perfil demográfico e comportamental da população mundial (OMS, 2007). Estes fatores socioambientais serão abordados em seções futuras.

As alterações no perfil de morbimortalidade e a melhoria dos condicionantes de saúde e vida da população trouxeram as neoplasias malignas também para as primeiras posições de causas de óbito em adultos jovens de regiões em desenvolvimento, como o Brasil (VASCONCELOS, GOMES, 2012; OMS, 2007). A Figura 1 apresenta a mortalidade proporcional dos principais grupos no país, demonstrando a transição epidemiológica ocorrida no país. Pode-se observar que devido às múltiplas ações praticadas em território nacional, aliadas ao crescimento econômico, ocorreu uma diminuição da mortalidade por doenças infecto-parasitárias e elevação de óbitos por doenças do aparelho cardiovascular, neoplasias e causas externas.

Figura 1 – Mortalidade proporcional por grandes grupos de causas no Brasil (1930-2004).



Dentre os cânceres que acometem a população feminina, a neoplasia do colo do útero possui interesse especial no cenário da saúde pública, diante das suas altas taxas de incidência e mortalidade (OMS, 2007; CARMO, BARRETO, SILVA JR, 2003). Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), a incidência da doença apresenta uma grande variabilidade, sendo maior em regiões em desenvolvimento, conforme apontado na Figura 2. Já as taxas de mortalidade mantêm-se estáveis, sendo considerada segunda causa de óbitos por câncer feminino (INCA, 2011; BOING *et al*, 2007).

Figura 2 - Estimativas para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres e de número de casos novos por neoplasia maligna do colo do útero e do útero, porção não especificada, por Unidade da Federação e Brasil.

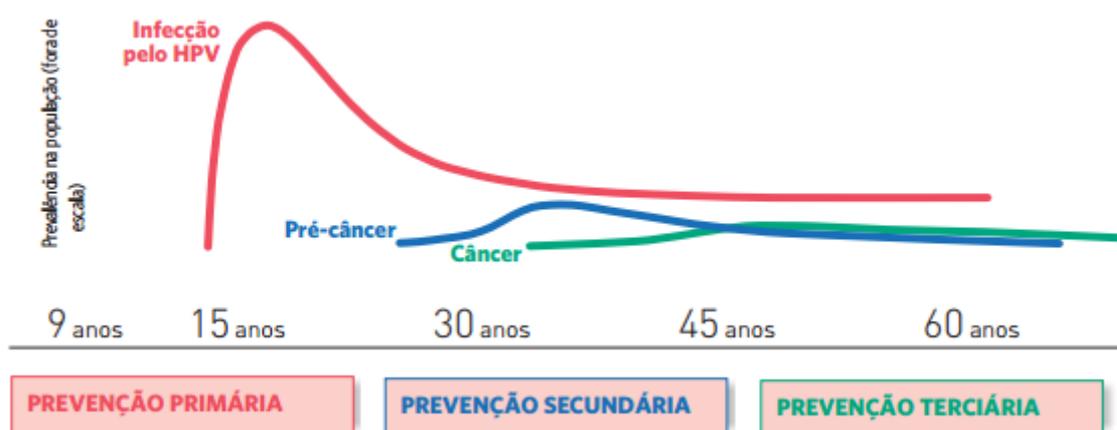
Unidades da Federação	Estimativa dos Casos Novos	
	Casos	Taxa Bruta
Acre	50	12,98
Amapá	80	23,95
Amazonas	540	30,73
Pará	830	21,60
Rondônia	120	16,67
Roraima	60	29,49
Tocantins	180	27,28
<b>Região Norte</b>	<b>1.860</b>	<b>23,55</b>
Alagoas	330	19,61
Bahia	1.140	14,87
Ceará	980	21,72
Maranhão	750	22,79
Paraíba	350	17,49
Pernambuco	1.100	23,48
Piauí	340	20,61
Rio Grande do Norte	260	16,02
Sergipe	260	24,06
<b>Região Nordeste</b>	<b>5.510</b>	<b>19,54</b>
Distrito Federal	380	26,33
Goiás	820	26,57
Mato Grosso	550	36,33
Mato Grosso do Sul	480	39,37
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>2.230</b>	<b>30,72</b>
Espírito Santo	500	27,47
Minas Gerais	1.670	16,05
Rio de Janeiro	2.230	25,99
São Paulo	3.690	16,95
<b>Região Sudeste</b>	<b>8.090</b>	<b>19,00</b>
Paraná	1.000	17,93
Rio Grande do Sul	1.190	20,90
Santa Catarina	520	16,40
<b>Região Sul</b>	<b>2.710</b>	<b>18,76</b>
<b>Brasil</b>	<b>20.400</b>	<b>20,33</b>

Fonte: INCA, 2011, p. 117.

Este câncer tem produzido consequências não só para a saúde individual das mulheres, mas também para as famílias e para o país de uma forma geral, uma vez que acaba por trazer importantes impactos sociais e econômicos. Cerca de 70% das pacientes são internadas em estágios avançados, limitando as possibilidades de tratamento e elevando o tempo médio de permanência nos hospitais. O valor gasto com a atenção terciária deste câncer também tem superado as expectativas relacionadas às neoplasias mamárias, que ocupam as primeiras posições de morbimortalidade em todo o mundo (INCA, 2002a). Com base nas experiências exitosas de programas de detecção e tratamento precoces, onde chega a ocupar posições inferiores dentre os cânceres femininos, evidencia-se a necessidade de reforçar as ações já previstas no Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, ampliando os investimentos preventivos e a ampliação das políticas que contemplem o rastreio sistematizado nos primeiros níveis da assistência (BOING *et al*, 2007).

Segundo as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013), as práticas de controle dos cânceres do colo do útero devem ter um enfoque preventivo, compreendendo ações que vão da prevenção primária à terciária. A Figura 3 apresenta uma proposta de programação de ações voltadas à assistência à doença ao longo da vida.

Figura 3 – Panorama das intervenções programáticas no curso de vida para prevenir a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) e o câncer do colo do útero.



Fonte: Adaptado da OPAS, 2013

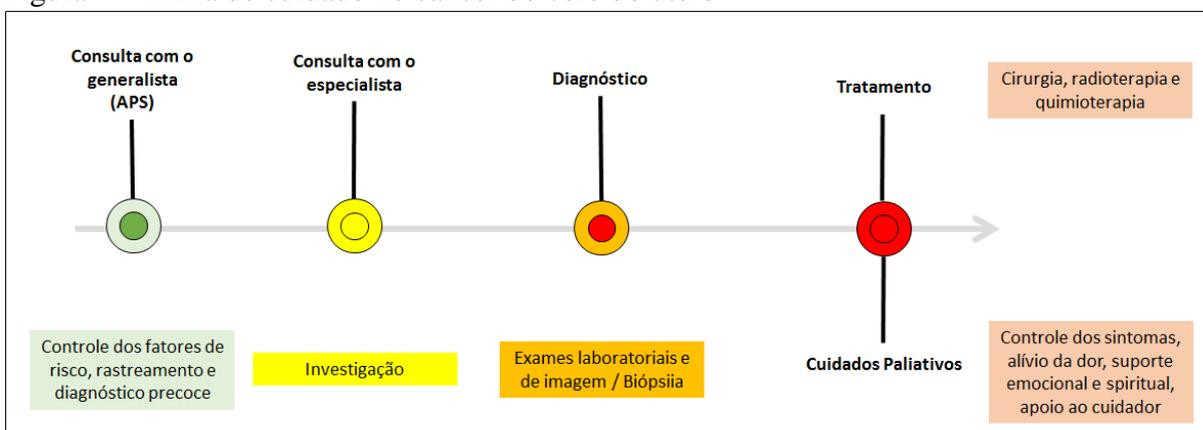
As ações de prevenção primária se caracterizam por práticas voltadas para a redução da exposição da população às vulnerabilidades de determinado agravo e, com isso, a redução de sua incidência (BRASIL, 2002b). Neste sentido, a identificação dos fatores de risco envolvidos na cadeia de causalidade da doença são imprescindíveis para o sucesso das políticas públicas destinadas ao controle do câncer do colo do útero. São ações previstas neste

nível de prevenção: a vacinação contra o HPV, as informações de saúde, a redução de danos produzidos pelo tabagismo, a educação sexual, a promoção de hábitos e práticas de sexo seguro e a provisão de preservativos (OPAS, 2013).

Como parte integrante da linha de cuidado da doença, tem-se a prevenção secundária. Esta fase da linha de cuidado se debruça em um conjunto de ações que têm por objetivo rastrear e detectar precocemente as lesões precursoras da doença, neste caso do câncer do colo do útero. Face a identificação de lesões suspeitas, recomenda-se que um grupo de profissionais especializados assumam o caso, visando à confirmação diagnóstica e à instituição de terapêutica apropriada (BRASIL, 2013).

Embora as ações de prevenção terciária não façam parte do escopo desta tese, não tendo novo destaque no texto, é importante citar que as contribuições esperadas neste nível estão voltadas à cura e reabilitação da doença. A prevenção terciária está indicada a todas as mulheres, em qualquer idade, conforme a confirmação diagnóstica e, por sua vez, a necessidade de instituição terapêutica. São intervenções previstas a oferta de tratamentos oportunos, tais como cirurgias ablativas, radioterapias e quimioterapias (BRASIL, 2013; OPAS, 2013). A Figura 4 ilustra a linha de cuidado prevista no Brasil.

Figura 4 – Linha de cuidado no câncer do colo do útero



Fonte: Adaptado de Brasil, 2013.

### 1.1.1 Considerações sobre a prevenção primária e os fatores de risco do câncer do colo do útero

Estima-se que 80% dos fatores de risco envolvidos na cadeia de causalidade do câncer do colo do útero estão relacionados a aspectos socioambientais, favorecendo a utilização de

práticas de sensibilização e educação em saúde para promover a mudança de hábitos de vida como medidas preventivas. Para isso, a articulação intersetorial e a participação efetiva dos profissionais da APS seriam de extrema importância, tendo em vista a necessidade de envolvimento prioritário dos grupos de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2002c; FIGUEIREDO, 2005).

Muitos autores apontam que os riscos para este grupo de neoplasias estão concentrados nos aspectos de saúde reprodutiva e sexual das mulheres, como a pluralidade de parceiros e a precocidade do início das relações sexuais, favorecendo a exposição a doenças sexualmente transmissíveis, especialmente as infecções pelo HPV. (BRASIL, 2002b; DAVIM et al; 2005; KRIVAK et al, 2005; GREENWOOD et al, 2006; BRITO et al, 2007; PESSINI, SILVEIRA, 2006). Esta infecção é considerada um co-fator na gênese dos cânceres de colo uterino, sendo identificado em quase a totalidade dos casos de neoplasias de tecido escamoso (OPAS, 2013; BOSCH, 1995). Estudos de coorte sugerem que as mulheres portadoras de HPV possuem 30 vezes mais chance de desenvolver o câncer do colo uterino, se comparadas com as mulheres sem a infecção. Com isso, o HPV tem sido considerado como causa necessária para o desenvolvimento das lesões oncogênicas do colo uterino (IARC, 2007; BULKMANS et al, 2005).

Tendo em vista a magnitude da infecção pelo HPV e sua importância clínico-epidemiológica na gênese do câncer do colo do útero, ações de vacinação dirigidas à meninas com idade entre 9 e 13 anos têm sido apontadas como uma das mais importantes estratégias na relação desta neoplasia com a infecção (OPAS, 2013). A vacina, que é quadrivalente, protege contra os principais subtipos virais do HPV, ou seja, contra os tipos 6, 11, 16 e 18. O imunobiológico possui uma eficácia estimada em cerca de 76.0%, demonstrando-se como uma importante e custo-efetiva medida de controle se associada ao rastreamento sistemático de lesões precursoras da doença (CARVALHO, 2012; FONSECA et al, 2013).

A associação da infecção por HPV com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) também vem sendo apontada como um relevante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Dentre os inúmeros motivos destacam-se a feminização da doença e cronicidade advinda dos novos tratamentos. Nestas mulheres, as alterações pré-neoplásicas e neoplásicas apresentam um curso mais rápido e com pior resposta ao tratamento recomendado para o HPV, uma vez que existe maior probabilidade de infecção por genótipos de alto risco do vírus (MELO *et al*, 2003).

Outro fator importante para o câncer do colo uterino é o tabagismo, que eleva a probabilidade de secreção de substâncias mutagênicas no muco cervical, levando a alterações

do epitélio do colo (PESSINI, SILVEIRA, 2006). Segundo Green e colaboradores (2003), o risco de desenvolvimento deste câncer foi maior em mulheres fumantes do que nas ex-fumantes. Kjellberg (2000) aponta ainda as diferenças nos riscos causados pela quantidade de cigarros consumida e o tempo de tabagismo, identificando que a carga tabágica elevada aumenta as chances de desenvolvimento da doença.

Por fim, a vulnerabilidade social vem se apresentando como um dos mais importantes fatores de risco da doença, uma vez que impõe dificuldades de utilização dos serviços de educação e saúde. Em geral, os baixos níveis socioeconômicos, a etnia/cor (pretas e pardas), a baixa escolaridade e a idade avançada guardam relações com um pior uso dos métodos preventivos primários e secundários do câncer do colo uterino, dificultando a sistematização do rastreio de lesões precursoras da doença (MARTINS, THULER, VALENTE, 2005; HACKENHAAR et al, 2006; PESSINI, SILVEIRA, 2006).

Outro aspecto seria a própria dificuldade da mulher em buscar os métodos de prevenção, quer seja por desconhecimento ou pelas relações de gênero associadas a determinadas ações de saúde. Taquette e colaboradores (2005) contribuem para reflexões sobre este problema ao inferir sobre a dificuldade de mulheres jovens, adolescentes e de baixa escolaridade no processo de negociação no uso de preservativos com seus parceiros. Neste sentido, acredita-se que este grupo esteja mais exposto a doenças sexualmente transmissíveis e, por sua vez, a fatores relacionados à neoplasia do colo uterino em idades mais avançadas (ITO *et al*, 2010; BULKMANS et al, 2005).

Baseado nos condicionantes de saúde, as estratégias de prevenção primária não parecem tarefas fáceis de serem desenvolvidas. Aliadas às ações de promoção da saúde, a prevenção primária é um dos mais importantes passos no controle das doenças, pois deve contemplar processos que visem à redução dos fatores de risco. Estas ações podem proporcionar ainda a corresponsabilização de profissionais de saúde e usuárias na tentativa de incorporação de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2002b).

### 1.1.2 Ações de prevenção secundária do câncer de colo de útero

Entende-se prevenção secundária como um conjunto de ações que englobam práticas precoces de diagnóstico com imediata instituição terapêutica, objetivando a ampliação das possibilidades de cura, a redução de mortalidade e o aumento dos níveis de qualidade de vida

e sobrevivida dos sujeitos portadores de uma determinada doença (OPAS, 2013; BRASIL, 2002a, 2002b). As ações de rastreamento e detecção precoce de neoplasias, ofertadas a todos os indivíduos que constituem a população-alvo estão entre os métodos utilizados neste nível de prevenção (FIGUEIREDO, 2005; OMS, 2007).

Especificamente em relação à prevenção secundária do câncer do colo do útero, o exame eleito para a realização do rastreamento periódico é a colpocitologia oncótica, por meio da técnica de Papanicolaou (OMS, 2007). Todavia, a ocorrência de falso-negativos e resultados insatisfatórios relacionados ao exame, bem como a identificação da infecção pelo HPV como causa necessária para o desenvolvimento deste câncer ampliaram os investimentos no desenvolvimento de novos padrões de testes, como no caso da citologia em base líquida, a automação e os testes moleculares de detecção de DNA-HPV (BRASIL, 2011).

No caso da citologia em base líquida, as células coletadas da cérvix uterina são dispostas em uma base líquida fixadora pela própria escova de Campos de Paz, utilizada no momento da coleta de material. O próprio laboratório de citopatologia processa o material dispondo as células em uma camada única e uniforme, garantindo a redução dos exames insatisfatórios e, por sua vez, agilizando os resultados. A sensibilidade e especificidade deste exame não se demonstraram superiores ao da técnica de Papanicolaou, além de ter sido considerado mais cara. O mesmo foi identificado na citologia por automação. Já os testes moleculares de detecção de DNA-HPV demonstraram-se mais sensíveis, embora o custo relacionado ao exame seja muito elevado para uso disseminado e as reduções de mortalidade atingidas em países desenvolvidos tenham sido obtidas com o uso da técnica de citologia tradicional (BRASIL, 2011). Mediante ao exposto, a colpocitologia oncótica pela técnica de Papanicolaou permanece como exame de eleição para o rastreamento da doença.

Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que os programas de detecção tenham como população-alvo as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, diferente do recomendado em anos anteriores em que a coleta de amostra se encerrava aos 60 anos (BRASIL, 2011). Isso se deve aos resultados mais atuais que têm demonstrado uma baixa incidência da doença em mulheres com idade inferior a 25 anos e a falta de estudos conclusivos após os 65 anos de idade. Entende-se que os casos positivos em idades inferiores da recomendada, por serem pertencentes a estágios iniciais e devido ao lento curso da doença, serão facilmente detectados quando iniciado o período de coleta. Já para as mulheres acima da faixa etária inicialmente estabelecida – 64 anos, preconiza-se a paralisação do rastreamento após dois resultados consecutivos negativos em um intervalo inferior a 5 anos (BRASIL, 2011; WATSON, 2008; SASIENI, CASTAÑON, CUZICK, 2009)

Um dos principais estudos que balizou a recomendação quanto à periodicidade do exame foi realizado pela *International Agency of Research on Cancer (IARC, 1986)* com 8 países envolvidos. Neste trabalho, observou-se uma redução de 90% da incidência cumulativa da doença com a oferta do procedimento para as mulheres em intervalos de três anos, contra a redução de 93%, caso o exame fosse realizado anualmente. Entretanto a prática de ofertar o procedimento a cada seis meses ou um ano ainda pode ser observada como prática comum em diversas regiões do país. Estudos recentes realizados na Baixada Fluminense, Estado do Rio de Janeiro, demonstram que uma parcela de mulheres chega a realizar mais de duas coletas anuais, o que parece prejudicar o acesso de outras pacientes (RAFAEL *et al*, 2011; BRASIL *et al*, 2011; RAFAEL, MOURA, 2010).

Esta discrepância na periodicidade dos exames leva à reflexão sobre as estratégias utilizadas para captação das usuárias, principalmente nos serviços públicos, a fim de equalizar os gastos e garantir melhor acesso dos subgrupos mais vulneráveis. O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), destinado ao monitoramento desta doença, ainda carece de melhorias. O Sistema não possibilita o controle dos casos individualmente e em nível local, dificultando saber o intervalo entre a realização de exames pela mesma usuária. (BRASIL, 2011). O rastreamento organizado e sistematizado, utilizado em regiões desenvolvidas, é uma das propostas que permitiria o planejamento local das ações e estratégias de captação, além de possibilitar uma espécie de gestão do caso, contemplando as necessidades reais e individuais de cada mulher. Entende-se que para a qualidade e eficiência destes programas, a busca ativa de mulheres que não acessam o serviço poderia ser priorizada (OMS, 2007).

Mais uma vez a Atenção Primária, por meio das práticas de vigilância em saúde e promoção de vínculo, pode oferecer espaços propícios para melhora da situação de controle e detecção precoce da doença, facilitando a realização de exames de maneira regular. Porém, é de suma importância destacar resultados efetivos somente serão possíveis com a articulação dos três níveis de assistência do sistema de saúde, já que a APS realiza, principalmente, atividades destinadas à prevenção primária e secundária da doença (BRASIL, 2011).

### 1.1.3 Barreiras na busca e utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero

Apesar das novas iniciativas na disseminação e reorganização da oferta de serviços, observa-se que a prática de rastreio sistemático do câncer do colo uterino não tem sido

praticada de forma efetiva (FONSECA et al, 2010; PINHO, FRANCA-JUNIOR, 2003). Algumas mulheres, mesmo tendo acesso facilitado ao exame, não o realizam com a regularidade preconizada pelo MS (RAFAEL, MOURA, 2010; AMORIM et al, 2006). São muitos os modelos explicativos para este fenômeno, e algumas hipóteses estão baseadas no conceito do Comportamento Preventivo em Saúde (CPS), compreendido como um conjunto de atitudes pessoais em relação à saúde, influenciados pelos hábitos de vida. São comportamentos individuais que acabam por determinar a postura frente à saúde, incluindo o período onde não existem sintomas ou sinais de doença, estando relacionados tanto à cura quanto à prevenção ou melhoria dos condicionantes *de vida* (SANTOS, 2008; RODRIGUES et al., 2005).

Dentre as várias teorias que estudam o CPS, o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), desenvolvido originalmente como *Health Belief Model* por Rosenstock na década de 50, parece colaborar com explicações palpáveis. Segundo este Modelo, os indivíduos optam pela incorporação de práticas preventivas em saúde a partir do reconhecimento da sua própria vulnerabilidade e da gravidade do evento. Também leva em consideração os benefícios e as barreiras auto-percebidas, relacionadas às iniciativas necessárias para permanecer livre de determinada doença (FIGUEIRAS, MARCELINO, FERREIRA, 2010).

A vulnerabilidade refere-se à percepção do indivíduo sobre o risco de desenvolver uma doença em especial. Este olhar individual tem se mostrado importante para atitudes que englobam a adoção de práticas preventivas até a aceitação de um determinado diagnóstico (FUGITA, GUALDA, 2006). Segundo a OMS (2007), a sensação da possibilidade de adoecimento pelo sujeito alvo das ações é influenciada pelas atitudes, ideias e crenças a respeito da doença, podendo variar com o meio em que vive e com as informações que dispõe.

Outra dimensão que pode influenciar na adoção do CPS é a percepção da gravidade atribuída à doença. Neste caso, o indivíduo reconhece a perturbação emocional, familiar e/ou social que determinado fenômeno pode gerar sobre sua vida, avaliando as possíveis consequências e sequelas geradas pela adoção ou não de práticas preventivas a ele relacionadas. Estas sensações influenciam na opção por adotar ou não determinado comportamento, que também pode variar de acordo com a avaliação – positiva ou negativa – quanto à recomendação do profissional de saúde (COLETA, 2003; SANTOS, 2008). Segundo Fugita e Gualda (2006), a suscetibilidade e a gravidade como dimensões do MCS devem ser analisadas como um binômio indissociável, uma vez que as ameaças identificadas pelos usuários irão mediar a atenção destinada à determinada prática preventiva ou curativa. É

necessário salientar também que o grau de conhecimento que o indivíduo possui sobre o fenômeno e seus desdobramentos sobre o seu cotidiano também têm relação direta com estas duas dimensões.

Já as dimensões relacionadas aos benefícios e barreiras percebidas referem-se às crenças da população sobre a eficiência e eficácia dos métodos preventivos ofertados, que se relacionam intimamente com a estrutura dos serviços de saúde (CARVALHO, 1996; SANTOS, 2008). A vulnerabilidade e a gravidade parecem auxiliar na reflexão sobre estes processos individuais motivadores pela busca da prática preventiva. Já os benefícios e as barreiras determinam as escolhas quanto o que “fazer” durante o cotidiano das pessoas, uma vez que suscitam uma relexão sobre as dificuldades e os ganhos atrelados a adoção de determinada prática.

Dentre as barreiras específicas do exame colpocitológico, a vergonha e o desconforto têm sido narrados como sendo um dos principais fatores impeditivos para sua realização. Os procedimentos durante o exame e a inter-relação entre a usuária do serviço e o examinador remetem a questões subjetivas da sexualidade que podem colaborar com o aparecimento destas sensações. Ademais, os sentimentos negativos em relação a estas práticas de saúde também podem estar relacionados a situações mais amplas e que envolvem o gênero, tais como o papel da mulher na composição familiar, a dinâmica de vida do casal e às diversas possibilidades de considerar a sexualidade no núcleo social (RAFAEL, MOURA, 2010; DUAVY et al, 2007; OLIVEIRA, FERNANDES, GALVÃO, 2005).

Outro aspecto relatado pelas usuárias como barreira à realização de exame de prevenção do câncer do colo uterino é o medo direcionado ao procedimento, ao resultado do exame e ao profissional examinador (RAFAEL, MOURA, 2010). Este medo pode ser frequentemente associado ao efeito que um diagnóstico de câncer pode provocar sobre a mulher, trazendo a aproximação da ideia de morte e mutilações (OLIVEIRA, FERNANDES, GALVÃO, 2005). Complementando esta explicação, Brito (2007) diz que este fenômeno é uma resposta da mulher, como sujeito social, ao mau atendimento e às relações autoritárias por vezes vivenciadas com profissionais de saúde. Segundo o autor, esta é uma forma de trazer a tona a necessidade de percepção pelos profissionais dos sentimentos singulares e do poder decisório sobre o próprio corpo.

Outra hipótese explicativa relacionando o exame ao “sintoma medo” pode estar centrada na violência e no gênero, uma vez que o corpo da mulher, ainda nos dias atuais, é alvo da dominação masculina (LABRONICI, FEGADOLI, CORREA, 2010). Acredita-se que esta seja uma prática dominadora frequente onde alguns parceiros acabam por regular o corpo

da companheira, traduzindo-se no ato de cercear a realização do exame e outras ações de saúde. Isto justificaria o conflito interno entre a necessidade de prevenção recomendada pelos profissionais e o medo relacionado ao procedimento e ao examinador. Todavia, esta hipótese ainda merece maior aprofundamento teórico.

#### 1.1.4. Relações entre a Atenção Primária e o rastreamento do câncer do colo do útero

Com a elaboração da Constituição Federal Brasileira, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o sistema de saúde passou a ser regido por diretrizes e princípios doutrinários. Dentre eles, destacam-se a universalidade do acesso, a equidade e a descentralização dos serviços e da gestão. Este sistema prevê, em todo o país, a articulação dos três níveis de atenção das redes e serviços, a fim de resolver os problemas de saúde e atender às necessidades da população por meio de ferramentas epidemiológicas e com a participação popular. Nesta perspectiva, o setor passou a ser subdividido em três níveis de atenção que se comunicam entre si, a saber: a atenção primária, a secundária e a terciária (BRASIL, 1990).

A Atenção Terciária destina-se aos atendimentos de maior complexidade tecnológica, seja ela clínica ou cirúrgica, e é constituída pelos hospitais gerais, hospitais especializados e universitários, bem como atendimentos de urgência e emergência. A forma de acesso a este nível do sistema pode-se dar por meio de encaminhamento dos demais níveis de atenção ou pela porta de entrada das emergências. O nível secundário destina-se ao atendimento encaminhado da atenção primária ou contra-referenciado da terciária. Nele concentram-se estabelecimentos de saúde especializada, como na assistência das grandes áreas: ginecologia, obstetrícia, pediatria, clínica geral e cirurgias de menor porte; e de subespecialidades, tais como ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, dentre outros (RODRIGUES, SANTOS, 2008).

A APS é entendida como sendo um conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção, a cura e a reabilitação de doenças em âmbito individual e coletivo. Este nível de atenção é considerado a porta de entrada das pessoas no sistema de saúde. Seu desenvolvimento é dado pelo exercício de práticas participativas dirigidas a territórios e populações definidas, por meio do trabalho intersetorial e de equipes multiprofissionais integradas (BRASIL, 2006). Existe o entendimento de que a saúde é vista como um recurso diário e não o objetivo da vida, integrando a dinâmica que as pessoas utilizam para satisfazer

suas necessidades básicas e conviver com o ambiente. Para tanto, deve contemplar atributos essenciais voltados para acessibilidade, longitudinalidade do cuidado e integralidade da assistência da população sob os cuidados das equipes (STARFIELD, 2002).

A resolutividade do sistema de saúde deve ocorrer principalmente por meio das ações da APS. Segundo o estudo proposto por Green et al (2001), a cada mil pessoas, 800 apresentarão algum tipo de manifestação clínica e apenas 1% deveria ser assistida pela atenção terciária. O foco da resolução dos problemas de saúde deve permitir que as equipes de saúde articulem formas de enfrentamento dos problemas locais vivenciados pela comunidade (BRASIL, 2006; STARFIELD, 2002). Outro princípio seguido é a lotação de profissionais com olhar generalista sobre os problemas de saúde. Alguns autores têm defendido a ideia que quanto maior o número de profissionais generalistas e o investimento neste nível de atenção, melhores serão os resultados dos indicadores de saúde, impactando diretamente na redução das internações e na qualidade de vida das pessoas (NEDEL, 2010; MACINKO, STARFIELD, SHI, 2003).

Seguindo esses princípios, o MS lançou o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é operacionalizada por meio da implantação de equipes multiprofissionais compostas por enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos de enfermagem e técnicos ou auxiliares de consultório dentário. Também fazem parte destas equipes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), indivíduos pertencentes à comunidade e que possuem como atribuição fundamental fazer o elo entre a Unidade de Saúde e a população adscrita. A territorialização, a adscrição de clientela e o reconhecimento das necessidades individuais e coletivas de cada comunidade auxilia no processo de programação da assistência, contemplando a dinâmica social em que vivem os diversos grupos populacionais. A Estratégia propicia espaços de práticas preventivas e promotoras de saúde por meio de ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais e com a participação comunitária (RONZANI, SILVA, 2008; VALENTIM, KRUEL, 2007; BRASIL, 2006b; COSTA, CARBONE, 2004).

As equipes de saúde da família também utilizam em seu cotidiano ações de vigilância em saúde, que ocorre pelo acompanhamento dos problemas da população por meio de um olhar atento aos processos relacionados ao território e ao modo de vida das pessoas que compõem uma determinada comunidade. O objetivo deste trabalho é monitorar de forma permanente a situação de saúde através da articulação de conhecimentos da epidemiologia, ciências sociais e planejamento estratégico. A partir dos dados gerados por este planejamento

as equipes devem organizar suas práticas com vistas ao enfrentamento dos problemas e necessidades comunitárias detectados (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2008).

As condições monitoradas pelas equipes não são escolhidas ao acaso, mas estão pautadas nos indicadores propostos pelo “Pacto pela Vida” (Quadro 1). Este documento trata de onze prioridades a serem assumidas por todas as equipes de saúde, prioritariamente no âmbito do SUS, em todo o território nacional (BRASIL, 2009).

Quadro 1 – Prioridades do Pacto pela Vida

I. Atenção à saúde da pessoa idosa
II. Controle do câncer do colo do útero e de mama
III. Redução da mortalidade infantil e materna
IV. Fortalecimento das respostas às doenças emergentes e endêmicas
V. Promoção da saúde
VI. Fortalecimento da atenção básica
VII. Saúde do trabalhador
VIII. Saúde Mental
IX. Fortalecimento da capacidade de resposta às pessoas com deficiência
X. Atenção integral às pessoas em situação de violência
XI. Saúde do homem

Fonte: Brasil, 2009.

As ações de prevenção e controle do câncer do colo do útero também são realizadas a partir das orientações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, com base nas estratégias para o diagnóstico precoce e redução da mortalidade por este agravo (BRASIL, 2004). O programa preconiza a ampla disseminação do exame de colpocitologia oncótica em faixas etárias mais vulneráveis. Experiências exitosas têm demonstrado a redução significativa desta doença através do rastreamento seletivo de populações sob maior risco, conjugada à prática de captação sistemática destes grupos (BRASIL, 2006; NYGARD, SKARE, THORESEN, 2002). Nesta perspectiva, a APS tem se mostrado como cenário propício para o desenvolvimento de práticas preventivas de nível primário e secundário. Ao aliar o rastreamento direcionado, a busca ativa e as características propostas pelo Modelo de Crenças, a ESF pode representar um diferencial no desenvolvimento destas práticas (RAFAEL, MOURA, 2010; BRASIL, 2006a).

## 1.2 Violências: considerações sobre os conceitos e a relevância do fenômeno

### 1.2.1 Discutindo a relevância e as bases conceituais do problema

Atualmente, observa-se uma intensificação da discussão do fenômeno mundial da violência, provavelmente pelos números cada vez maiores de ocorrências e seus desdobramentos frequentes sobre os equipamentos sociais. Dentre os fatores que apoiam este processo estão os impactos sobre a saúde e qualidade de vida da população, as consequências de ordem política e econômica e, por motivos óbvios, a restrição aos direitos básicos do cidadão e seus desdobramentos sobre a segurança pública (MINAYO, 2005). A violência é compreendida como múltipla e uma tentativa de trazer uma definição fixa pode ser perigosa ao gerar uma visão reducionista, descontextualizada e mal compreendida. Vários autores defendem a ideia de que violência deve ser tratada como um fenômeno sócio-histórico de vivências relacionadas à carga emocional de quem perpetra, sofre ou presencia o ato (MINAYO, 2006; MINAYO, 2005; ARENDT, 1990; DOMENACH, 1981).

Segundo Domenach (1981) parece que a violência está intrínseca nas relações sociais e, por isso, sua concepção e manejo tendem a ser modificadas conforme o contexto onde está inserida. Um dos exemplos destas mudanças apontados pelo autor é a forma de se pensar sobre a escravatura. No passado, ter escravos era natural e socialmente aceito, pois a liberdade era um privilégio destinado a poucos. No entanto, quando a liberdade é interiorizada pelas pessoas como um valor e ganha um sentido amplo e político, a escravidão passa a ser concebida como algo violento e inaceitável na contemporaneidade.

Longe de ser considerado um consenso, visando uma proposta de entendimento que possibilite o enfrentamento deste problema, Krug et al (2002) conceitua violências como sendo a utilização da força física ou do uso de poder contra um ou mais indivíduos, em atos propriamente ditos ou em formas de ameaças, resultando em danos físicos, psíquicos, econômicos e/ou de ordem moral para o desenvolvimento ou manutenção da vida de quem é vítima da ação. Destaca-se que apesar de múltiplas possibilidades de definições, esta tem sido a mais utilizada no meio acadêmico e assistencial sendo recomendada no “Relatório mundial sobre violência e saúde”.

Propondo balizas para uma tipificação da violência o evento, no mesmo relatório, foi dividido em três grandes grupos. A violência auto-infligida refere-se a atos contra a própria

pessoa, podendo ser classificada em comportamento suicida e auto-abuso, utilizado em práticas de automutilações. A violência interpessoal também é dividida em duas formas, sendo da família / do parceiro íntimo ou comunitária, quando ocorrência se dá em indivíduos sem parentesco. Por fim, a violência coletiva é definida por aquela praticada por grandes grupos ou pelo próprio Estado, sendo de ordem econômica, política e/ou social (KRUG et al, 2002; MINAYO, 2006). Com exceção da violência auto-infligida, todas as outras formas ainda podem ter a natureza dos atos classificadas em quatro categorias, a saber: física, sexual, psicológica e de negligência ou privação. Embora as fronteiras entre estas categorias nem sempre sejam claras, tornam possíveis a determinação de alguns padrões e, com isso, a formulação de estratégias preventivas e de controle (KRUG et al, 2002).

A violência física é entendida como todo ato que cause ou possa causar lesão corporal, feridas, dor ou incapacidades, podendo ser moderada ou grave. Em sua forma moderada são contemplados os atos de ameaça e de agressão física que levem a lesões corto-contusas, como tapas e empurrões. Já as formas severas são caracterizadas por lesões temporárias ou definitivas, podendo envolver o uso de armas, sejam elas brancas ou de fogo (MINAYO, 2005; MONTEIRO, SOUZA, 2007).

A violência sexual afeta uma parcela significativa de pessoas. Este tipo de abuso diz respeito aos atos ou jogos sexuais que visem a vitimização e a utilização de poder para a obtenção de prazer, excitação e práticas sexuais, sendo imposta por meio de violência. As questões de gênero, que serão abordadas futuramente, estão intimamente relacionadas a este tipo de abuso, que também envolvem o poder e ameaças (MONTEIRO, SOUZA, 2007; MINAYO, 2005).

A violência psicológica, uma das formas mais frequentes e também banalizadas, é definida como toda ação ou omissão que tenha o objetivo de causar danos à estima, identidade ou ao desenvolvimento de um indivíduo. Geralmente está acompanhada das demais formas de abuso, sendo um dos tipos de maior dificuldade de detecção. Dentre suas práticas estão incluídas ameaças, humilhações, discriminação e várias outras maneiras de impedimento do uso material e das relações sociais. (SILVA, COELHO, CAPONI, 2007; MINAYO, 2005; KRUG et al, 2002).

Por fim, a negligência ou privação é expressa como a ausência ou o impedimento de práticas de cuidados a pessoas dependentes, reduzindo suas possibilidades de crescimento, desenvolvimento ou manutenção da vida. Esta prática de violência, em geral, está associada a crianças e idosos, uma vez que estes são os grupos que frequentemente possuem autonomia reduzida e, por sua vez, dependem de cuidados (MINAYO, 2005). Existem ainda diferentes

subtipos de negligência, sendo dividido em: a. atos psicológicos, como ausência de suporte e cuidado; b. físicos, como ausência de limpeza, alimentação, etc; c. educacionais, voltados à ausência ou privação de oportunidades (DUBOWITZ et al, 2004).

O fenômeno da violência é considerado um problema mundial e multifatorial. Acredita-se que sua abordagem deva contemplar a interdisciplinaridade entre os diversos saberes e as estratégias de todos os setores que compõem o Estado, a fim de formular propostas que extrapolem o simples ato criminalizante (SOARES, 2007). Para Phebo (2007), o reconhecimento das características das violências é o primeiro passo, e talvez o mais importante, para auxiliar no controle deste fenômeno.

### 1.2.2 Discutindo o modelo ecológico das violências

Com o objetivo de analisar as raízes das violências apresenta-se o modelo ecológico que considera este fenômeno como sendo o resultado da influência de fatores individuais e contextuais sobre o comportamento humano (BRONFENBRENNER, 1996). Introduzido na década de 70, este modelo serviu de base para a compreensão da violência da criança e, posteriormente, foi aplicado nas formas de abuso que acometem as diferentes faixas etárias e aquelas perpetradas por parceiros íntimos, conforme Figura 5.

Figura 5 - Modelo ecológico para compreender a violência.



Fonte: KRUG, 2002.

Em cada nível do modelo é possível observar as relações entre os fatores de risco e proteção em que os indivíduos estão expostos às situações de violência. Neste sentido, suscita reflexões sobre as vulnerabilidades nos quatro níveis de interação – social, comunitária,

relacional e individual; mas também de fatores que influenciam na capacidade de resiliência dos sujeitos (KRUG, 2002).

O primeiro nível deste modelo trata dos fatores históricos, biológicos e pessoais que influenciam o comportamento, balanceando as características individuais como fatores de risco ou proteção. Ou seja, existiriam características que poderiam aumentar ou não a possibilidade de um indivíduo ser vítima ou perpetrador da violência. Embora o evento possa variar de acordo com o cenário e a tipologia (CANO, 2007), a ocorrência deste fenômeno pode estar associada a algumas características, como idade, escolaridade, situações de vulnerabilidade social, capacidade de comunicação, uso abusivo de álcool, entre outros. A associação entre álcool e violência íntima tem sido objeto de discussão em alguns estudos. Estima-se que cerca de 10% dos episódios de violência estejam relacionados ao consumo excessivo de álcool, demonstrando certa linearidade na associação entre os dois eventos (ZALESKI et al, 2010; D'OLIVEIRA et al, 2009; VIEIRA et al, 2008).

O segundo nível do Modelo, de dimensão relacional, aborda as influências que as relações podem gerar sobre o fenômeno da violência. Para Vial *et al* (2010) os elos que familiares e amigos constroem por meio de ideais e valores comuns, ou não, podem tornar as relações mais cooperativas ou até mesmo violentas. Ilustrando este nível de relação, Gawryzewski *et al* (2008) relatam que crianças, mulheres e idosos possuem maiores chances de serem vitimadas no próprio domicílio.

Como os relacionamentos são norteados pelas visões de gênero dos indivíduos e pelas diferenças entre as gerações, é comum perceber as desigualdades nos espaços domésticos (DIAS, MACHADO, 2008). As relações transversais, hierárquicas - seja devido ao poder econômico ou físico - e ainda calcadas no poder patriarcal costumam pautar a dinâmica familiar. Argumentações assimétricas e as autoridades tradicionais também podem se tornar argumentos utilizados durante as negociações ou mesmo nas violências, tornando o domicílio um ambiente desafiador no que tange a discussão sobre os abusos relacionais (OMS, 2010; CORTEZ, SOUZA, 2008; MOURA, 2006). Para Franco, Ribeiro & Gryner (2004) também podem ser considerados como atos violentos as ações excessivas e que são capazes de desestruturar a subjetividade de um ou mais indivíduos.

Quanto ao terceiro nível, busca a identificação das características ambientais em que as diversas formas de violência estão inseridas. A mobilidade frequente de domicílios, a heterogeneidade da comunidade, a dificuldade de formação de vínculos sociais, a urbanização com alta densidade populacional e a pobreza são fatores de risco apontados, no nível comunitário, como propícios as diversas formas de violência (DUTRA et al, 2013; OMS,

2010). Os altos índices de desemprego e comunidades que vivenciam rotineiramente o problema do tráfico de drogas também são elencados como fatores que levam mais facilmente a ambientes violentos (VIEIRA, 2008). Em cenários em que a violência é comum existe uma certa tendência a banalização destes atos, onde os valores que tornam isso possível acabam sendo interiorizados pelas pessoas. A dificuldade de revelar o ocorrido e vencer o muro do silêncio está praticamente vetada em territórios que vivenciam um cotidiano violento, pois possuem normativas e regras dissociadas do aparelho do Estado (CANO, 2007; SOARES, 2007).

Por outro lado, a forma de organização comunitária também pode estabelecer um mecanismo de proteção contra os abusos. As sanções aplicadas ao perpetrador pela comunidade, o abrigo das vítimas e o apoio familiar e dos vizinhos parecem coibir as violências. A visão de gênero também guarda relações com este nível do modelo. Comunidades que o *status* da mulher tenha alcançado níveis elevados, em geral, tem menor magnitude do fenômeno (OMS, 2010; DIAS, MACHADO, 2008).

O último nível do Modelo trata dos fatores mais amplos que exercem influência sobre a violência: os fatores sociais. Abrange as forma de aceitação das normas culturais, como se estabelecem as estruturas de poder relacionada ao sexo e à paternidade, bem como as políticas, sejam elas de saúde, educacionais ou econômicas, que podem ou não reafirmar as desigualdades sociais (DUTRA et al, 2013; BACKES et al, 2011; DIAS, MACHADO, 2008). Cano (2007) apresenta que a violência nem sempre é mais prevalente em comunidades pobres, mas sim em locais que possuem desigualdade e contrastes sociais, embora em estratos socioeconômicos mais baixos ela possa se tornar mais visível.

Os fatores expostos nos diferentes níveis do Modelo Ecológico podem coexistir ou atuar individualmente, dependendo da tipologia da violência e do contexto em que se insere, formando vínculos complexos. Conhecer a causalidade do fenômeno pode auxiliar na proposição de estratégias preventivas e na promoção de uma cultura de paz (KRUG, 2002).

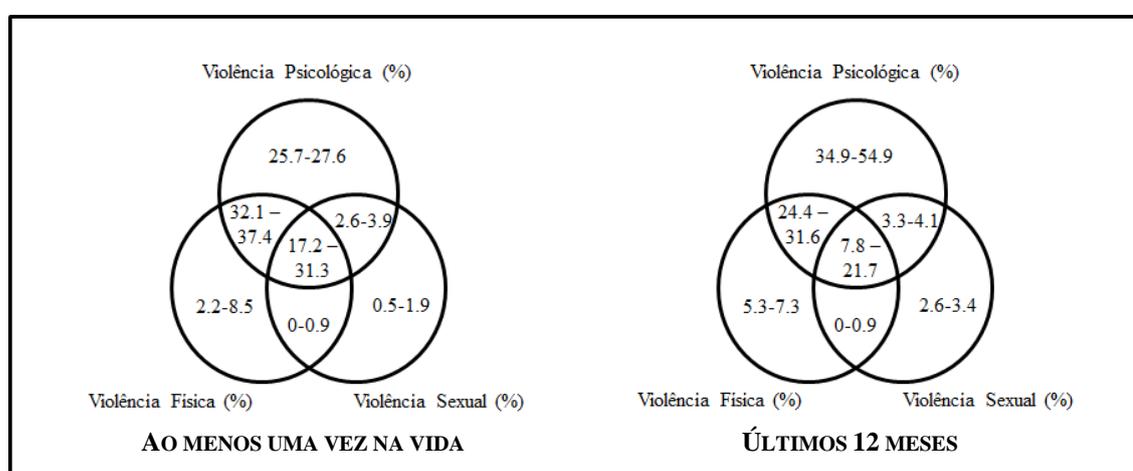
### **1.3 Mulheres em situação de violência: relações de gênero, magnitude e suas consequências**

#### **1.3.1 Discutindo a magnitude da violência íntima contra a mulher**

Pesquisas recentes demonstram que embora a agressão física seja o ato abusivo que mais chama atenção da sociedade, outras formas de violências também estão constantemente

relacionadas à dinâmica de relacionamento dos casais. Muitos grupos de pesquisa acabam desenvolvendo pesquisas transversais, que possibilitam apontar ainda associações e identificação grupos de maior vulnerabilidade. A Figura 6 utiliza, como exemplo, dois estudos de prevalência realizados em São e Paulo e Zona da Mata de Pernambuco (SCHRAIBER et al, 2007) e no Distrito Federal (MOURA et al, 2009). Ambos utilizaram instrumental de aferição compatível, o que possibilitou esse exercício, apesar das diferenças na amostragem.

Figura 6 - Variações das associações entre os tipos de violência contra a mulher em dois estudos realizados na cidade de São Paulo, na Zona da Mata de Pernambuco e no Distrito Federal



Fonte: elaborado a partir dos dados de SCHRAIBER et al, 2007; MOURA et al, 2009.

O estudo de Schraiber et al (2007), realizado com uma amostra de 940 mulheres da cidade de São Paulo e de 1.188 da Zona da Mata de Pernambuco, apontou que a violência psicológica esteve presente em 90% dos relatos, sendo a mais prevalente entre as formas de abuso. Já a violência física, ocorreu em 61.3% das entrevistas realizadas em São Paulo e 67,9% na Zona da Mata Pernambucana. Quando associadas, as formas de violência mais prevalentes foram a física e psicológica (32.1% em São Paulo e 34% na Zona da Mata), seguida da combinação de abusos psicológicos e sexuais (3.2% em São Paulo e 3.9% na Zona da Mata). Chama a atenção que cerca de 20% da amostra total referiu sofrer os três tipos de violência por seus parceiros.

No estudo de Moura et al (2009), realizado com 278 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, residentes em uma área metropolitana do Distrito Federal, os autores demonstraram que 80.2% (IC95%: 75.5/84.9) sofreram violência psicológica perpetrada por parceiros íntimos ao

menos uma vez na vida. A violência física foi o segundo tipo de abuso mais prevalente (58.6%; IC95%: 52.8/64.4) neste grupo de mulheres. Já a violência sexual esteve presente em 28.8% (IC95%: 23.5/34.1) dos sujeitos entrevistados. Quando observadas as associações entre as formas dos atos violentos, os autores evidenciaram que: 37.4% das mulheres foram vítimas de abuso físico e psicológico, 2.6% nas formas psicológica e sexual e 31.3% foram vitimadas nos três tipos de agressão ao longo de sua vida.

Muitos outros estudos apontam para a sobreposição dos diferentes tipos de violência íntima, e as consequências deste fenômeno vão muito além da saúde física da mulher, podendo trazer problemas de ordem econômica, social e do núcleo familiar de uma maneira geral (VIEIRA et al, 2013; GADONI-COSTA, ZUCATTI, DELL'AGLIO, 2011; MOURA et al, 2009; SCHRAIBER et al, 2007; GOMES, 2003). Fica claro que o perfil das violências é variável conforme a tipologia e os cenários de suas práticas. Diferente dos homens, as mulheres são vítimas deste fenômeno em sua própria residência e tendo como principal perpetrador o próprio companheiro. A este evento atribui-se a denominação de violência íntima, entendida por atos abusivos praticados entre indivíduos com laços afetivos ou parentais, ocorrendo principalmente contra mulheres. Estima-se que, dependendo da região e do tipo de estudo, esta violência pode atingir até 50% da população feminina ao menos uma vez na vida (BRASIL, 2010; ARNOLD et al, 2007; DAHLBERG, KRUG, 2006; MINAYO, 2005).

### 1.3.2 As relações de gênero e as situações de violência envolvendo a mulher

O fenômeno das violências parece variar de acordo com os períodos históricos de cada sociedade e de suas normas culturais vigentes. As noções tradicionais de gênero são as principais responsáveis pela magnitude da violência íntima (DIAS, MACHADO, 2008; CORTEZ, SOUZA, 2008). Minayo (2006) dispõe que gênero é um termo utilizado para tratar das relações de poder, hierarquia e desigualdades culturalmente atribuídas às peculiaridades biológicas e sexuais dos indivíduos, bem como aos espaços sociais ocupados por homens e mulheres.

A divisão de papéis entre os gêneros se dá devido à uma significação social sobre a necessidade de diferenciar questões que podem ser consideradas naturais. O Homem tem a necessidade de demarcar suas oposições socioculturais entre o masculino e o feminino. Uma

vez que a visão social ocidental é pautada no androcentrismo e na dominação masculina, dispensa-se qualquer tipo de discurso para marcar o espaço do homem, restando para a mulher ocupar os lugares de menor interesse masculino (BOURDIEU, 2002). De um lado o homem, visto como provedor do sustento familiar e, com isso, detentor de poder de organização e determinação das funções dos atores envolvidos neste espaço microsocial. De outro, a mulher, que têm responsabilidades sobre os cuidados dos filhos, o gerenciamento do lar e, obviamente neste contexto, deve obediência e respeito ao seu marido. (DIAS, MACHADO, 2008; GRIFFIN, DANTAS-BERGER, 2007).

Não é difícil perceber que as ações disparadoras do gatilho da violência estão relacionadas a atos que contestem este poder masculino sobre o corpo e a vida da mulher, tais como questionamentos sobre a gerência das finanças familiares, a prática de atos que não tenham sido previamente permitidos pelo marido e a negação do sexo, constando como uma das principais causas de conflitos. Nesta perspectiva, o homem, amparado por uma cultura tradicional de gênero, aplica punições no sentido de prevenir futuras transgressões pela mulher. (OMS, 2010; CORTEZ, SOUZA, 2008). Contribuição recente à este cenário revela que muitos homens não reconhecem as atitudes violentas, culpando as mulheres pelas ocorrências, o que corrobora para a compreensão de que estas atos são muitas vezes banalizados pela sociedade (SILVA, COELHO, NJAINE, 2014).

As noções de honra masculina, em algumas culturas, acabam por colocar a mulher em situações de risco. Estes contextos muitas vezes delimitam as divisas entre o justo, o permitido e os limites sociais da violência contra a mulher como um direito, moral ou legalmente justificado, do homem (KRUG et al, 2002). A fim de ilustrar estes direitos, tomam-se alguns países árabes como exemplo, onde a punição para mulheres que cometeram o adultério pode chegar a apedrejamento em praça pública. No Brasil, até poucos anos atrás, a alegação de legítima defesa da honra ainda era utilizada como fator redutor de pena e como justificativa de crimes de homicídio praticados contra a mulher que cometeu o adultério (RAMOS, 2012).

### 1.3.3 Possíveis consequências relacionadas à violência íntima contra a mulher

O interesse de pesquisas que relacionam com as violências e seus impactos, imediatos e em longo prazo, sobre a saúde da mulher tem crescido, uma vez que o setor saúde acaba sendo um dos principais cenários de identificação dos casos deste evento. De forma geral,

sabe-se que as consequências das violências podem se manifestar ou perdurar muito tempo após a ocorrência do abuso. Quanto maior a frequência ou a gravidade dos eventos, maiores serão os impactos sobre a saúde da vítima. Essas consequências sobre a saúde feminina podem se apresentar de diversas maneiras, variando desde manifestações vinculadas à saúde reprodutiva até a forma de acesso aos serviços por essas mulheres (MINAYO, 2005; 2006; SOARES, 2007)

No campo da saúde sexual, um dos grandes problemas relacionados à violência se concentra na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, como uma das consequências, a maior exposição às infecções do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Uma das hipóteses explicativas para este fenômeno se dá em relação à incapacidade da mulher em negociar a utilização de preservativos com seus parceiros (TAQUETTE, 2005; CASTRO, CUNHA, SOUZA, 2011). Dados recentes também demonstram que o processo desencadeador da violência pode estar associado à revelação do diagnóstico de HIV (BARROS, SCHRAIBER, FRANÇA-JUNIOR, 2011), dando ao problema um caráter cíclico e preocupante.

A qualidade da assistência pré-natal também parece ser influenciada pela ocorrência das violências. Em um estudo com 1.379 gestantes de Campinas (SP), foi identificada a dificuldade de comparecimento nas consultas de pré-natal em mulheres vítimas de violência física e sexual (AUDI et al, 2008a). Moraes, Arana e Reichenheim (2010) observaram que as mulheres que relataram violência física durante a gestação obtiveram 2,2 vezes mais chances de desenvolver um pré-natal de má qualidade. Embora ainda não exista consenso sobre o assunto, os desfechos obstétricos desfavoráveis também são alvo de estudos que buscam entender suas relações com as violências, como no caso da prematuridade (AUDI et al, 2008b).

Um relevante impacto, embora não trate especificamente da saúde feminina, são as consequências geradas no desenvolvimento infantil (REICHENHEIM *et al*, 2011) e na manutenção dos laços familiares. Grande parte dos abusos físicos cometidos contra as mulheres são presenciados por crianças, resultados estes que podem ser refletidos no crescimento e desenvolvimento infantil, no bem-estar do adolescente (BRASIL, 2010) e até mesmo no início tardio do acompanhamento nas consultas de puericultura (SILVA, MORAES, REICHENHEIM, 2012). Para Minayo (2006), as consequências de atos violentos são sentidas por toda a família, independente dos outros entes serem vítimas diretas dos abusos.

Outro aspecto importante seria a perpetuação da violência. Alguns autores apontam que algumas mulheres, devido a estigmas relacionados aos abusos e o sentimento vergonha frente ao reconhecimento social, evitam as denúncias e se mantêm nas relações conflituosas (MOREIRA, BORIS, VENÂNCIO, 2011). Todavia, mesmo sendo elas um dos principais alvos deste tipo de evento, acredita-se que a relação de vítima e perpetrador seja mutável, observadas as hierarquias sociais impostas em determinados núcleos familiares (OMS, 2010). Em um estudo transversal realizado com 524 acompanhantes de crianças, em três hospitais do Estado do Rio de Janeiro, foi possível observar que as mães foram as principais perpetradoras de violências em alguns tipos de abuso (MOURA, MORAES, REICHENHEIM, 2008).

Embora pouco discutido, a busca pelos serviços de saúde e sua associação com a violência possui um significado importante no que tange ao conhecimento do comportamento destas mulheres. A violência suscita uma maior procura das mulheres pelos serviços de saúde de emergência devido a dores crônicas ou mesmo visando uma prática de escuta do profissional de saúde. Além disso, a busca pelos serviços pode se dar como acompanhantes de seus filhos em consultas pediátricas. Porém, acredita-se que esta busca seja desordenada, não havendo regularidade das ações e, por sua vez, não gerando impacto sobre os condicionantes de saúde e vida desta população. Ademais, a violência pode impactar negativamente na busca por serviços de prevenção e aqueles que tenham relação com aspectos da vida sexual. (RIVARA et al, 2007; SCHRAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Avaliar as influências da violência íntima na busca das mulheres pelos serviços de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo do útero na ESF do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil.

### **2.2 Objetivos secundários**

A partir do objetivo geral, este estudo tem como objetivos específicos:

- a) Refletir sobre aspectos éticos e metodológicos sobre pesquisas envolvendo mulheres em situação de violência;
- b) Analisar o perfil da violência íntima em uma amostra de usuárias da ESF do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro.

### 3 JUSTIFICATIVA

O interesse na elaboração deste trabalho originou-se após a conclusão da dissertação do Mestrado em Saúde da Família, que investigou a percepção das mulheres sobre as principais barreiras impeditivas na busca pelo rastreamento do câncer do colo uterino na Atenção Primária; tendo como produtos dois artigos já publicados, respectivamente, nos Cadernos Saúde Pública – Fiocruz – e nos Cadernos de Saúde Coletiva – IESC/UFRJ (RAFAEL, MOURA, 2010; RAFAEL MOURA, 2012). Dentre os aspectos debatidos na época, foram levantados os aspectos relacionados ao gênero e dinâmica de vida das mulheres como fatores que poderiam influenciar na utilização dos serviços de saúde.

Historicamente a mulher ocupa a posição de gerência do lar, servindo como base de suporte para o cuidado dos filhos e sustentação da família. Existe uma progressiva sobreposição das atividades próprias ao trabalho com as já desempenhadas no lar, uma vez que as mulheres se inserem cada vez mais no mercado de trabalho por questões relacionadas à realização pessoal, destaque social, etc. Estas contínuas mudanças nos papéis femininos tornaram ainda mais complexa a abordagem dos problemas de saúde da mulher.

Estas novas demandas sociais acabaram modificando as prioridades e hábitos de vida, o que por vezes pode dificultar as funções relativas ao cuidado com a saúde. Agravos evitáveis e até mesmo curáveis têm aumentado exponencialmente na população feminina, como algumas doenças crônicas não transmissíveis, as infecções por HIV e os cânceres femininos. No caso específico do câncer do colo do útero, um dos objetos desta tese, estima-se que a neoplasia pode ser curada em até 100% das mulheres, quando a detecção precoce ocorre. Com isso, o exame de colpocitologia oncótica, técnica eleita no país, aliado a estratégias de prevenção primária tornam-se ferramentas essenciais para o efetivo controle da doença.

Na ocasião do curso de mestrado, escalas que avaliam o Modelo de Crenças em Saúde foram aplicadas a fim de aproximar da realidade do acesso experimentado por estas mulheres. Foram apontadas inúmeras barreiras de utilização das técnicas de rastreamento, tais como dificuldades relacionadas ao transporte até a unidade, ao agendamento dos exames, etc. As variações dos sintomas “medo” e “vergonha” também demonstraram-se como importantes mediadores na opção das mulheres na realização dos exames, despertando a hipótese de que estes sentimentos poderiam estar entrelaçados às situações de violências íntimas.

Tem sido demonstrado que a vergonha do reconhecimento social da vítima como sujeito violentado tem contribuído para a manutenção das situações de violência em diversas

famílias. A mulher acaba como se manter nas relações conflituosas, convivendo com o constante medo de novas práticas de violência. Por se tratar de uma emoção, um sentimento, cada mulher tende a reagir de forma distinta, considerando as suas experiências, histórias, valores e bagagem cultural. De um lado algumas vítimas desenvolvem transtornos que podem durar toda uma vida, como depressão e estresse pós-traumático. De outro, as vítimas acabam por optar pelo isolamento social e abandono de práticas cotidianas que ocasionalmente poderiam lhe trazer benefícios pessoais e/ou familiares.

Sabe-se que violência contra a mulher é um fenômeno multifacetado e com pluralidade de impactos sobre a saúde individual e coletiva das mulheres. Atualmente muitos estudos têm relacionado à violência íntima a desfechos gineco-obstétricos. Acredita-se que mulheres expostas estão mais vulneráveis a impedimentos no acesso direto à informação e atendimento pelos serviços de saúde, principalmente quando se trata de exames e procedimentos que remetem a questões específicas de gênero e sexualidade. Nesta perspectiva, a realização irregular do exame colpocitológico e, por sua vez, o aumento da incidência do câncer do colo do útero podem estar sendo influenciados pela violência a que algumas mulheres são expostas, balizando a hipótese deste estudo.

Os fenômenos em tela possuem especial interesse para a Atenção Primária à Saúde, uma vez que suas raízes estão inseridas no nível comunitário e com interseções nas relações humanas. Acredita-se que as equipes que atuam neste nível de atenção possam auxiliar na formação de redes protetoras já que têm uma capacidade ímpar de aproximação da realidade vivenciada pela população. Um trabalho mais próximo destas raízes permitiria a captação precoce das mulheres com vistas a formulação de estratégias de maior resolutividade.

Assume-se que estas práticas podem ser facilitadas e articuladas na ESF, uma vez que este modelo de atenção incorpora a formação de vínculo, acolhimento e ações de educação popular, com o apoio de equipes multiprofissionais. As equipes da Estratégia atuam sob a ótica da vigilância em saúde através de adscrição de clientela em um território definido, facilitando a (re-)programação dos serviços de saúde conforme as necessidades e demandas populacionais. Além disso, a formação de vínculo entre as usuárias e os profissionais tende a facilitar o uso dos serviços e o monitoramento dos indicadores de saúde populacionais.

Com isso, parece pertinente uma avaliação mais aprofundada destes fatores que dificultam a utilização dos serviços de saúde, uma vez que as mulheres podem desempenhar papel catalisador no que se refere às práticas de cuidado, individuais e de suas famílias, influenciando outros membros do núcleo familiar em relação as crenças e necessidades do

autocuidado. O entendimento destes processos pode auxiliar na programação, no âmbito da gestão e da assistência, de novas maneiras de captação das mulheres aos serviços de saúde.

Outra contribuição deste trabalho é a análise dos fenômenos por meio de um estudo de caso-controle. O que se observa, na maior parte da literatura nacional, é que os fatores que impedem ou dificultam a busca das mulheres pelos serviços de rastreamento do câncer são avaliados quase que exclusivamente por meio de estudos de prevalência. Neste sentido, trabalhar a avaliação de riscos, mesmo que de maneira retrospectiva, pode trazer importantes contribuições de informações a este cenário, inclusive estimulando que novos estudos sejam pautados por este método. Desta forma, levando em consideração os aspectos subjetivos e de difícil observação, esta tese propõe a geração de dados que permitam reflexões sobre as formas de enfrentamento destes importantes fenômenos para o cenário atual de saúde pública, ou seja, da violência íntima e das barreiras de utilização dos métodos de rastreamento do câncer do colo do útero.

## 4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

### 4.1 Natureza e tipo do estudo

Na medida em que se pretendeu investigar a ocorrência de violência íntima como fator de risco para a não realização de exames de rastreio do câncer do colo do útero, optou-se por realizar um estudo do tipo caso-controle com uma amostra de mulheres usuárias da ESF do município de Nova Iguaçu.

### 4.2 Cenário do estudo

O município de Nova Iguaçu está situado na Baixada Fluminense, Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. Administrativamente, o município está dividido em oito setores de planejamento, que se subdividem em bairros, abrigando uma das maiores populações do Estado, cerca de 800 mil habitantes. Com uma densidade populacional de 1.527,6 pessoas/Km<sup>2</sup>, corresponde a cerca 7,0% da população e 9,78% do território da Região (IBGE; PMNI, 2011).

Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,762, considerado médio, o que leva o município a ocupar a 45ª posição no critério de IDH Estadual. A economia iguaçuana é a 4ª dos municípios da região. Também ocupa a mesma posição em número de eleitores, representando 4,72% da população. Neste sentido, Nova Iguaçu é considerado um dos mais importantes da região, principalmente quando se considera os aspectos políticos e econômicos (IBGE, 2011).

A demografia municipal é caracterizada por uma população relativamente jovem, com média de idade de 28,76 anos e um predomínio (57,5%) de pessoas com idade entre 18 e 59 anos, próprio de regiões que ainda experimentam fases do processo de transição demográfica. Majoritariamente a população é composta por mulheres (51,5%), negros e pardos (55,0%), alfabetizados (93,0%) e com renda *per capita* de R\$ 549,14 (IBGE; PMNI, 2011).

A malha de unidades públicas municipais especializadas corresponde a uma policlínica geral, três unidades mistas e dois hospitais – um hospital geral e uma maternidade. Especificamente sobre a APS, o Quadro 2 demonstra, por setor de planejamento, o

quantitativo de unidades básicas de saúde com equipes de ESF no momento da coleta de dados deste estudo (2012-2013), o panorama atual e a programação futura.

Quadro 2 – Quantitativo de equipes da ESF de Nova Iguaçu (2012-2014) e informações atualizadas sobre cobertura populacional.

Setor de Planejamento	2012-13	2014			
	Equipes ESF	População do setor	Equipes implantadas	Capacidade de cobertura (%)	Meta de implantação (equipes)
1 - Centro	10	107022	9	33,64	15
2 - Rancho Novo		61101	7	45,83	12
3 - Posse	8	116064	12	41,36	23
4 - Comendador Soares	6	130778	5	15,29	26
5 - Cabuçu - Km 32	17	144137	15	41,63	41
6 - Austin	8	83763	11	52,53	17
7 - Miguel Couto - Vila de Cava	9	119251	7	23,48	24
8 - Tinguá	4	13328	5	93,79	4
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>775444</b>	<b>71</b>	<b>-</b>	<b>162</b>

Fonte: Elaborado a partir de RAFAEL, 2012 e PAULA, 2014.

É importante destacar que na ocasião da coleta de dados ocorreu mudança de gestão majoritária no município, ou seja, prefeito e demais equipes técnicas, ocorrendo mudanças substanciais na política de administração local. A partir de 2013, a divisão passou a contar com 8 setores de planejamento, conforme observado no Quadro 2, enquanto que até 2012 o município era composto por nove regiões administrativas denominadas Unidades Regionais de Governo (URG). A Figura 7 demonstra a distribuição de unidades na ocasião do estudo.

Visando balizar a escolha das unidades participantes do estudo, selecionou-se a área com melhor cobertura de equipamentos de saúde, a saber: a URG Centro do município. Com uma população de 168.123 habitantes (RAFAEL, 2012) esta região concentra a maior parte dos equipamentos de saúde e possui o melhor IDH do município. Na ocasião da coleta de dados, existiam cinco unidades de ESF - cobrindo cerca de 20% dos moradores do centro - e 7 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que somados perfaziam a cobertura de 57212 pessoas - 34,0% (RAFAEL, 2012). Destaca-se que a unidade de menor capacidade instalada, denominada Padre Manoel Monteiro (Caonze), foi utilizada para a realização do estudo piloto. As demais foram incluídas no trabalho de pesquisa. O quadro 3 demonstra a população cadastrada, por unidade participante do estudo na ocasião da coleta, bem como o número de equipes implantadas.



### 4.3 População do estudo e identificação dos casos e controles

A população-fonte do estudo compreendeu o conjunto de mulheres residentes na área de cobertura da ESF do município de Nova Iguaçu e com idade entre 25 e 64 anos, de acordo com as “Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero” (BRASIL, 2011). O estudo previu como critérios de inclusão: ser mulher com a idade recomendada pelo Programa (25 a 64 anos), ser residente e cadastrada nas equipes de ESF, ter relacionamento íntimo há pelo menos 1 ano e ter concordado em participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Por não fazer parte do nível de complexidade da ESF ou não ter recomendação de realização do rastreio por meio da colpocitologia oncótica, foram excluídas as mulheres com: hímen íntegro (vírgens), história pregressa de histerectomia, de cirurgia de alta frequência (CAF), conização ou qualquer lesão cervical de alto grau detectada previamente ao estudo.

Foram considerados casos todas as participantes que atendiam os critérios de seleção do estudo, que não tinham realizado o exame colpocitológico nos três anos anteriores a pesquisa e que tenham acessado a unidade de saúde no período de coleta. Considerou-se como controles as mulheres que realizaram o exame no período explicitado, amostrando-se na proporção 1:3, com Intervalo de Confiança (IC) 95%, Poder 80% e OR 2,0.

Utilizando o software Epi info 6.0, foi calculado o tamanho amostral de 640 sujeitos, sendo 160 casos e 480 controles. Em cada uma das quatro unidades foi aplicado, respectivamente como casos e controles, o quantitativo de 40 e 120 instrumentos de coleta de dados.

### 4.4 Dinâmica do trabalho de campo

As entrevistas foram realizadas por quatro profissionais de enfermagem do município, sob a supervisão direta do autor do trabalho. Destaca-se que devido ao tema do estudo remeter a questões de difícil abordagem e específicas do sexo feminino, todos os entrevistadores eram mulheres e não atuavam como profissionais nas quatro unidades selecionadas.

As entrevistadoras receberam um treinamento acerca da temática do estudo, envolvendo aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer do colo do útero e da violência íntima, bem como suas repercussões para a saúde individual e coletiva deste grupo. Em

seguida foram debatidas questões referentes a técnica de abordagem, aplicação dos instrumentos e dinâmica de entrevistas. Além disso, receberam pastas contendo os questionários a serem aplicados, um manual instrutivo sobre eles, bem como as orientações sobre a condução de possíveis intercorrências relacionadas à entrevista, intitulado “Caderno dos Entrevistadores” (Anexo A). Por fim, após a submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa, foi realizado um estudo piloto em região semelhante a da pesquisa, a fim de avaliar a logística do trabalho de campo.

Passada a fase do estudo piloto, as entrevistadoras convidaram a participar do estudo todas as mulheres que acessaram as quatro unidades de saúde no período de coleta, com o objetivo de verificar o atendimento aos critérios de seleção. A maior parte dos instrumentos foram aplicados antes da entrada nos consultórios para o atendimento. A entrevista inicial e, por sua vez, a aplicação do instrumento de coleta, ocorreu no período de novembro de 2012 a junho de 2013, sempre utilizando um local reservado de escolha da respondente e nas dependências da unidade. Para esta seleção das participantes da pesquisa, as entrevistadoras utilizaram a “Folha de Elegibilidade” (Apêndice A), a fim de incluir somente as mulheres que atendiam os critérios propostos no Projeto. O tempo médio de aplicação dos instrumentos variou entre 30 e 40 minutos, resultando em uma média de 4 entrevistas por dia. O percentual de recusas foi próximo de 6%. Além disso, não foram registradas perdas.

Visando garantir o atendimento para as mulheres que não realizaram o exame colpocitológico, o pesquisador principal, e autor do trabalho, negociou com as equipes de saúde alguma forma posterior de acolhimento destas usuárias. Todas as mulheres participantes do estudo receberam informativos sobre violência contra a mulher, bem como telefones de contatos das redes de apoio social da região.

#### **4.5 Modelo teórico-conceitual e variáveis do estudo**

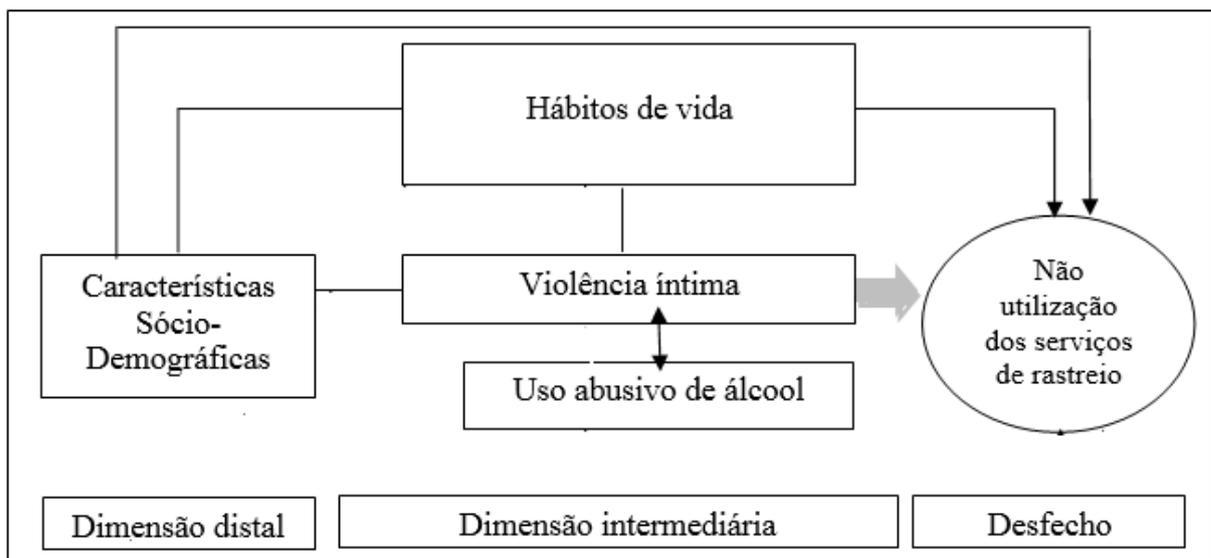
Visando exercitar os princípios que balizam a validade conceitual (REICHENHEIM, MORAES, 1998), optou-se pela construção de um modelo teórico-conceitual no estudo. O referido modelo contemplou as dimensões frequentemente investigadas nas pesquisas relacionadas às temáticas em tela, bem como a hipótese central da pesquisa, que versou sobre a relação entre a violência íntima e não utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero. A Figura 8 apresenta esquematicamente o modelo.

Na dimensão distal constam as características sociodemográficas que têm sido frequentemente relatadas como objeto que pode imputar riscos a não utilização dos serviços. Os extremos de idade (BORGES et al, 2012), a cor/etnia – principalmente as pretas e pardas, a situação conjugal e as baixas condições socioeconômicas e ambientais de moradia tem sido frequentemente discutidas nesta relação de uso dos serviços (HACKENHAAR et al, 2006; PESSINI, SILVEIRA, 2006; MARTINS, THULER, VALENTE, 2005).

Fazem parte da dimensão intermediária as questões de nível individual e relacional que remetem a utilização dos serviços de saúde. Em relação aos hábitos de vida, o tabagismo tem sido apontado como fator de risco para o câncer do colo do útero (OMS, 2010; GREEN et al, 2003; KJELBERG, 2000), embora não hajam estudos que o relacionem ao acesso. O uso de álcool também já foi relacionado à dificuldades de utilização de serviços básicos – justiça, educação e saúde - e que demandem regularidade e adesão dos usuários e, por isso, pode guardar algum tipo de relação com o acesso aqui investigado (SOUZA, KANTORSKI, 2007). Além disso, a atuação do álcool como um co-fator da violência já é tema amplamente debatido na literatura (ZALESKI et al, 2010; D’OLIVEIRA et al, 2009; VIEIRA et al, 2008).

Por fim, a exposição à violência íntima, objeto central da discussão, ainda guarda certo ineditismo de investigação na relação da utilização dos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. No entanto, estudos sobre voltados à avaliação da influência da violência íntima e a utilização dos serviços de saúde já tem sido conduzidos (SILVA, MORAES, REICHENHEIM, 2012; MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010; SCHRAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010; RIVARA et al, 2007).

Figura 8 – Modelo teórico-conceitual do estudo



A partir da construção deste modelo, foram selecionadas as variáveis que compuseram o plano de análise de dados, divididas em três categorias: variável dependente, variáveis independentes de interesse e variáveis independentes de controle.

A variável dependente foi a não realização do exame colpocitológico nos últimos três anos que antecederam o momento da coleta de dados, considerando a positividade (“sim”) como caso e a ausência (“não”, para as mulheres que realizaram um ou mais exames no período) como controles.

As variáveis independentes de interesse do estudo foram àquelas voltadas aos diferentes tipos de violência íntima, a saber: física, psicológica e sexual, bem como suas graduações e a posição da mulher em relação à situação de violência (vítima, perpetradora e ambos);

Já as variáveis independentes de controle, utilizadas no modelo de ajuste, foram as demais variáveis que compuseram o instrumental de coleta e que se faziam presentes no modelo teórico-conceitual, sendo:

- a) Características sociodemográficas: idade, cor/etnia, escolaridade, situação conjugal, condição econômica e condição ambiental de moradia;
- b) Hábitos de vida: tabagismo e etilismo;
- c) Crenças em saúde: percepção sobre a susceptibilidade ao câncer, percepção da gravidade da doença, percepção dos benefícios advindos das práticas de rastreamento e, por fim, das barreiras relacionadas à prática do exame.
- d) Características gineco-obstétricas: frequência de exames colpocitológicos, aspectos motivacionais da busca pelo exame, proibição expressa de realização pelo parceiro e utilização dos serviços públicos de saúde.

#### **4.6 Instrumento de coleta de dados**

Tendo em vista a seleção das variáveis do estudo, esta seleção se debruça sobre os aspectos da validade operacional do estudo (REICHENHEIM, MORAES, 1998). O instrumento da pesquisa foi composto por um questionário estruturado e multidimensional (Anexo B) que contempla as três dimensões do modelo teórico-conceitual. Descreve-se as opções do instrumental de coleta, conforme cada dimensão do modelo.

A dimensão distal foi composta pelas características sócio-demográficas das respondentes. Estas características foram representadas pelas variáveis: idade, cor/etnia, escolaridade, situação conjugal, condição econômica e situação ambiental da moradia, presentes no instrumento da “Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios” – PNAD (IBGE, 2011). Para a caracterização da condição econômica das respondentes foram utilizados os Critérios de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2011). Já a caracterização da situação ambiental da moradia se deu através de um escore composto pelas variáveis: número de pessoas no domicílio, tipo de material predominante no piso da casa, esgotamento sanitário e coleta de lixo (REICEHNHEIM, HARPHAM, 1990).

A dimensão intermediária foi avaliada a partir de variáveis relacionadas aos hábitos de vida, violência íntima contra a mulher e os antecedentes ginecológicos e obstétricos. Os hábitos de vida foram representados neste estudo como uso de tabaco e de álcool. O tabagismo foi avaliado por dois itens que questionável a presença ou não do hábito e o consumo diário. Para a avaliação do consumo de álcool foi utilizado o instrumento TWEAK – *Tolerance, Worry, Eye-opened, Amnesia & C/Kut-down* – validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil (MORAES, VIELLAS, REICHENHEIM, 2005). Foram considerados casos positivos para o uso inadequado de álcool quando as respondentes obtiverem dois ou mais pontos no score.

A violência íntima foi avaliada por meio do instrumento “Conflict Tactic Scales (CTS)”, proposto por Straus e colaboradores. O instrumento se baseia na teoria do conflito e que emerge das relações íntimas ou intrafamiliares (STRAUS, 2000). Para avaliar as violências íntimas no casal, foi utilizado o “Revised Conflict Tactics Scales” (CTS2), validado e adaptado transculturalmente para uso no Brasil (MORAES, HASSELMMANN, REICHENHEIM, 2002; MORAES, REICHENHEIM, 2002; STRAUS et al, 1996)., permitindo a identificação e classificação bidirecional da violência em psicológica (8 itens), física (12 itens), coerção sexual (7 itens) e lesão corporal (6 itens). Foi considerado caso positivo de violência quando relatado ao menos um dos itens avaliados em cada escala, considerando um recordatório dos últimos 12 meses. Embora tenha sido utilizada a escala de injúrias / danos corporais na coleta de dados, o plano de análise, até o momento, não contemplou estas informações. Destaca-se que outros produtos relacionados à esta tese estão em andamento, permitindo a inclusão destes dados.

Para a avaliação das crenças em saúde elegeu-se o Modelo de Crenças em Saúde, proposto por Rosenstock (1974). Sua avaliação se deu por meio do instrumento intitulado

“Champion’s Health Belief Model Scale” (CHBMS), validado e adaptado transculturalmente no Brasil por Santos (2008) e utilizado recentemente para estudos voltados ao câncer do Colo do Útero (RAFAEL, MOURA, 2010). O instrumento é composto por 29 itens subdivididos em 4 dimensões: percepção da susceptibilidade de adoecimento (5 questões), gravidade da doença sob o foco avaliativo (7 questões), benefícios das práticas preventivas (5 questões) e as barreiras percebidas em relação a estas práticas (12 itens). Admite-se que quanto maior o escore em cada uma das quatro escalas, maior será a percepção a cerca do objeto avaliado (SANTOS, 2008). Os dados referentes a esta escala serão avaliados oportunamente, não tendo sido contemplado no plano de análise atual.

Por fim, os antecedentes gineco-obstétricos e a variável desfecho (utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero) foram obtidos por meio de itens selecionados do “Módulo Exames para detecção de câncer de colo do útero e mama e uso de hormônios”, constante no Questionário Tipo A utilizado pelo Instituto Nacional do Câncer no “Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos Não-Transmissíveis” (BRASIL, 2004b). O instrumento possui 41 itens que avaliam a realização de exame ginecológico, a frequência e o intervalo entre os exames, o motivo da procura, o tipo de unidade de realização, a frequência histórica de gestações, partos e abortos, a presença e o tempo de aleitamento materno, o uso de anticoncepcionais hormonais orais, a presença e o tipo de cirurgias ginecológicas, idade da menarca, idade da menopausa e o uso e tempo de uso de terapia hormonal pós-menopáusicas (BRASIL, 2002). Para fins deste trabalho foram consideradas apenas oito questões do instrumento. Quanto ao desfecho, foi considerado caso positivo de não utilização do serviço quando a mulher não realizou o exame colpocitológico nos últimos 3 (três) anos.

#### 4.7 Análise de dados

Para a construção do banco de dados e digitação dos instrumentos foi utilizado o software *Epidata 3.1* (LAURITSEN, 2006). Posteriormente, foi realizada a limpeza, o processamento e as análises estatísticas através do software *Stata SE 12* (STATA CORP, 2011). Foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados, calculando-se as prevalências e os respectivos intervalos de confiança (IC95%) das variáveis independentes de interesse. A fim de estimar um perfil da amostra e, por sua vez, da principal exposição do

estudo – as violências, foi realizada uma análise das relações entre as variáveis independentes de interesse de controle, utilizando o teste exato de Fisher (SZKLO, NIETO, 2003).

A seguir realizou-se a análise de associação entre as variáveis independentes de interesse e a variável dependente. Para aumentar a significância dados, foram estimados os intervalos de confiança para todas as proporções, aplicando-se o teste chi-quadrado ( $X^2$ ). Foram considerados resultados estatisticamente significantes quando o p-valor foi igual ou inferior a 0,05 e limítrofes quando no intervalo entre 0,05 a 0,1 (SZKLO, NIETO, 2003).

Após esta avaliação preliminar, foram calculadas as razões de chance (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95% para as relações entre o desfecho e as exposições. Como estratégia para avaliação das relações entre o desfecho e as exposições, utilizou-se a análise univariada, elegendo as variáveis com coeficiente de correlação  $\geq 0,05$  para a entrada no modelo. Por meio de regressão logística foi realizada a análise multivariada dos dados.

Para o ajuste global foram excluídas as variáveis que apresentaram significância inferior a 0,10 no modelo completo. Neste sentido, as comparações entre as variáveis foram ajustadas pelas variáveis idade e escolaridade ( $p < 0,10$ ), apresentando-se os testes  $X^2$  e os respectivos valores-p do Teste da Razão de Verossimilhança ao final do modelo de regressão (BARROS, 1990).

#### 4.8 Aspectos éticos

Visando o respeito aos aspectos éticos que envolvem os estudos com seres humanos e em cumprimento ao dispositivo ético vigente na ocasião da coleta de dados, a Resolução CNS 196/96 (CNS, 1996); foi realizada uma reunião com o gestor da Atenção Primária do município de Nova Iguaçu previamente a entrada no campo, com vistas a sensibilização dos atores responsáveis pelo Sistema de Saúde. Neste encontro foi explicitada a intenção da realização de coleta e análise de dados no cenário, bem como foram dirimidas as dúvidas que na ocasião emergiram. Neste momento, deu-se uma autorização para realização da pesquisa.

O projeto foi encaminhado e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sendo autorizado por meio do CAAE 01724512.6.0000.5259 (Anexo C). Conforme orientava

a resolução CNS 196/96, o estudo utilizou TCLE (Anexo D), a fim de esclarecer os objetivos do trabalho às respondentes, bem como garantir o seu anonimato.

Baseado nas reflexões ético-metodológicas de pesquisas envolvendo situações de violência, estudo adotou medidas que poderiam minimizar o impacto negativo sobre a discussão desta temática, principalmente quando aplicadas às mulheres que vivenciam este fenômeno rotineiramente. Além da adoção de TCLE, destacam-se as seguintes atitudes adotadas no decorrer deste estudo: a) todos os entrevistadores eram do sexo feminino e não atuavam diretamente na unidade pesquisada; b) foram eleitos locais que garantissem a privacidade da entrevista e, por vezes, foi dada a opção de que a própria respondente elegeesse o local da aplicação do instrumento de coleta; c) todas as mulheres receberam informações sobre a rede de apoio às vítimas de violência, independente de serem expostas ao evento; d) as mulheres que não utilizaram os serviços de rastreio do exame também foram orientadas e, quando aplicável, foram agendadas para o exame. Após a conclusão do estudo, os dados foram discutidos com as equipes locais e com a gestão da Secretaria Municipal de Saúde para a programação de estratégias específicas para os fenômenos em tela.

## 5 RESULTADOS

Durante a coleta de dados, não houve perdas e o percentual de recusas foi de aproximadamente 6% (n=40). A **Tabela 1** apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra. O predomínio da amostra foi de mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos (50.4%; IC95%: 46.5 / 54.3), pretas e pardas (56.1%; IC95%: 52.3/59.9), casadas (55.5%; IC95%: 51.6 / 59.3), com tempo de estudo até 8 anos (57.8%; IC95%: 54.0/61.6), pertencentes a classe socioeconômica C (70.7%; IC95%: 67.2 / 74.3) e com boas condições de moradia (84.4%; IC95%:81.5/87.1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, 2012-2013

<b>Características da Amostra (n = 640)</b>	<b>% (IC 95%)</b>
<b>Faixa etária</b>	
< 30 anos	14.0 (11.3/16.7)
30 – 39 anos	26.1 (22.7/29.6)
40 – 49 anos	24.2 (20.9/27.6)
50 – 59 anos	27.2 (23.8/30.7)
60 anos e mais	8.3 (6.2/10.5)
<b>Raça / Cor</b>	
Branca	40.6 (36.8/44.4)
Preta	23.9 (20.6/27.2)
Parda	32.2 (28.5/35.8)
Amarela / Indígena	3.3 (1.9/4.7)
<b>Tempo de Estudo</b>	
Até 8 anos	57.8 (54.0/61.6)
Mais de 8 anos	42.2 (38.3/46.0)
<b>Situação conjugal</b>	
Casada	55.5 (51.6/59.3)
Outros	44.5 (40.7/48.4)
<b>Classe econômica</b>	
A/B	20.2 (17.0/23.3)
C	70.7 (67.2/74.3)
D/E	9.1 (6.8/11.3)
<b>Condições de moradia</b>	
Boa qualidade	15.6 (12.8 / 18.5)
Má qualidade	84.4 (81.5/87.1)

Fonte: Autor, 2014

A Tabela 2 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra dividida em grupos de casos e de controles. É possível observar uma distribuição homogênea entre ambos os

grupos, exceto em relação as variáveis faixa etária e o tempo de estudo. O grupo de controles se apresentou relativamente mais jovem e com mais tempo de estudo do que os controles, gerando a necessidade de incluir, futuramente, estas variáveis no modelo de ajuste das análises de associação entre a variável dependente e as independentes de interesse.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, subdividida em grupos de casos e de controles. Nova Iguaçu, 2012-2013. (n= 640; casos = 160; controles = 480)

<b>Características da Amostra (n = 640)</b>	<b>Casos (%)</b>	<b>Controles (%)</b>
<b>Faixa etária</b>		
< 30 anos	9.9	15.4
30 – 39 anos	22.8	27.3
40 – 49 anos	21.0	25.4
50 – 59 anos	32.7	25.4
60 anos e mais	13.6	6.5
<b>Raça / Cor</b>		
Branca	37.8	41.6
Preta	23.8	23.9
Parda	36.6	30.7
Amarela / Indígena	1.8	3.8
<b>Tempo de Estudo</b>		
Até 8 anos	69.3	54.2
Mais de 8 anos	31.7	45.8
<b>Situação conjugal</b>		
Casada	55.5	55.5
Outros	44.5	44.5
<b>Classe econômica</b>		
A/B	20.7	20.0
C	67.1	72.0
D/E	12.2	8.0
<b>Condições de moradia</b>		
Boa qualidade	18.9	14.5
Má qualidade	81.1	85.5

Fonte: Autor, 2014

A Tabela 3 apresenta a tipologia das violências segundo a posição de vítima e perpetradora da mulher, bem como nas situações onde se fazem presentes ambas as formas. Além disso, demonstra as formas de abuso segundo a gravidade. Como se pode observar existe certo equilíbrio entre as prevalências de formas perpetradas pela mulher e as quais ela foi vitimada, com exceção das violências sexuais. Com isso, a violência no casal, quando se consideram ambas as formas, apresentou-se elevada na amostra.

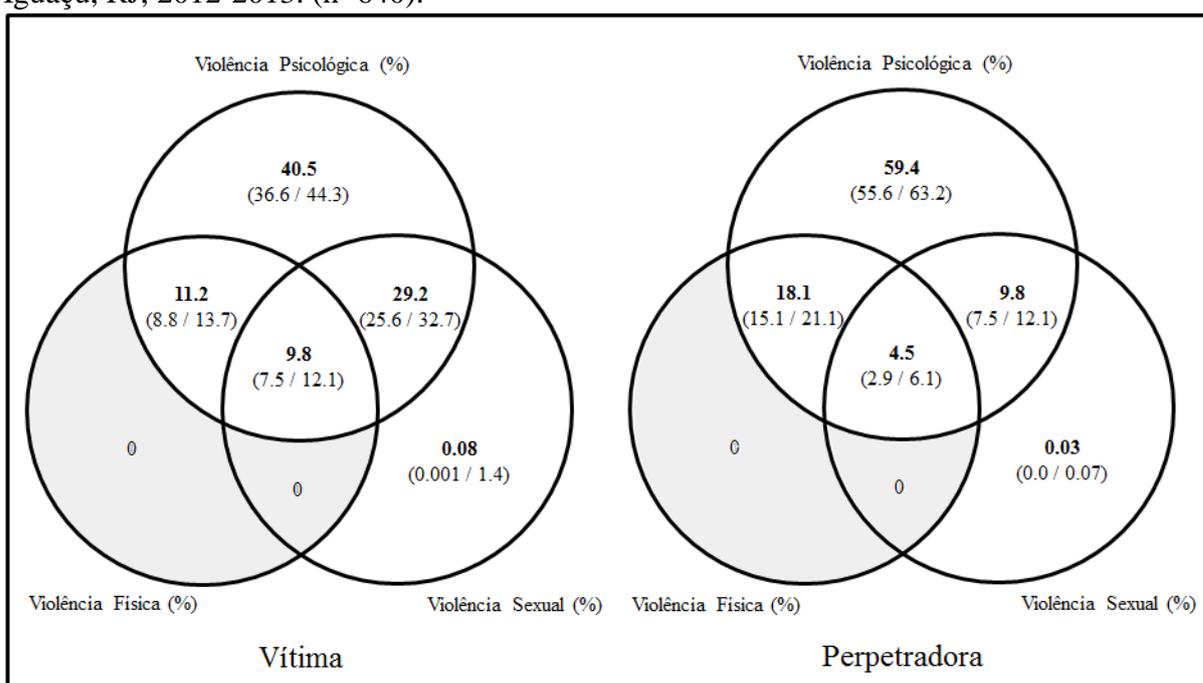
Tabela 3 - Prevalência de violência íntima segundo vitimização em usuárias da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

Tipologia	Vítima	Perpetradora	Casal
<b>Violência física</b>	21.0 (17.9 / 24.3)	22.6 (19.4 / 25.9)	28.6 (25.1 / 32.1)
Grave	5.9 (4.0 / 7.6)	5.8 (4.0 / 7.6)	8.4 (6.3 / 10.6)
Menor	19.7 (16.6 / 22.8)	21.1 (17.9 / 24.3)	26.6 (23.1 / 30.0)
<b>Violência psicológica</b>	90.7 (88.5 / 93.0)	91.8 (89.7 / 94.0)	92.2 (90.1 / 94.3)
Grave	67.6 (64.0 / 71.3)	71.1 (67.6 / 74.6)	75.1 (71.8 / 78.5)
Menor	90.0 (87.7 / 92.3)	91.1 (88.9 / 93.3)	91.2 (89.0 / 93.4)
<b>Violência sexual</b>	39.1 (36.0 / 43.6)	14.3 (11.9 / 17.4)	39.9 (36.6 / 44.3)
Grave	6.6 (4.6 / 8.5)	0,07 (0,009/1.4)	6.7 (4.7 / 8.6)
Menor	38.4 (34.6 / 42.2)	14.5 (11.8 / 17.3)	38.9 (35.1 / 42.7)

Fonte: Autor, 2014

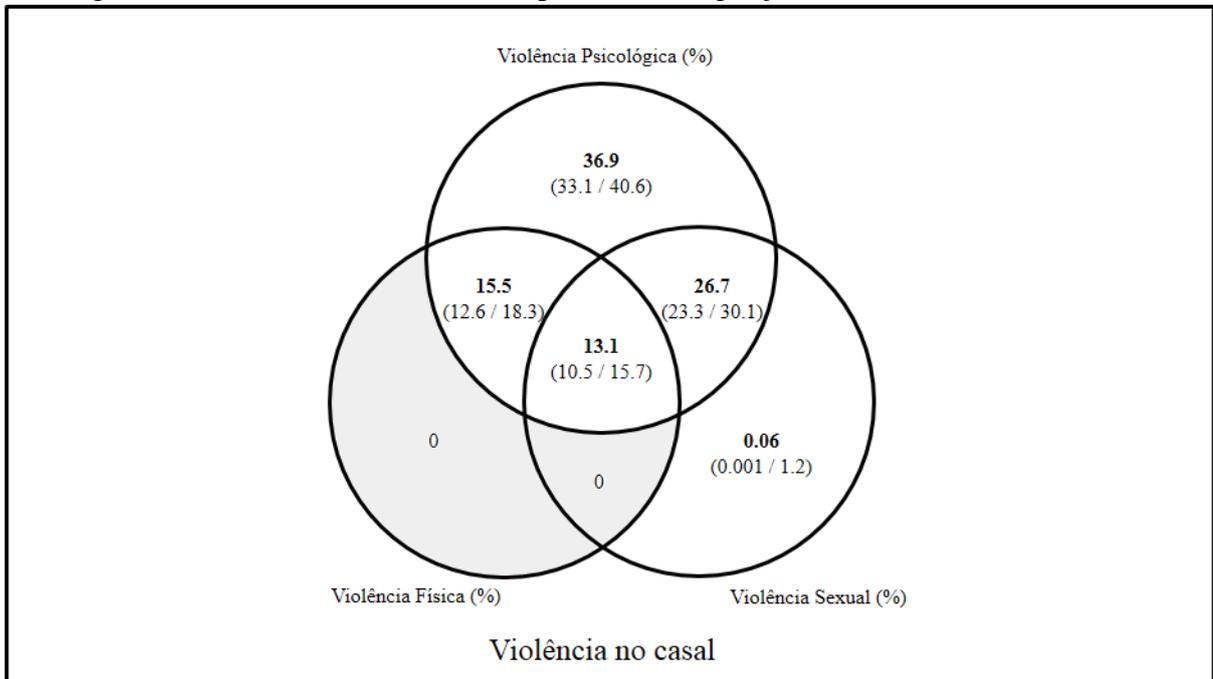
As Figuras 9 e 10 apresentam uma visão diferente dos resultados relacionados aos tipos de violência e os possíveis papéis da mulher na dinâmica de relacionamento do casal. Os diagramas apresentam as possibilidades de co-ocorrência dos tipos de abuso. De forma visual revelam que a maior prevalência de abuso, quando praticado exclusivamente, foi a psicológica, nos três grupos observados. Esta forma acompanhou as demais práticas de violência, a saber: física e sexual.

Figura 9 - Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) segundo posição de vítima e perpetradora, em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).



Fonte: Autor, 2014

Figura 10 - Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).



Fonte: Autor, 2014

As Tabelas 4 e 5 apresentam a tipificação da violência íntima contra a mulher conforme as variáveis sociodemográficas. Atenção especial deve ser dada para as variáveis tempo de estudo, classe econômica e as condições de moradia das vítimas (p-valor < 0,1). Com exceção da forma grave de abuso físico, que não se mostrou estatisticamente significativa, o tempo de estudo esteve associado a elevadas prevalências em todas as formas de violência contra a mulher. A prevalência de violência física contra a mulher (p-valor < 0.001) demonstrou-se elevada em não-casadas, enquanto o abuso sexual demonstrou-se predominante em casadas (p-valor 0,071).

Tabela 4 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família vítimas de violência íntima, Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Violência Física</b>	<b>Violência Psicológica</b>	<b>Violência Sexual</b>
<b>Faixa etária</b>			
< 30 anos	11.9	13.4	11.5
30 – 39 anos	29.1	25.5	20.6
40 – 49 anos	21.6	25.5	25.0
50 – 59 anos	31.3	27.3	30.9

60 anos e mais	6.0	8.8	11.9
p-valor	0.463	0.194	<b>0.004</b>
<b>Raça / Cor</b>			
Pretas / Pardas	61.5	56.8	58.8
Outras	38.5	43.2	41.2
p-valor	<b>0.093</b>	0.161	0.147
<b>Tempo de Estudo</b>			
Até 8 anos	72.6	60.1	62.0
Mais de 8 anos	27.4	39.9	38.0
p-valor	<b>&lt; 0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.050</b>
<b>Situação conjugal</b>			
Casada	36.3	56.1	59.2
Outros	63.7	43.9	40.8
p-valor	<b>0.000</b>	0.187	<b>0.071</b>
<b>Classe econômica</b>			
A/B	16.4	19.3	20.1
C	65.7	72.1	71.6
D/E	17.9	8.6	8.3
p-valor	<b>0.001</b>	<b>0.060</b>	0.850
<b>Condições de moradia</b>			
Boa qualidade	17.2	14.3	8.3
Má qualidade	82.8	85.7	91.7
p-valor	0.336	<b>0.005</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Fonte: Autor, 2014

Tabela 5 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família vítimas de violência íntima, segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	VFG	VFM	VPG	VPM	VSG	VSM
<b>Faixa etária</b>						
< 30 anos	16.2	12.0	12.4	13.1	16.7	11.1
30 – 39 anos	21.6	29.6	23.8	25.6	30.9	21.4
40 – 49 anos	29.7	20.0	23.1	25.2	21.4	24.3
50 – 59 anos	27.0	32.00	30.4	27.1	28.6	30.7
60 anos e mais	5.4	6.4	10.3	8.9	2.4	12.3
p-valor	0.879	0.386	<b>0.002</b>	<b>0.078</b>	0.614	<b>0.005</b>
<b>Raça / Cor</b>						
Pretas / Pardas	56.8	64.5	56.3	56.9	50.0	58.9
Outras	43.2	36.5	43.6	43.1	50.0	41.0
p-valor	0.537	<b>0,038</b>	0.458	0.122	0.253	0.143
<b>Tempo de Estudo</b>						
Até 8 anos	62.2	76.2	62.4	60.2	42.8	62.2
Mais de 8 anos	37.8	23.8	37.6	39.7	57.1	37.8
p-valor	0.355	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.032</b>	<b>0.045</b>
<b>Situação conjugal</b>						
Casada	37.8	35.7	57.0	56.2	45.2	60.2
Outros	62.2	64.3	43.0	43.7	54.8	39.8
p-valor	<b>0.020</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.141	0.145	0.112	<b>0.035</b>
<b>Classe econômica</b>						

A/B	11.1	16.8	18.3	19.5	28.6	20.8
C	61.1	64.8	73.4	72.0	57.1	71.0
D/E	27.8	18.4	8.3	8.5	14.3	8.2
p-valor	<b>0.001</b>	<b>0.001</b>	0.101	<b>0.087</b>	0.112	0.809
<b>Condições de moradia</b>						
Boa qualidade	30.6	16.0	13.4	14.4	2.4	8.2
Má qualidade	69.4	84.0	86.6	85.6	97.6	91.8
p-valor	<b>0.016</b>	0.499	<b>0.018</b>	<b>0.013</b>	<b>0.006</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Legenda: violência física grave (VFG); violência física menor (VFM); violência psicológica grave (VPG); violência psicológica menor (VPM); violência sexual grave (VSG); violência sexual menor (VSM).

Fonte: Autor, 2014

A tipificação da violência íntima perpetrada pelas mulheres e estratificada pelas variáveis sociodemográficas é demonstrada nas Tabelas 6 e 7. Com exceção da violência sexual e da forma grave de abuso físico, mulheres com menor escolaridade perpetraram mais atos violentos quando comparadas aquelas que tinham mais de 8 anos de estudo. Também parece importante chamar atenção para as associações estatisticamente significantes relacionadas a classe econômica, que se mostrou predomínio de abusos perpetrados por mulheres da classe C.

Tabela 6 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família perpetradoras de violência íntima. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Violência Física</b>	<b>Violência Psicológica</b>	<b>Violência Sexual</b>
<b>Faixa etária</b>			
< 30 anos	13.1	13.4	14.0
30 – 39 anos	27.6	25.4	29.0
40 – 49 anos	22.8	25.0	26.9
50 – 59 anos	29.7	27.4	21.5
60 anos e mais	6.9	8.7	8.6
p-valor	0.878	0.149	0.722
<b>Raça / Cor</b>			
Pretas / Pardas	57.9	57.0	56.4
Outras	42.1	43.0	43.6
p-valor	0.341	<b>0.087</b>	0.522
<b>Tempo de Estudo</b>			
Até 8 anos	63.4	60.2	58.5
Mais de 8 anos	36.5	39.8	41.5
p-valor	<b>0.071</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.488
<b>Situação conjugal</b>			
Casada	44.1	55.9	55.3
Outros	55.9	44.1	44.7
p-valor	<b>0.001</b>	0.247	0.531
<b>Classe econômica</b>			

A/B	22.9	18.9	23.4
C	62.5	72.2	64.9
D/E	14.6	8.9	11.7
p-valor	<b>0.014</b>	<b>0.016</b>	0.334
<b>Condições de moradia</b>			
Boa qualidade	18.1	14.8	7.4
Má qualidade	81.9	85.2	92.6
p-valor	0.218	<b>0.047</b>	<b>0.009</b>

Fonte: Autor, 2014

Tabela 7 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família perpetradoras de violência íntima, segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	VFG	VFM	VPG	VPM	VSG	VSM
<b>Faixa etária</b>						
< 30 anos	16.2	13.3	13.1	13.1	20.0	14.1
30 – 39 anos	35.1	28.1	24.4	25.3	60.0	28.3
40 – 49 anos	18.9	20.0	23.6	25.3	0.0	27.1
50 – 59 anos	24.3	31.1	29.1	27.5	20.0	21.7
60 anos e mais	5.4	7.4	9.8	8.8	0.0	8.7
p-valor	0.712	0.616	<b>0.065</b>	<b>0.044</b>	0.487	0.759
<b>Raça / Cor</b>						
Pretas / Pardas	56.8	58.5	58.5	57.1	20.0	57.0
Outras	43.2	41.5	41.5	42.9	80.0	43.0
p-valor	0.537	0.295	<b>0.036</b>	<b>0.063</b>	0.120	0.471
<b>Tempo de Estudo</b>						
Até 8 anos	64.9	65.2	60.7	60.4	40.0	59.1
Mais de 8 anos	35.1	34.8	39.3	39.6	60.0	40.9
p-valor	0.236	<b>0.031</b>	<b>0.014</b>	<b>&lt; 0.001</b>	0.355	0.435
<b>Situação conjugal</b>						
Casada	37.8	43.0	57.8	56.1	40.0	55.9
Outros	62.2	57.0	42.2	43.9	60.0	44.1
p-valor	<b>0.020</b>	<b>0.001</b>	<b>0.038</b>	0.192	0.398	0.509
<b>Classe econômica</b>						
A/B	19.4	21.6	17.6	19.1	0.0	23.7
C	50.0	64.4	73.6	72.0	60.0	64.5
D/E	30.6	14.9	8.8	8.9	40.0	11.8
p-valor	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.025</b>	<b>0.031</b>	<b>0.058</b>	<b>0.085</b>	0.302
<b>Condições de moradia</b>						
Boa qualidade	33.3	18.7	14.1	14.9	0.0	7.5
Má qualidade	66.7	81.3	85.9	85.1	100.0	92.5
p-valor	<b>0.005</b>	0.172	<b>0.060</b>	<b>0.090</b>	0.426	<b>0.011</b>

Legenda: violência física grave (VFG); violência física menor (VFM); violência psicológica grave (VPG); violência psicológica menor (VPM); violência sexual grave (VSG); violência sexual menor (VSM).

Fonte: Autor, 2014

As Tabelas 8 e 9 apresentam as formas de violência sofridas e praticadas pelas mulheres, aqui representadas como situações de violência. As variáveis tempo de estudo, situação conjugal e condições de moradia merecem destaque, uma vez que se apresentaram estatisticamente significantes (p-valor <0,1) na maior parte das formas de abuso.

Tabela 8 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família em situação de violência íntima (perpetradora ou vítima). Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>Violência Física</b>	<b>Violência Psicológica</b>	<b>Violência Sexual</b>
<b>Faixa etária</b>			
< 30 anos	12.6	13.3	14.0
30 – 39 anos	26.9	25.6	26.1
40 – 49 anos	23.6	26.0	24.2
50 – 59 anos	30.2	27.3	27.2
60 anos e mais	6.6	8.7	8.3
p-valor	0.716	0.219	<b>0.010</b>
<b>Raça / Cor</b>			
Pretas / Pardas	60.7	57.1	58.7
Outras	39.3	42.9	41.3
p-valor	<b>0.083</b>	<b>0.050</b>	0.157
<b>Tempo de Estudo</b>			
Até 8 anos	66.7	60.0	61.4
Mais de 8 anos	33.3	40.0	38.6
p-valor	<b>0.003</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.076</b>
<b>Situação conjugal</b>			
Casada	42.6	56.1	58.3
Outros	57.4	43.9	41.7
p-valor	<b>&lt; 0.001</b>	0.169	0.134
<b>Classe econômica</b>			
A/B	18.7	19.0	19.8
C	69.1	72.2	71.3
D/E	13.2	8.8	8.9
p-valor	<b>0.081</b>	<b>0.021</b>	0.973
<b>Condições de moradia</b>			
Boa qualidade	15.9	14.8	8.1
Má qualidade	84.1	85.2	91.9
p-valor	0.493	<b>0.034</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Fonte: Autor, 2014

Tabela 9 – Perfil das usuárias da Estratégia de Saúde da Família em situação de violência íntima (perpetradora ou vítima), segundo os tipos e a gravidade. Nova Iguaçu, RJ, 2012-2013. (n=640).

<b>Variáveis sociodemográficas</b>	<b>VFG</b>	<b>VFM</b>	<b>VPG</b>	<b>VPM</b>	<b>VSG</b>	<b>VSM</b>
<b>Faixa etária</b>						
< 30 anos	11.1	13.0	12.6	13.1	16.3	11.4
30 – 39 anos	29.6	28.4	24.6	25.4	32.6	21.5

40 – 49 anos	27.8	20.7	23.5	25.2	20.9	24.4
50 – 59 anos	25.9	30.8	29.4	27.4	27.9	30.5
60 anos e mais	5.6	7.1	9.9	8.8	2.3	12.2
p-valor	0.869	0.525	<b>0.007</b>	<b>0.056</b>	0.545	<b>0.008</b>
<b>Raça / Cor</b>						
Pretas / Pardas	55.6	62.3	57.6	57.2	48.8	59.0
Outras	44.4	37.6	42.4	42.8	51.2	41.0
p-valor	0.522	<b>0.033</b>	0.109	<b>0.048</b>	0.202	0.132
<b>Tempo de Estudo</b>						
Até 8 anos	61.1	69.4	59.2	60.3	41.9	61.8
Mais de 8 anos	38.9	30.6	40.7	39.7	58.1	38.1
p-valor	0.358	<b>&lt; 0.001</b>	0.117	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.022</b>	<b>0.058</b>
<b>Situação conjugal</b>						
Casada	40.7	41.2	58.2	56.2	44.2	59.4
Outros	59.3	58.8	41.8	43.8	55.8	40.6
p-valor	<b>0.017</b>	<b>&lt; 0.001</b>	<b>0.010</b>	0.158	<b>0.084</b>	<b>0.063</b>
<b>Classe econômica</b>						
A/B	15.1	17.7	17.9	19.2	20.2	20.6
C	60.4	68.0	72.9	71.9	70.7	70.6
D/E	24.5	14.2	9.2	8.9	9.1	8.9
p-valor	<b>0.001</b>	<b>0.029</b>	<b>0.047</b>	0.100	0.132	0.982
<b>Condições de moradia</b>						
Boa qualidade	26.4	15.4	13.7	14.9	2.3	8.1
Má qualidade	73.6	84.6	86.2	85.1	97.7	91.9
p-valor	<b>0.025</b>	0.511	<b>0.017</b>	<b>0.079</b>	<b>0.005</b>	<b>&lt; 0.001</b>

Legenda: violência física grave (VFG); violência física menor (VFM); violência psicológica grave (VPG); violência psicológica menor (VPM); violência sexual grave (VSG); violência sexual menor (VSM).

Fonte: Autor, 2014

A análise das associações entre a variável dependente e as independentes são demonstradas na Tabela 10, que apresenta a análise univariada das características sociodemográficas da amostra em relação ao risco de não utilização dos serviços de rastreio de lesões precursoras do câncer do colo do útero. Somente as variáveis faixa etária (p-valor <0,01) e escolaridade (p-valor <0,01) apresentaram significância estatística. É importante ressaltar a aparente relação de risco imputada pela faixa etária, que aumenta conforme o avanço da idade, e o fator protetor produzido pela escolaridade, corroborando para os achados da análise descritiva.

Tabela 10 - Resultados da análise das variáveis relativas às características socioeconômicas e demográficas e a não utilização de serviços de rastreio do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013. (n=640)

Variáveis	OR	IC95%	X <sup>2</sup>	p-valor
<b>Faixa Etária</b>				
< 30 anos	1	-	13.5	<b>0.009</b>

30 a 39 anos	1.3	0.7/2.5		
40 a 49 anos	1.3	0.7/2.5		
50 a 59 anos	2.0	1.1/3.8		
60 anos e mais	3.2	1.5/7.0		
<b>Etnia</b>				
Pretas/Pardas	1	-	1.6	0.199
Branças/Amarelas/Indígenas	0.8	0.6/1.1		
<b>Escolaridade</b>				
Até 8 anos de estudo	1	-	10.1	<b>0.001</b>
Mais de 8 anos de estudo	0.5	0.4/0.8		
<b>Classe Econômica</b>				
A/B	1	-	2.67	0.263
C	0.9	0.6/1.4		
D/E	1.5	0.7/2.8		

Fonte: Autor, 2014

As Tabelas 11 e 12 demonstram, respectivamente, as prevalências de violências distribuídas em casos e controles em mulheres vítimas e em mulheres envolvidas em situações de violências, bem como os respectivos OR brutos. É possível observar que diversas formas de violência possuem associação com a não realização das técnicas de rastreamento do câncer do colo uterino.

Tabela 11 - Resultados da análise univariada segundo as variáveis relativas à exposição das mulheres à violência íntima (vítimas), ao uso de álcool e a não utilização de serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013. (n=640)

Variável	Casos		Controles		ORb	IC95%	P
	N	%	n	%			
<b>Violência Física</b>	44	26.8	91	19.1	1.5	1.0 / 2.4	<b>0.045</b>
Física Grave	15	9.1	22	4.6	2.1	1.0/4.3	<b>0.050</b>
Física Menor	42	25.6	84	17.6	1.6	1.0/2.5	<b>0.031</b>
<b>Violência Psicológica</b>	155	94.5	426	89.5	2.0	0.9/4.8	<b>0.061</b>
Psicológica Grave	123	75.0	310	65.1	1.6	1.1/2.5	<b>0.020</b>
Psicológica Menor	154	93.9	422	88.7	2.0	1.0/4.4	<b>0.069</b>
<b>Violência Sexual</b>	77	46.9	178	37.4	1.5	1.0/2.1	<b>0.034</b>
Sexual Grave	12	7.3	30	6.4	1.2	0.5/2.4	0.715
Sexual Menor	76	46.3	170	35.7	1.5	1.1/2.3	<b>0.020</b>
<b>Todas as formas de violência</b>	155	94.5	431	90.5	1.8	0.8/4.3	0.142
Graves	125	76.2	321	67.4	1.5	1.0/2.4	<b>0.039</b>
Menores	154	93.9	428	89.9	1.7	0.8/3.9	0.155

<b>Uso de álcool pela mulher</b>	38	23.2	100	21.0	1.1	0.7/1.7	0.583
TWEAK = 0/1	128	78.0	378	79.4	0.8	0.6/1.6	
TWEAK = 2	16	9.8	58	12.2	0.6	0.3/1.6	0.292
TWEAK = 3/4	8	4.9	11	2.3	1.7	0.6/5.4	
TWEAK = 5/6/7	12	7.3	29	6.1	1	-	

Legenda: Odds Ratio bruto (ORb).

Fonte: Autor, 2014

Tabela 12 - Resultados da análise univariada segundo as variáveis relativas à exposição das mulheres à violência íntima, como vítimas e perpetradoras, e a não utilização de serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013. (n=640)

Variável	Casos		Controles		ORb	IC95%	p
	N	%	n	%			
<b>Violência Física</b>	56	34.1	127	26.7	1.6	1.0/2.4	<b>0.072</b>
Física Grave	18	11.0	36	7.6	1.6	0.7/3.4	0.193
Física Menor	55	33.5	115	24.2	1.7	1.0/2.6	<b>0.024</b>
<b>Violência Psicológica</b>	157	95.7	433	91.0	2.4	1.0/6.3	<b>0.062</b>
Psicológica Grave	135	82.3	346	72.7	1.7	1.1/2.7	<b>0.016</b>
Psicológica Menor	155	94.5	429	90.1	1.9	0.9/4.6	0.108
<b>Violência Sexual</b>	78	47.6	181	38.0	1.5	0.9/2.5	<b>0.034</b>
Sexual Grave	12	7.3	31	6.5	1.9	1.6/17.1	0.719
Sexual Menor	77	46.9	172	36.1	1.5	0.9/2.5	<b>0.016</b>
<b>Todas as formas de violência</b>	157	95.7	437	91.8	2.2	1.0/6.0	0.114
Graves	136	82.9	353	74.2	1.6	1.0/2.5	<b>0.025</b>
Menores	156	95.1	433	91.0	2.1	1.0/5.2	<b>0.097</b>

Legenda: Odds Ratio bruto (ORb).

Fonte: Autor, 2014

As Tabelas 13 e 14 apresentam os resultados do modelo regressão, ajustado por idade e escolaridade da mulher. Especial destaque deve ser dado para os casos de violência física grave e abusos sexuais menores. Não foi observada relação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool na não utilização dos serviços.

Tabela 13 - Resultados do modelo final de regressão logística dos determinantes associados às mulheres vítimas de violência íntima, uso de álcool e à não utilização dos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013. (n=640)

Variável de exposição	ORa	(IC95%)	X <sup>2</sup>	p*
<b>Violência Física</b>	1.4	0.9/2.2	19.5	<0.001
Física Grave	2.1	1.1/4.2	21.1	<0.001
Física Menor	1.5	0.9/2.3	19.7	<0.001

<b>Violência Psicológica</b>	1.7	0.8/3.6	19.0	<0.001
Psicológica Grave	1.4	0.9/2.2	19.5	<0.001
Psicológica Menor	1.7	0.8/3.4	18.9	<0.001
<b>Violência Sexual</b>	1.4	0.9/1.9	19.1	<0.001
Sexual Grave	1.3	0.6/2.7	17.3	<0.001
Sexual Menor	1.4	1.1 / 2.0	20.0	<0.001
<b>Todas as formas de violência</b>	1.5	0.7/3.2	18.1	<0.001
Graves	1.4	0.9/2.0	19.1	<0.001
Menores	1.4	0.7/3.0	17.9	<0.001
<b>Uso de álcool pela mulher</b>	1.2	0.7/1.8	17.3	<0.001
TWEAK = 0/1	0.8	0.4/1.6		
TWEAK = 2	0.6	0.3/1.5	20.1	0.001
TWEAK = 3/4	1.7	0.5/5.3		
TWEAK = 5/6/7	1	-		

Legenda: Odds Ratio ajustado por idade e escolaridade (ORa). Teste de Razão de Verossimilhança (p\*).

Fonte: Autor, 2014

Tabela 14 - Resultados do modelo final de regressão logística dos determinantes associados à mulheres vítimas e perpetradoras de violência íntima e à não utilização dos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero. Nova Iguaçu (RJ), 2012-2013. (n=640)

Variável de exposição	ORa	IC95%	X <sup>2</sup>	p*
<b>Violência Física</b>	1.5	1.0/2.3	20.7	<0.001
Física Grave	1.7	0.8/3.5	18.8	<0.001
Física Menor	1.6	1.1/2.5	22.1	<0.001
<b>Violência Psicológica</b>	1.9	0.8/4.4	19.4	<0.001
Psicológica Grave	1.5	1.0/2.4	20.9	<0.001
Psicológica Menor	1.6	0.7/3.3	18.2	<0.001
<b>Violência Sexual</b>	1.6	1.1/2.5	20.1	<0.001
Sexual Grave	2.4	0.4/14.7	17.6	<0.001
Sexual Menor	1.6	1.1/2.6	20.3	<0.001
<b>Todas as formas de violência</b>	1.8	0.8/4.2	19.1	<0.001
Graves	1.5	0.9/2.2	19.7	<0.001
Menores	1.7	0.8/3.8	18.2	<0.001

Legenda: Odds Ratio ajustado por idade e escolaridade (ORa). Teste de Razão de Verossimilhança (p\*).

Fonte: Autor, 2014

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Reflexões ético-metodológicas sobre pesquisas com mulheres em situação de violências<sup>1</sup>

Devido à complexa teia de causalidade envolvida no fenômeno, bem como os possíveis desfechos negativos relacionados à saúde da mulher (MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010; SCHARAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010; MORAES, REICHENHEIM, NUNES, 2009), pesquisadores do mundo inteiro vêm investindo seus esforços na tentativa de entender a dinâmica e a existência de alguns padrões na ocorrência do problema. Um dos desafios existentes nestas linhas de investigação diz respeito à fragilidade das vítimas, e a necessidade de maior cuidado no sentido de preservar sua integridade e dignidade, trazendo uma reflexão sobre a bioética presente nestes estudos.

Considerando a compreensão de bioética (CREMERJ, 2006) como interseção entre os saberes biomédicos, socioambientais e a cultura humanística, esta seção visa debruçar-se sobre a reflexão dos princípios ético-metodológicos envolvidos em pesquisas com mulheres em situação de violência. Espera-se que os aspectos discutidos neste momento possam contribuir para a adoção de atitudes positivas durante a realização de pesquisas sobre este tema e com este grupo vulnerável, mediadas pelos princípios propostos pela ética em pesquisa e servindo de suporte para futuras investigações nesta área temática.

Com vistas a proteger os sujeitos de pesquisa de possíveis danos previstos, faz-se necessário refletir sobre o princípio de não-maleficência e seus desdobramentos sobre o ato da pesquisa (GOMES, 2004; SANTANA, CASTILHO, 2011). As mulheres que vivenciam situações de violência já apresentam diversas fragilidades e vulnerabilidades, tendo em vista as consequências decorrentes dos abusos sofridos, que também acabam por afetar os demais atores sociais que participam de seu núcleo familiar. A violência não deixa apenas marcas físicas, mas acaba por levar à perda da identidade da vítima, que vai entrando em processo de invisibilidade, com gradual perda de sua autoestima e determinação. Vale ressaltar aqui o papel de destaque que a mulher exerce na família, principalmente quando existem filhos envolvidos.

---

<sup>1</sup> RAFAEL, R.M.R; MOURA, A.T.M.S. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. Rev. bras. enferm., v. 66, n. 2, p. 287-290, 2013.

Em geral, a atmosfera que se cria durante a coleta de dados parece influenciar diretamente no equilíbrio emocional dos participantes e, por sua vez, na qualidade dos dados obtidos com o estudo. Essa premissa parece ainda mais pertinente quando o foco da investigação envolve questões para além de questões numéricas ou materiais. O TCLE (CNS, 196), além de reforçar um compromisso ético dos pesquisadores, pode favorecer o início da formação de vínculo entre o pesquisador e o sujeito. A exposição clara dos objetivos da pesquisa, das suas possíveis contribuições e, obviamente, do anonimato e da liberdade de participação no estudo auxiliam no empoderamento dos indivíduos com informações que mediarão à decisão em participar ou não da pesquisa. Todavia, Santos e Emmerich (2011) demonstraram que alguns grupos têm optado por participar de trabalhos científicos muitas vezes pelo depósito de confiança no pesquisador, quando este acumula a função de seu profissional de saúde de referência ou até por ser colega de trabalho, sem muitas vezes mostrar interesse pelo conteúdo dos respectivos protocolos de pesquisa.

Segundo as recomendações da Resolução 196/96 (CNS, 1996), substituída pela Resolução 446/2012 (CNS, 2012), do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, estes Termos precisam ser elaborados com uma linguagem acessível e de forma que garanta a autonomia dos possíveis sujeitos participantes. Acredita-se que o simples ato de entrega destes formulários não garante o entendimento dos sujeitos escolhidos para participar, principalmente se tratando de grupos com uma vulnerabilidade prevista, como no caso de mulheres em situação de violência. Talvez para o entrevistado exista uma vontade de conversar sobre o tema, expor seu sofrimento, às vezes na esperança de conseguir algum tipo de ajuda ou conforto. Ou ao contrário, o receio em falar sobre o problema e a perspectiva de uma possível piora na sua vitimização, possa interferir no aceite. Nestes casos em especial, seria oportuna uma discussão mais aberta destes Termos, visando dirimir possíveis dúvidas relacionadas ao documento, bem como os reais benefícios que podem ser esperados com a participação na pesquisa.

Uma dúvida que deveria ser suscitada nos pesquisadores antes da entrada em campo e escolha de seus entrevistados seria: “por que os sujeitos aceitam participar dos estudos?”. Quando se abordam temas da vida cotidiana e íntima, como no caso da violência entre os casais, não é incomum que as pessoas tenham resistências ou receio quanto à sua participação. Por mais que os trabalhos visem contribuições para o melhor entendimento do fenômeno estudado, dificilmente estas melhorias serão sentidas especificamente pela população do estudo. Mais ainda, os benefícios geralmente são de longo prazo, e aos sujeitos participantes interessariam que os estudos também pudessem oferecer algum tipo de suporte imediato aos

participantes. O esclarecimento destas possíveis dúvidas durante a entrega, leitura e assinatura do TCLE pode se apresentar como um cuidado na manutenção da ética ao longo da investigação destes assuntos mais íntimos e que podem impactar emocionalmente os entrevistados.

O evento em questão possui amplo arcabouço legal que trata de sua notificação compulsória e que determina o encaminhamento à rede para o desenvolvimento de medidas protetivas. O desafio nestes casos seria lidar com a obrigação da notificação e garantia por parte do pesquisador em manter o sigilo das informações e da identidade dos sujeitos pesquisados (WHO, 2001). Uma recomendação que poderia minimizar este dilema seria o desenvolvimento de protocolos de pesquisas compostos também por estratégias que visem à beneficência imediata para estes grupos. Orientações sobre a violência e possibilidades de enfrentamento, bem como a criação de rede de suporte social para atendimento dos casos positivos, são ações sugeridas para minimizar os impactos dos abusos recém-identificados.

A organização de ações com os grupos participantes, antes e após a realização da pesquisa, também parece constituir uma boa prática, por reforçar o princípio da beneficência. Santos e Emmerich (2011) dispõem que a educação e a pesquisa parecem ser indissociáveis e que esta relação possibilitaria a agregação de novos conhecimentos tanto para o autor do trabalho como para os sujeitos participantes. O esperado seria que ambos pudessem se beneficiar com os resultados do trabalho, cada um a seu tempo e da sua forma. Os voluntários passariam a ser incluídos em todo o processo da busca por novos conhecimentos. Seriam participantes mais ativos em todas as etapas, desde aquelas destinadas à preparação - antes da coleta de dados, até depois de sua conclusão, beneficiando-se com os novos saberes incorporados pelo estudo.

Os princípios da justiça e equidade também deveriam fazer parte das preocupações do investigador durante todas as fases da pesquisa. Eles se referem ao equilíbrio entre a relevância social do estudo e seus desdobramentos para os sujeitos participantes, bem como a minimização de danos decorrentes da pesquisa para estes indivíduos (SANTANA, CASTILHO, 2011; CNS, 1996; CNS, 2012). A Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2001) recomenda ainda que os estudos que envolvam mulheres em situação de violência deveriam ser especialmente elaborados a partir destes princípios e seus resultados corretamente interpretados a fim que possam orientar a formulação de políticas de intervenção e redução do problema. Reforça também que a metodologia utilizada deveria idealmente seguir as experiências atuais com vistas à produção de dados que possam minimizar a subnotificação do evento.

A garantia de privacidade por meio de ambientes livres de ruídos externos parece uma estratégia quase imperativa neste tipo de pesquisa. Além de permitir uma fala mais aberta e honesta pelas participantes, auxilia a proteger o anonimato e a segurança das mulheres voluntárias e dos entrevistadores. Portanto, dependendo do ambiente e do tipo de violência sofrida pela mulher, o pesquisador e as informantes também podem se encontrar em situação de vulnerabilidade no momento da coleta de dados. Medidas protetivas que atentem para estas circunstâncias precisam estar claramente descritas no protocolo de pesquisa. (WHO, 2001).

A seleção dos entrevistadores também é uma etapa importante na construção do projeto, que pode impactar de forma definitiva a qualidade dos dados obtidos. Em muitos estudos o profissional de saúde – envolvido na elaboração do projeto – acaba por ser o principal eleito para a coleta de dados. Todavia, as peculiaridades do objeto e do cenário de estudo precisam ser levadas em consideração nesta escolha. Alguns destes profissionais estão diretamente envolvidos com a comunidade ao entorno, principalmente quando se trata de estudos envolvendo a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2011). Existem alguns questionamentos quanto à participação de membros da equipe técnica e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na aplicação de entrevistas relacionadas às questões de vida íntima, principalmente aquelas que envolvem mulheres em situação de violências. De um lado, a formação de vínculo entre as equipes e a clientela pode favorecer questionamentos de difícil abordagem (FONSECA et al, 2009), por outro, são personagens que fazem parte do cotidiano das entrevistadas e possíveis vítimas das violências, elevando os riscos de conflitos éticos em nível comunitário. Além disso, existe sempre a possibilidade de exposição por parte destes profissionais, caso os agressores tomem conhecimento da pesquisa ou da participação de suas companheiras (IMPERATORI, LOPES, 2009). Para os Agentes que são membros da própria comunidade e servem como um elo entre as unidades de saúde e a população adscrita, estas questões podem ser ainda mais preocupantes – na verdade se constituem como um desafio para algumas investigações no âmbito da ESF.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração seria o sexo dos entrevistadores, já que as noções tradicionais sobre o papel que mulheres e homens devem exercer nos espaços sociais estão entre as principais responsáveis pela ocorrência de violência entre o casal (OMS, 2002; GOMES, 2003). Por se tratar de uma temática cujo cerne da discussão envolve as relações de poder e hierarquia entre os sexos, ou seja, o debate sobre gênero (MINAYO, 2006) parece mais adequado que as entrevistas sejam realizadas preferencialmente por mulheres e para as mulheres. Por estes motivos, não é difícil imaginar que escolha por

entrevistadores do sexo masculino pode trazer algum constrangimento ou até distorções nas respostas fornecidas pelas voluntárias.

Para Bourdieu (2002), a essência da sociedade traduz uma necessidade de ruptura e separação dos opostos, como o próprio autor exemplifica: o alto e o baixo, o seco e o úmido, o homem e a mulher. Por outro lado, e por motivos óbvios relacionados à autoria deste estudo, não se pretende marcar a discussão exclusiva sob a ótica feminina. Acredita-se que a visão masculina sobre o assunto também possa contribuir com a outra face do debate, gerando subsídios e intensificando a compreensão do fenômeno e a formulação de políticas promotoras da saúde.

O contexto de vínculos complexos envolvidos na ocorrência das violências parece apontar para uma necessidade de constante reflexão sobre a realização de pesquisas nesta área. A proteção da autonomia, privacidade e confidencialidade, bem como o referenciamento seguro dos casos revelados durante a coleta de dados, são princípios e atitudes que precisam ser destacados durante todas as fases dos desenhos de estudo. Exercitar os princípios da beneficência, não-maleficência, justiça e equidade parece ser o caminho premente para a adoção de medidas protetivas para o pesquisador e seus voluntários no momento de construção e prática dos protocolos de pesquisas que envolvem mulheres em situação de violência.

Aponta-se como um desdobramento das reflexões sugeridas nesta seção a realização de estudos que contemplem a aplicação destes princípios éticos durante a elaboração e desenvolvimento de estudos sobre violência. Mais ainda, sugere-se a reflexão sobre o quanto estas discussões seriam de interesse, quando comparadas a estudos envolvendo grandes amostras e ou análises estatísticas mais robustas. Principalmente quando se reflete sobre a constante demanda por publicações e as exigências relacionadas a manter um conceito elevado no ambiente acadêmico e o conseqüente reconhecimento entre os pares. O tempo atual parece curto, tudo acontece rápido, é urgente. De uma forma geral, os cuidados éticos não têm sido valorizados na sociedade atual, perdendo espaço para questões mais imediatistas e que possam trazer visibilidade e sucesso rápidos. Não dedicar o tempo necessário a estas questões, que podem trazer entraves para a realização de investigações relacionadas à ocorrência de violência – neste caso, especialmente aquela direcionada à mulher – pode significar um retrocesso. Dar valor à ética na pesquisa pode ser um manifesto de vanguarda, mais uma contribuição inestimável da pesquisa para a sociedade atual e futura.

## 6.2 Debate sobre o perfil da violência íntima na amostra de usuárias da ESF

O evento da violência vem sendo compreendido como um fenômeno mundial de causalidade múltipla e com consequências previstas para quem perpetra, é vítima ou presencia o ato de agressão. Por ser considerado um fenômeno sócio-histórico presente nas diversas faces dos relacionamentos humanos, suas definições guardam uma íntima relação com os valores, a cultura e as formas da sociedade em perceber e tolerar estes atos (ARENDR, 1990; DOMENACH, 1981; OMS, 2002). Suas noções baseiam-se na tradução da força física ou de poder em atitudes que possam resultar em danos biopsicossociais, bem como de ordem moral ou econômica, contra um ou mais indivíduos (MINAYO, 2005).

Tratando-se de um problema multifacetado e com diversas tipificações, não há um perfil rígido e definido para as vítimas de violências (ARENDR, 1990). Fatores como desigualdades e privações de acesso aos serviços básicos, como educação, saúde e emprego também estão fortemente associados à maior prevalência do evento, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde em seu modelo ecológico para compreender as violências (OMS, 2002).

A ocorrência deste fenômeno também está geralmente associada a adultos-jovens solteiros e de cor preta ou parda (61.5%), principalmente nos casos de agressões físicas que ocorrem em ambientes urbanos. Quanto ao sexo das vítimas, tem se observado um predomínio masculino em quase a totalidade dos cenários da violência, exceto no ambiente doméstico onde as mulheres e as crianças são especialmente afetadas (SOUZA, LIMA, 2007; GAWRYSZEWSKI et al, 2008).

Nos casos em que a agressão é praticada por uma pessoa com vínculo afetivo ou parental, a violência é denominada por alguns autores como íntima ou interpessoal. O termo violência familiar também é utilizado para abarcar este tipo de conflito. Este estudo observou a ocorrência de cerca de 90% de alguma forma de abuso no último ano, apoiando-se nos achados de trabalhos realizados na Zona da Mata de Pernambuco, São Paulo e Distrito Federal (SCHRAIBER et al, 2007; MOURA et al, 2009). Segundo os autores, a estimativa da prevalência varia conforme a tipologia do abuso, sendo as agressões psicológicas e físicas as mais comuns.

Outra característica marcante, além da elevada ocorrência de violência contra a mulher, foi a freqüente sobreposição das diferentes formas de agressão, envolvendo atitudes da ordem física, psicológica e sexual, conferindo ao evento um caráter preocupante e

tornando-o um problema de saúde pública (ARENDR, 1990). Embora as prevalências encontradas nas interseções das formas de abuso tenham sido menores que em outros trabalhos (SCHRAIBER et al, 2007; MOURA et al, 2009), chama-se atenção para o fato de que talvez os abusos estejam assumindo uma maneira diferente de ocorrências. Além disso, tal diferença nas prevalências pode ter ocorrido devido ao cenário eleito para este estudo. É importante recordar que elegeu-se para fins amostrais a região central do município de Nova Iguaçu, sob o entendimento que os achados seriam subestimados quando comparados com as regiões mais periféricas e mais carentes, necessidade trazer no bojo da discussão estas informações.

Os resultados apresentados também possibilitam uma visão mais detalhada da violência entre o casal, ao assinalar as diferenças - ou similaridades - entre as prevalências encontradas no papel da mulher enquanto vítima e perpetradora, respectivamente. Possibilitou observar que a ocorrência dos atos violentos perpetrados pelo casal parece estar se equilibrando, excetuando-se a violência sexual, quando comparados a resultados obtidos no início desta década (REICHENHEIM et al, 2006; DRIJBER, REIJNDERS, CEELEN, 2013). A redução da violência física como forma isolada de agressão também é ponto de destaque, passando a ocorrer principalmente em concomitância às agressões psicológicas.

Esta possível diferença de práticas violentas perpetradas contra a mulher pode ter várias explicações, como os aspectos judiciais sobre o tema e amplas campanhas na mídia que revelam a elevada ocorrência e graves consequências à saúde feminina. O empoderamento das mulheres sobre os seus direitos, a rigorosa legislação atual e a modificação na composição dos núcleos familiares parecem contribuir para as mudanças atualmente experimentadas na sociedade (MEDRADO, MÉLLO, 2008). Parece que uma nova atitude social está sendo tomada frente ao abuso físico, com redução de sua aceitação como forma de manifestação do poder masculino. No entanto, percebe-se que a ocorrência de outras formas de violência permanece elevada, principalmente aquelas que podem ser ocultadas (SCHRAIBER et al, 2010). Reforçando esta inferência, os dados encontrados no estudo apontam para uma alta prevalência de abusos psicológicos e para violência física predominantemente em mulheres não casadas.

Existem situações mais íntimas onde a submissão feminina ainda está presente, como as relações sexuais onde as diferenças de gênero são fortemente dominantes. O resultados do estudo apontam para o predomínio de abusos sexuais em mulheres casadas, conforme observado em outros trabalhos, talvez pela ideia, ainda presente em uma sociedade tipicamente patriarcal, do corpo feminino como objeto de uso e controle dos homens

(AGUIAR, 2000). Contreras et al (2010), chamam atenção que este tipo ocorrência, em alguns casos, não é nem mesmo entendida pelas vítimas como estupro, uma vez que as mesmas se sentem obrigadas, pela instituição do casamento, em manter relações sexuais com seus parceiros.

Apesar dos avanços, a mulher ainda permanece desqualificada em suas relações, com elevada frequência de abusos psicológicos, talvez na tentativa de velar as marcas deixadas pelas outras formas de ameaças dos parceiros, sendo esta a mais elevada forma dos abusos entre parceiros íntimos (SILVA, COELHO, MORETTI-PIRES, 2014; MOURA et al, 2009; SCHRAIBER et al, 2007).

Por outro lado, a violência perpetrada contra o homem ainda é marginalizada no âmbito doméstico, reforçando-se quase sempre a posição de vítima da mulher neste espaço. Os resultados mostram que a quase totalidade dos homens do estudo foi exposta a algum tipo de abuso. Com a exceção dos abusos sexuais, os homens são vitimados quase que na mesma proporção das mulheres. Analisando as inter-relações entre as formas violentas, percebe-se que a mulher também agride e, na maior parte dos casos, de forma psicológica. Da mesma forma que já existe a compreensão de que a violência pode se apresentar com a justaposição de suas diferentes tipologias, percebe-se que existe certa dinâmica de variabilidade no papel de vítima e perpetradora(o) (REICHENHEIM, 2006). Esta não é uma assunção nova, mas pode descortinar algo que ainda permanece no campo do proibido pela ótica masculina – a vitimização de abusos perpetrados por mulheres (DRIJBER, REIJNDERS, CEELLEN, 2013).

De forma similar ao que foi observado na tentativa anterior de construir um perfil das vítimas de violência, tem-se uma estimação das principais características sociodemográficas das mulheres que perpetraram os abusos. Estratos etários mais jovens, cor/etnia preta ou parda e tempo de estudo inferior a 8 anos, do mesmo modo que vem sendo referido como importantes fatores relacionado a vitimização da mulher (SILVA, COELHO, MORETTI-PIRES, 2014), também estiveram presentes em diversas formas de violência praticadas por pelas mulheres. Sugere-se ainda que a escolaridade colabore, independente do sexo, como um dos aspectos relacionados a prática de abusos. Uma das possíveis explicações para este fenômeno se alicerça na compreensão de que a violência está ligada a situações políticas e, neste sentido, de poder. Neste caso, a baixa escolaridade poderia traduzir em uma tentativa de punir supostas transgressões do outro (KRUG, 2002). Outra contribuição para a compreensão deste fenômeno pode estar pautada na violência estrutural (CANO, 2007). Neste caso, a vivência cotidiana atitudes abusivas em algumas comunidades acabam por gerar uma cultura de violência, sendo esta a maneira encontrada para a resolução de conflitos. Acredita-se que

estes eventos podem contribuir diretamente no *modus operandi* que algumas famílias se relacionam no ambiente doméstico.

Outra característica que predominou na posição da mulher como perpetradora foi a classe econômica. Apontada por muitos autores como sendo um dos principais pontos - de poder do masculino sobre o feminino - que desencadeiam atos violentos, também esteve presente na relação inversa entre a violência de gênero (SILVA, COELHO, MORETTI-PIRES, 2014; MATIAS et al, 2013; KRUG et al, 2002). Talvez devido a estabilização ou independência financeira da mulher, não haja receios dela revidar formas de abuso praticadas pelo parceiro ou até mesmo de atuar do mesmo modo que a visão tradicional dos gêneros. Com os dados deste estudo é possível reforçar esta hipótese de ocorrência, frente a independência da mulher.

Não se pretende com estas inferências retroceder historicamente e reforçar o papel da mulher como principal responsável pelos conflitos domiciliares ou reforçar as noções tradicionais de gênero que traduziam a submissão do feminino. Justamente ao contrário. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de manter um olhar sobre as relações conflituosas abusivas do casal, sugerindo que as raízes e as consequências também são compartilhadas. A limitação sobre um único foco pode ampliar, de forma cíclica e progressiva, o grau de sofrimento para os sujeitos envolvidos (ACOSTA, 2004).

E é neste cenário que a compreensão da co-dependência do casal, amplamente utilizada na abordagem do uso e abuso de substâncias químicas, pode ser uma contribuição significativa para o trabalho com as situações de violência entre parceiros íntimos. Entende-se a co-dependência como um conjunto de condutas que produzam um sofrimento psíquico, ou mesmo físico, para todos os atores envolvidos direta ou indiretamente com o ato violento (MORAES, 2008). Neste sentido, encarar os abusos como situacionais parece mais prudente do que o emprego de uma nomenclatura voltada à culpa e à vitimização.

É possível perceber que o emprego do termo "violência contra a mulher" pode trazer uma visão limitada sobre o fenômeno por não contemplar as suas muitas outras facetas. A mudança na terminologia para "situações de violência" - já empregada por diversas instituições envolvidas com o tema - não é meramente estilística e sim semântica, garantindo o emprego de estratégias voltadas à abordagem sistêmica e contextual. A mudança nos papéis entre vítima e perpetrador (a) da violência já é temática conhecida e defendida na literatura atual (DRIJBER, REIJNDERS, CELEN, 2013), entretanto a investigação sobre a forma de compreensão destas relações ainda é meta a ser alcançada nos contextos que envolvem parceiros íntimos.

### **6.3 Influências da violência íntima na utilização dos exames de rastreio das lesões precursoras do câncer do colo uterino**

Esta seção se debruça em análises baseadas no modelo teórico-conceitual proposto nesta tese. O modelo, que abarca as principais características que interferem nas práticas de rastreio de lesões precursoras dos cânceres do colo do útero, conta ainda com a hipótese de que estas interferências também podem guardar relações com os atos de violência íntima vivenciados por algumas mulheres. Destaca-se que o presente estudo é pertencente a um pequeno grupo, no Brasil, que se preocupa em analisar estes fatores sob a ótica da causalidade epidemiológica, quando comparado ao volume de produções. O que se observa é que um elevado número de trabalhos se voltam ao estudo de prevalências dos fatores impeditivos ou sob a abordagem qualitativa dos dados.

No que diz respeito as características sociodemográficas da amostra, apenas as variáveis faixa etária e escolaridade demonstraram relação estatisticamente significativa com o desfecho. Observou-se a elevação progressiva do risco de não realização dos exames de rastreio conforme o avanço da idade, atingindo o seu máximo em mulheres com 60 anos ou mais (OR 3.2; IC95%: 1.5 / 7.0).

Alguns autores (BORGES et al, 2012; MARTINS, THULER, VALENTE, 2005) já haviam apontado preocupações voltadas aos extremos de idade da faixa etária alvo preconizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Segundo Borges et al (2012), a adesão ao rastreio tem apresentado reduções conforme a aproximação da menopausa. A ocorrência talvez se deva pelo maior intervalo entre o atendimento ginecológico nesta idade e, por sua vez, pela redução da prática regular de atitudes preventivas relacionadas essas consultas. Rafael e Moura (2010) também apontaram, em um estudo que compreendeu cerca de 280 mulheres, a dificuldade de adesão as práticas de rastreio relacionadas a idade. Neste caso, observou-se que um sentimento de vergonha relacionado ao examinador foi apontado como uma potencial barreira em mais de 50% das mulheres com idade entre 40 e 59 anos.

Frente a isso, é importante considerar que justamente a menor adesão deste grupo aos serviços, elevam-se os riscos de desenvolvimento da doença com o avançar da idade (INCA, 2011). Neste sentido, talvez seja o momento de se ponderar a necessidade de revisão dos programas preventivos relacionados à abordagem de alto risco, ao menos no que tange a captação do público-alvo, adotando-se também características de programas de abordagem

populacional, tais como os programas de rastreio sistematizado (NYGARD, SKARE, THORESEN, 2002).

Os resultados apontam para um fator protetor relacionado a escolaridade, apoiando-se em outros estudos que tratam da vulnerabilidade social e o câncer do colo do útero (MARTINS, THULER, VALENTE, 2005; HACKENHAAR et al, 2006; PESSINI, SILVEIRA, 2006). Mulheres com mais de 8 anos de estudo teriam 50% a menos de chance de não aderir aos serviços de rastreio, observada a periodicidade preconizada pelo Ministério da Saúde. Acredita-se que a escolaridade possa atuar como mediadora do processo de empoderamento sobre as informações relativas à doença, possibilitando a tomada de decisão – mais segura e responsável – pela mulher.

A segunda dimensão do modelo teórico e a principal hipótese deste estudo trata da relação entre a violência íntima como uma barreira na utilização dos serviços de rastreio do câncer do colo do útero. É importante refletir que a violência traz sérias consequências para quem é vítima e/ou perpetrador, deixando marcas ocultas e de difícil avaliação (MINAYO, 2005). Inúmeros autores vêm investigando as consequências trazidas a saúde individual e coletiva das mulheres por este grupo de violências (MORAES, ARANA, REICHENHEIM, 2010; SCHRAIBER, BARROS E CASTILHO, 2010; RIVARA et al, 2007; SOARES, 2007; MINAYO, 2005). No entanto, os impactos das violências íntimas sobre o acesso aos serviços de saúde (KRUG, 2002) ainda é tema controverso e obscuro.

Acredita-se que a violência íntima perpetrada contra a mulher, especialmente na forma de abusos físicos e sexuais, tende a elevar a incidência de problemas ginecológicos, o que ampliaria o sofrimento das vítimas e teria interferência direta sobre a utilização dos serviços de saúde (PINHO, FRANÇA-JUNIOR, 2003). No entanto, a busca destas mulheres, em geral, se dá de forma mais imediata, sob a necessidade de resolução do problema, não havendo formação de vínculos e nem tão pouco a regularidade de atendimentos necessários em algumas situações (KRUG, 2002). Especificamente sobre a busca dos exames de rastreio do câncer do colo do útero, os resultados do presente estudo apontam para a existência de associação com as violências física grave (OR 2.1; IC 95%:1.1/4.2) e sexual menor (OR 1.4; IC95%: 1.1/2.0) contra a mulher.

Pinho e França-Junior (2003) referem que as principais questões que reduzem a adesão deste público às práticas de rastreio estejam pautadas nos sentimentos de vergonha e medo, reforçando a ideia trazida em um estudo sobre crenças em saúde (RAFAEL, MOURA, 2010). Segundo os autores, as mulheres vítimas de violência, especialmente nos casos de abusos sexuais, temem a experimentar uma ampliação da vergonha relacionada ao outro, neste caso o

profissional examinador, e o medo de novos atos violentos praticados pelos parceiros frente a descoberta de realização do exame ginecológico pela mulher (PINHO, FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Além disso, o momento da consulta ginecológica pode remeter a questões da própria sexualidade da mulher e, que por se tratar de temática pouco explorada nas unidades de saúde, acaba por potencializar a ansiedade e os sentimentos de vergonha e medo pela mulher (DUAVY, 2007). Neste sentido, acredita-se que o exame propriamente e procedimentos a ele relacionados – o posicionamento da mulher, a exposição da genitália, o ambiente de realização – podem remontar vivências de abuso ora experimentadas pela mulher vítima de violência, contribuindo para o afastamento das práticas preventivas regulares (PINHO, FRANÇA-JUNIOR, 2003).

Garbin et al (2006) também faz referência ao modo que os profissionais prestam assistência as mulheres vítimas de violências no momento do acesso e adesão às práticas de saúde. Segundo eles, o despreparo profissional para lidar com este tipo de situação pode estar auxiliando a agravar o cenário, uma vez que, mediados por uma visão tradicional de gênero, muitos profissionais acabam por culpabilizar a mulher pelo ato abusivo sofrido. Entende-se que esta prática, aqui determinada como violência institucional (KRUG, 2002), tende a afastar ainda mais as mulheres das ações preventivas que dependem da formação de vínculo, dentre elas os serviços de rastreio do câncer do colo do útero.

Aliado a isso, se faz necessário refletir de forma mais contextual sobre os atos de violência íntima, a partir da compreensão de que este fenômeno possui características complexas e multifacetadas nas relações de vítima e perpetrador. Ou seja, existe uma dinâmica de alternância e justaposição de papéis na prática do abuso (REICHENHEIM, 2006). Portanto, é preciso compreender que as consequências destes atos abusivos são sentidas por toda a família, independente dos demais sujeitos serem vítimas diretas destes atos (MINAYO, 2006).

Reforça-se esta ideia a partir da análise de dados sobre as situações de violência – onde a mulher foi vítima e/ou perpetradora – e o desfecho investigado. É possível perceber que a força de associação, avaliada a partir do cálculo do OR, foi maior em quase a totalidade dos tipos de violência, embora nem todos tem se apresentado estatisticamente significativos. Chama-se atenção para a magnitude vinculada aos abusos físicos (OR 1.6; IC95%: 1.1/2.5) e sexuais (OR 1.6; IC95%: 1.1/2.6) menores. Nesta perspectiva, é possível inferir que a redução da adesão às práticas preventivas dos cânceres do colo do útero pode estar associada às situações de violência e não somente à vitimização da mulher.

Por fim, as abordagens centradas no contexto familiar, comuns nas equipes de Atenção Primária, parecem imprescindíveis para o devido manejo do problema. Insistir na culpabilização e vitimização de apenas um grupo de sujeitos parece não trabalhar as várias nuances das violências e suas consequências. O entendimento da co-dependência (MORAES, 2008) entre os sujeitos - próprio do manejo com o uso abusivo do álcool - também parece ser uma estratégia profícua para atuação com impactos na origem das violências, uma vez que compreende que o sofrimento é próprio à todos os indivíduos que vivenciam a situação (MINAYO, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com as limitações dos estudos do tipo caso controle, onde a avaliação da exposição está sob risco de vieses de memória, o presente trabalho possibilitou iluminar outros aspectos de construtos multifacetados e complexos: a busca dos serviços de saúde, especialmente os de rastreamento de lesões precursoras do câncer do colo uterino, e as violências íntimas. Especialmente pela necessidade de avaliação das violências é que se destaca a impossibilidade de aplicação de outras formas de pesquisas prospectivas, uma vez que seria considerado eticamente inviável.

Foi possível ensaiar reflexões sobre questões ético-metodológicas de pesquisas que envolvem situações de violência, principalmente, no que tange à mulher, tendo um artigo como produto já publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (Anexo E) . Depreende-se da leitura dos textos desta tese que parece imprescindível assegurar a proteção dos sujeitos envolvidos nas pesquisas, desde a concepção do projeto até a coleta de dados, preservando questões das diversas fragilidades e vulnerabilidades que podem decorrer dos abusos ora sofridos pelas participantes. A exposição prévia dos objetivos do estudo, a garantia de uma boa atmosfera durante o período de coleta, a seleção de algumas características – ser mulher e não pertencer intimamente ao cotidiano dos sujeitos – e a garantia de proteção aos sujeitos e entrevistadores, parecem ser pontos indispensáveis durante a preparação de pesquisas envolvendo violências.

Pensar nos benefícios diretos e advindos das pesquisas também devem ser metas a serem perseguidas pelos pesquisadores, principalmente por se tratar de estudos que remetem a questões íntimas, estando, por vezes, o sujeito participando do trabalho como forma de fuga de sua realidade violenta. Neste sentido, construir uma rede de suporte antes da entrada em campo pode auxiliar o pesquisador na condução do trabalho e na obtenção de dados mais válidos. E talvez justamente devido a estas reflexões, prévias ao início da coleta de dados, que as perdas desta pesquisa foram relativamente baixas (n=40; 6%). Também parece importante frisar o ineditismo do tema no cenário da Atenção Primária, o que permitiu pensar e analisar formas mais profícuas de captação das mulheres neste nível do Sistema, bem como subsidiar futuras estratégias voltadas ao controle das violências e a promoção de uma cultura de paz.

As prevalências de violência perpetradas contra as mulheres acompanhou a maior parte dos estudos utilizados como base comparativa, principalmente no que tange a cenários domésticos e em regiões urbanas. As principais características sociodemográficas envolvidas

foram a raça/cor (pretas e pardas), o tempo de estudo inferior a 8 anos, a classe econômica e as condições desfavoráveis de moradia. A situação conjugal e a idade também foram fatores importantes e evidenciados pelo trabalho, principalmente quando associadas as violências sexuais. Perfil similar de prevalências e características sociodemográficas foram encontradas quando analisadas as violências perpetradas pelas mulheres, sugerindo avaliações mais contextuais do problema ao invés de vitimizar apenas um dos sujeitos envolvidos.

Corroborando para isto, analisou-se as interseções e as formas exclusivas de violências sofridas, praticadas e vivenciadas – quando a mulher foi vítima e/ou perpetradora – da violência. Observou-se que, com exceção da forma de abuso sexual, a prevalência de violência praticada pela mulher é tão elevada quanto a do homem, principalmente no que concerne aos atos de abuso psicológico.

Esta análise descortina a necessidade de repensar as formas em que os estudos e estratégias de enfrentamento vêm sendo desenvolvidos. É necessário analisar o contexto em que se insere o ato violento e, por sua vez, os sujeitos que estão envolvidos na complexa cadeia causal deste fenômeno. O entendimento sobre a co-dependência e o sofrimento mútuo em que vítima e perpetrador estão sujeitos parece ser uma janela de possibilidades para um debate mais aprofundado. Estas reflexões originaram o segundo produto desta tese, publicado no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (Anexo F).

O estudo, por fim, refletiu sobre a influência da violência íntima como fator impeditivo na utilização dos exames de rastreio de lesões precursoras do câncer do colo uterino. Aplica-se, portanto, os conhecimentos sobre causalidade epidemiológica, pautados nos Critérios de Bradford Hill (HILL, 1965), para ensaiar sobre esta relação. Quase que a totalidade das formas de violências íntimas vivenciadas pelas mulheres apresentaram força de associação compatível com a magnitude esperada para se inferir sobre a relação de risco, mesmo quando os valores não se apresentaram tão elevados. Todavia, com exceção das formas física – grave e menor – e dos abusos sexuais menores, os demais tipos de violência não se apresentaram estatisticamente significantes, quando analisados os respectivos intervalos de confiança. É importante considerar um possível viés de seleção, uma vez que o presente estudo utilizou uma definição de caso que contempla a não realização do exame em mulheres que frequentam os serviços de saúde. Tal forma de seleção pode ter subestimado a medida de OR e, portanto, espera-se que a magnitude do risco seja ampliada em mulheres que sequer frequentam os serviços.

A temporalidade também foi critério preenchido na avaliação entre a variável dependente e as independentes de interesse; o que também atende o critério da especificidade,

ou seja, única causa e efeito testados. O aumento da gravidade dos atos violentos não demonstrou associação com os riscos, não atingindo o que se espera no critério de gradiente biológico / dose-resposta. É mister informar que o estudo também não contemplou análises voltadas a frequência dos abusos, o que torna limitada a análise deste critério.

Baseado nas análises ajustadas e no plano teórico de reflexão sobre o construto também é possível inferir que a remoção das exposições aos atos violentos aproximaria o risco, em relação ao desfecho, para os dois grupos avaliados – os de expostos e não expostos. Isso permitiria afirmar o atendimento do critério de reversibilidade proposto por Hill (1965). Por fim, sugere-se que outros estudos, utilizando métodos e procedimentos similares a este, sejam realizados em outros cenários e utilizando diferentes populações e circunstâncias, a fim de analisar a consistência dos resultados, conforme também recomendado pelos critérios de causalidade acima mencionados.

No entanto, mesmo frente as limitações de estudos deste tipo, foi possível evidenciar que as situações de violência íntima – especialmente as formas físicas e sexual menor - envolvendo mulheres têm contribuição negativa no que diz respeito à busca dos serviços de rastreio das lesões precursoras do colo do útero. Desta forma, as informações trazidas no bojo desta tese reforçam a urgente necessidade de (re)pensar as práticas de atuação das equipes de saúde, especialmente das equipes de Atenção Primária, que lidam de maneira prioritária com o rastreio deste câncer e, que por muitas vezes, vivenciam as mazelas sociais das populações sob seus cuidados.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, F. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2004.
- AGUIAR, N. Patriarcado, sociedade e patrimonialismo. *Soc. estado*. [online]. vol.15, n.2, 2000, pp. 303-330.
- AMORIM, V. et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.
- ARENDT, H. *Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
- ARNOLD, M. W. et al. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 7, suplemento, p. 23-28, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). *Critérios de Classificação Econômica Brasil*. 2011. Disponível em: <[www.abep.org](http://www.abep.org)> Acessado em: 27 de abril de 2011.
- AUDI, C.A.F. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 84, n. 1, p. 60-67, 2008.
- AUDI, C.A.F. et al. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.
- BACKES, D.S. et al. Violência familiar na perspectiva do pensamento complexo. *Av. enferm.* v. 29, n. 2, p. 225-333, 2011.
- BARROS, A.J.D. *Modelagem Estatística em Estudos Epidemiológicos. O Modelo Logístico*. Dissertação (Mestrado). Instituto de Matemática, Estatística e Ciências da Computação – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.
- BARROS, C., SCHRAIBER, L.B., FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*, v.45, n.2, p.365-372, 2011.
- BOING, A, et al. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002 – 2004. *Rev Assoc Med Bras*, v.53, n.4, p. 317-322, 2007.
- BORGES, M.F.S.O. et al. Prevalência do exame preventivo de câncer do colo do útero em Rio Branco, Acre, Brasil, e fatores associados à não-realização do exame. *Cad. Saúde Pública*. vol.28, n.6, 2012, pp. 1156-116

BOSCH, F.X. et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Natl Cancer Inst*, v. 87, p. 796-802, 1995.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

BRASIL, Y.S. et al. Prevenção do câncer do colo uterino: um inquérito sobre o conhecimento e prática das acadêmicas de enfermagem. *R. Pesq.: Fundam. Online*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 2346-2353, 2011.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 132p.

BRASIL. Lei 8080. *Lei Orgânica da Saúde*. Diário Oficial da União. Brasília; 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA; 2004b. 186p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência Contra a Mulher*. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=152](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=152)> Acessado em: 17 de Maio de 2010.

BRASIL. *Portaria n 2669, de 3 de novembro de 2009, que estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011*. Publicada no DOU de 06 de novembro de 2009.

BRASIL. Questionário individual – tipo A. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRITO, C., et al. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. *Rev Bras Enferm*, v.60, n.4, p.387-380. 2007.

BROFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

BULKMANS, N.V.W. et al. Prevalence of types 16 and 33 is increased in high-risk human papillomavirus positive women with cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or worse. *Int J Cancer*. v. 117, p. 177-181, 2005.

CANO, I. Violência estrutural e suas repercussões na juventude. In: TAQUETTE, S.R (Org). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. 208 p.

CARMO, E.H., BARRETO, M.L., SILVA JR., J.B.. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003 .

CARVALHO, I. Comportamento preventivo em saúde em relação ao câncer cérvico-uterino. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Pós-graduação em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia, Bahia; 1996. 93 p.

CARVALHO, I. S. Custo-utilidade de vacinação contra o Papilomavírus humano no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Bahia; 2013. 28 f.

CASTRO, M.L., CUNHA, S.S., SOUZA, D.P.O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n.6, 2011.

COLETA, M. Escalas para medida das crenças em saúde: construção e validação. *Avaliação Psicológica*, v.2, n.2, p.111-122. 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 446, de 10 de maio de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS; 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). *Bioética e medicina*. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica; 2006.

CONTRERAS, J.M. et al. Violência sexual na América Latina e no Caribe: uma análise de dados secundários. *Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2010.

CORTEZ, M.B; SOUZA, L. Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. *Psic.: teor. e pesqu.*, v. 24, n. 2, p. 171-180, 2008.

COSTA, E., CARBONE, M. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio. 2004

D'OLIVEIRA, A.F.P.L et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública, São Paulo*, v. 43, n. 2, p. 299-310, 2009.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, suplemento, p. 1163-1178, 2006.

DAVIM, R., et al. Conhecimento de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Natal / RN sobre o exame Papanicolau. *Rev Esc Enferm USP*, v.39, n.3, p.296 - 302. 2005.

DIAS, A.R.C; MACHADO, C. Gênero e violência conjugal: uma relação cultural. *Aná. Psicológica*. V. 26, n. 4, p. 571-586, 2008.

DOMENACH, J.M. La violencia. In: DOMENACH, J.M. et al. La violencia y sus causas. Paris: UNESCO; 1981. 294p.

DRIJBER, B.C; REIJNDERS, U.J.L; CELEN, M. Male Victims of Domestic Violence. *J Fam Viol.* vol. 28, 2013, pp.173-178.

DUAVY, L. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p.733-742, 2007.

DUBOWITZ, H.S.C.P. et al. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child maltreatment*, v. 9, n. 4, p. 344-356, 2004

DUTRA, M.L.; et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1293-1304, 2013.

FIGUEIRAS, M.J., MARCELINO, D., FERREIRA, M.M. Preditores da intenção de adotar comportamentos preventivos face ao HIV/SIDA em adolescentes portugueses. *Rev. Port. Sau. Pub.*, v. 27, n. 2, p.27-36, 2009.

FIGUEIREDO, N. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Paulo: Yendis. 2005

FONSECA, A.J. Custo-utilidade das estratégias de prevenção primária e secundária do câncer de colo do útero para o Brasil. *Rev. Bras. oncologia clínica*, v. 9, n. 31, p. 11-17, 2013.

FONSECA, A.J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 386-392, 2010.

FONSECA, R.M.G.S. et al. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*. vol. 17, n.6, 2009.

- FRANCO, F., RIBEIRO, P.M., GRYSNER, S. A violência começa quando a palavra perde o valor. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência; 2004.
- FUGITA, R; GUALDA, D. A causalidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. Rev Esc Enferm USP, v.40, n.4, p.501 - 506. 2006.
- GADONI-COSTA, L.M; ZUCATTI, A.P.N; DELL'AGLIO, D.D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. Estudos psicologia. v. 28, n. 2, p. 219-227, 2011
- GARBIN, C.A.S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad saúde pública, vol. 22, n. 12, 2006, pp. 2567 – 2573.
- GAWRYSZEWSKI, V.P. *et al.* Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005.
- GOMES R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
- GOMES, J.C.M. Saúde e violência, uma contradição bioética. Rev Bioét, vol. 12, n.4, 2004, pp. 55-62.
- GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. 284p.
- GREEN, J. et al. Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20–44 years: the UK National case–control study of cervical cancer. Br J Cancer, v. 89, n.11, p. 2078-2086, 2003.
- GREEN, L.A. et al. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med, England, v. 344, n. 26, 2001
- GRIFFIN, K., DANTAS-BERGER, S.M. Violência de gênero e sociedade de risco: uma abordagem relacional. In: MINAYO, M.C.S., SOUZA, E.R. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. 284p.
- HACKENHAAR, A., et al. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. Rev. bras. epidemiol, v.9, n.1, p.103 - 111. 2006.
- HILL, A.B. The environment and disease: association or causation? Proc R Soc Med. vol. 58, 1965, pp. 295-300.
- IMPERATORI, G; LOPES, M.J.M. Estratégias de intervenção na morbidade por causas externas: como atuam agentes comunitários de saúde? Saúde Soc. vol. 18, n. 1, 2009, pp.83-94.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: questionário da pesquisa. Rio de Janeiro: IBGE; 2011

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2006. 120 p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA; 2002b

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2002c

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Viva Mulher – Câncer do colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas. Rio de Janeiro: INCA; 2002a.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC) working group on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Human papillomaviruses. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, v. 90, p. 1-636, 2007.

INTERNATIONAL AGENCY OF RESEARCH ON CANCER (IARC) working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. BMJ, v. 293, p.659-664, 1986.

ITO, M.M. et al. Dimensão da participação do Papilomavírus humano (HPV) na evolução do câncer cérvico-vaginal. RBAC, v. 42, n2, p. 127-129, 2011.

KJELLBERG, J. et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. Br J Cancer, v. 82, n 7, p. 1332-1338, 2000.

KRIVAK, T., et al. Câncer Cervical e Vaginal. In: J. E. Berek (Ed.). NOVAK – Tratado de Ginecologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Câncer Cervical e Vaginal

KRUG E.G. et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. 351p.

LABRONICI, L.M; FEGADOLI, D; CORREA, M.E.C. Significado da violência sexual na manifestação da corporeidade: um estudo fenomenológico. Rev esc enferm USP. v. 44, n. 2, p. 401-406, 2010.

MACINKO, J. STARFIELD, B. SHI, L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. HSR: Health Services Research. v. 38, n. 3, p. 831-65, 2003.

MARTINS L, THULER L, VALENTE J. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. v. 27, n. 8, p. 485-492. 2005.

MATHIAS, A.K.R.A. et al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.35, n.4, 2013, pp. 185-191.

MEDRADO, B; MÉLLO R.P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. Psicologia & Sociedade. vol. 20, n. especial, 2008, pp. 78-86

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

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340p.

MONTEIRO CFS, SOUZA IEO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. Texto contexto - enferm., v. 16, n.1, p.26-31, 2007.

MORAES, C.L., AMORIM, A.R., REICHENHEIM, M.E. Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. Int J Gynecol Obstet, v. 95, n. 3, p. 254-260, 2006.

MORAES, C.L., ARANA, F.D.N., REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. Rev Saúde Pública, v.44, n.4, p.667-676, 2010.

MORAES, C.L., HASSELMANN, M.H., REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural para o português do instrumento “Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)” utilizado para identificar violência entre casais. Cad Saude Publica, v. 18, n.1, p. 163-176, 2002.

MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 783-796, 2002.

MORAES, C.L., VIELLAS, E.F., REICHENHEIM, M.E. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE, and TWEAK in a Brazilian setting. J Stud Alcohol, USA, v. 66, n. 2, p. 165-173, 2005.

MORAES, C.L; REICHENHEIM, M.E; NUNES, A.P. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? ACTA Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, v. 88, n. 9, 2009, pp. 1041-1048.

MOREIRA, V. BORIS, G.D.J.B; VENANCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Piscol soc.* v. 23, n. 2, p. 398-406, 2011.

MOURA, A.T.M.S. Suspeição, detecção e notificação de casos de violência contra a criança em serviços de saúde. [Tese de Doutorado] Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. 194 p.

MOURA, A.T.M.S., MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 12, p 2926-2936. 2008

MOURA, L.B.A. *et al.* Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúd Pública*, v. 43, n. 6, p. 944-953, 2009.

NEDEL, F.B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literature. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NYGARD, J. SKARE, G. THORESEN, S. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen*, v. 9, n.2, p. 86-91, 2002.

OLIVEIRA, A.S.D. Violência entre parceiros íntimos durante a gestação: um fator de risco para o desmame precoce? Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. 217p.

OLIVEIRA, M. FERNANDES, A. GALVÃO, M. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. *Acta paul enferm*, São Paulo, v. 18, n.2 , p. 150-155, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Nota de orientação da OPAS/OMS: prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC: OPAS; 2013. 12f.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. 281p.

PAULA, M.R. IX Conferência de saúde 2014: “O SUS: balanço das conquistas e fortalecimento das lutas na saúde” – sobre a Atenção Básica. Nova Iguaçu: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.

PHEBO, L. Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes. In: TAQUETTE, S.R (Org). *Violência contra a mulher adolescente/jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. 208 p.

PINHO, A.A. FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 3, p. 95-112, 2003.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA IGUAÇU (PMNI). Bairros. 2011. Disponível em: <<http://www.novaiguacu.rj.gov.br/>> Acessado em: 25 de abril de 2011.

RAFAEL, R.M.R. et al (org). Relatório Anual de Gestão – SAABPE. Nova Iguaçu: Secretaria Municipal de Saúde; 2012. 140 f.

RAFAEL, R.M.R. et al. User's knowledge and practices about the pap smear in the family health strategy. *Rev enferm UFPE on line*, Pernambuco, v. 5, p. 75-82, 2011.

RAFAEL, R.M.R., MOURA, A.T.M.S. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p.1045-1050, 2010.

RAMOS, M.D. Reflexões sobre o processo histórico-discursivo do uso da legítima defesa da honra no Brasil e a construção das mulheres. *Rev. Estud. Fem.* v. 20, n. 1, p. 53-73, 2012.

REICHENHEIM, M.E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saúde Pública*. vol. 22, n.2, 2006, pp. 425-437.

REICHENHEIM, M.E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*. London, p.75-89, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>

REICHENHEIM, M.E., HARPHAM, T. Perfil intra-comunitário da deficiência nutricional: um estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, p. 69-79, 1990.

REICHENHEIM, M.E; MORAES, C.L. Alguns pilares para a apreciação da validade de estudos epidemiológicos. *Rev. Bras. epidemiol.* v. 1, n. 2, p. 131-148, 1998.

RIVARA, F.P., et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics*, v. 120, n. 6, p. 1270-1277, 2007.

RODRIGUES, M., et al. Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Coimbra: Formasau; 2005

RODRIGUES, P.H.A., SANTOS, I.S. Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2008.

RONZANI, T.SILVA, C.D.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.1, p.23 – 34, 2008.

ROSENSTOCK, I.M. The health belief model and preventive health behavior. *Health educ monographs*, vol 2, n. 4, 1974. p. 354-87.

- SANTANA, V.S; CASTILHO, E.A. Pontuações sobre ética saúde coletiva. Rev Assoc Med Bras, 2011, vol. 55, n. 3, 249-255.
- SANTOS, E. Modelo de Crenças em Saúde em familiares de pacientes com câncer colorretal. Pós-Graduação em Ciências, Fundação Antônio Prudente, São Paulo, 2008. 232 p.
- SANTOS, M.L; EMMERICH, A. O consentimento livre e esclarecido e a vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. Rev bioét (impr). v. 19, n. 2, p. 553-561, 2011.
- SASIENI P, CASTAÑON A, CUZICK J. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ, v.339, b2968, 2009.
- SCHRAIBER L.B et al. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. vol. 13, n.2, 2010, pp. 237-245.
- SCHWARTSMANN, G.MARTELETE, M. Câncer. In: B. Duncan, et al (Ed.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2006. Câncer
- SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS (SEBRAE). Informações socioeconômicas do município de Nova Iguaçu. Rio de Janeiro: SEBRAE; 2011.
- SILVA, A.C.L.G; COELHO, E.B.S; MORETTI-PIRES, R.O. O que se sabe sobre o homem autor de violência contra a parceira íntima: uma revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica [online]. vol.35, n.4, 2014, pp. 278-283.
- SILVA, A.C.L.G; COELHO, E.B.S; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. Ciênc. saúde coletiva. v. 19, n.4, 1255-1262, 2014.
- SILVA, A.G; MORAES, C.L; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil? Cad. saúde pública. v. 28, n. 7, p. 1359-1370, 2012.
- SILVA, L.L; COELHO, E.B.S; CAPONI, S.N.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21. 2007
- SOARES, B.M. Enfrentamento da violência contra mulheres: impasses e desafios. In: TAQUETTE, S.R (Org). Violência contra a mulher adolescente/jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007. 208 p.
- SOUZA, E.R., LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc saúde coletiva, v. 11, suplemento, p. 1211-1222, 2007.
- SOUZA, E.R; LIMA, M.L.C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. Ciênc saúde coletiva. vol. 11, n. suplementar, 2007, pp.1211-1222.
- SOUZA, J; KANTORSKI, L.P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD, Rev. Eletrônica saúde mental álcool drog. v. 3, n.2, 2007

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726p.

STRAUS, M. Handbook for the Conflict Tactics Scales (CTS). Durham, Family Research Laboratory, University of New Hampshire; 2000.

STRAUSS, M.A., et al. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *J Fam Issues*, v. 17, n. 3, p. 283-316, 1996.

SZKLO, M; NIETO, F.J. Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones. España: Ediciones Díaz de Santos; 2003.

TAQUETTE, S. R. et al . A relação entre as características sociais e comportamentais da adolescente e as doenças sexualmente transmissíveis. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 148-152, 2005.

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DO RIO DE JANEIRO (TRE-RJ). Dados estatísticos – Eleições 2012. Rio de Janeiro: TRE; 2012.

VALENTIM, I.V.L., KRUEL, A.J. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777-788, 2007.

VASCONCELOS, A.M.N; GOMES, M.M.F. Demographic transition: the Brazilian experience. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIAL, E.A. et al. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica*, v. 28, n. 4, p. 289-297, 2010.

VIEIRA, L.J.E.S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p.113-125, 2008.

VIEIRA, L.S.E.S. et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v. 21, n. 4, 2013.

WATSON M ET AL. Burden of cervical cancer in the United States, 1998-2003. *Cancer*, v. 113, 10 suppl, p. 2855-2864, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO; 2001.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, p. 53-59, 2010.

## APÊNDICE – Folha de elegibilidade

<b>E1</b>	<i>Código do Entrevistador</i>	<b>E1</b>
<b>E2</b>	<i>Data</i>	<b>E2</b>

**ENTREVISTADOR – LEIA:** *Bom dia! Me chamo (Dizer o nome) e estou realizando algumas entrevistas para o Doutorado do Enf. Ricardo Mattos. Como é seu nome? Então Senhora (Dizer o nome dela), o estudo dele é sobre acesso aos serviços de prevenção do câncer do colo do útero e a forma que as mulheres se relacionam com seus companheiros. As informações dadas pelas mulheres são muito importantes, pois poderão nos ajudar a entender um pouco melhor estas relações... Você gostaria de nos ajudar respondendo algumas questões?*

**CASO SIM! LEIA** – *“Então vou fazer algumas perguntas para saber se a senhora poderá participar do estudo, tá bom?”*

**CASO NÃO – AGRADEÇA! SEJA CORTÊS!**

<b>E4</b>	<i>A senhora tem mais de 25 anos ou menos de 60 anos? (0)Não; (1) Sim (Caso a resposta seja 1; agradeça e finalize explicando que infelizmente ela não poderá participar do estudo, pois um dos critérios é a idade)</i>	<b>E4</b>
<b>E5</b>	<i>A senhora tem companheiro (mesmo que namorado/a)? (0)Não; (1) Sim (Caso a resposta seja 0; agradeça e finalize explicando que infelizmente ela não poderá participar do estudo, pois um dos critérios é ter um relacionamento no último ano)</i>	<b>E5</b>
<b>E6</b>	<i>A senhora mora na área de cobertura desta Unidade de Saúde da Família, ou seja, o agente de saúde passa ou já passou na sua casa nos últimos meses? (0)Não; (1) Sim (Caso a resposta seja 0; agradeça e finalize explicando que infelizmente ela não poderá participar do estudo, pois um dos critérios é residir na área da ESF)</i>	<b>E6</b>
<b>E7</b>	<i>A senhora já teve relação sexual? (0)Não; (1) Sim (Caso a resposta seja 1; agradeça e finalize explicando que infelizmente ela não poderá participar do estudo, pois um dos critérios não ser virgem)</i>	<b>E7</b>
<b>E8</b>	<i>Gostaria de participar do nosso estudo? (0)Não; (1) Sim (Caso a resposta seja 1, apresente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicite sua assinatura e inicie a entrevista. Ofereça a mudança para um local mais reservado se assim ela desejar)</i>	<b>E8</b>

## ANEXO A – Caderno dos entrevistadores



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Faculdade de Ciências Médicas - FCM  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - PGCM  
Av. Prof. Manoel de Abreu 444 , 2º andar  
Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ 20550-170  
Tel: (55-21) 2587-6105 FAX: (55-21) 2587-8744  
e-mail: [pgfcm@lampada.uerj.br](mailto:pgfcm@lampada.uerj.br)

**CADERNO DOS ENTREVISTADORES**

*Pesquisador*

*Ricardo de Mattos Russo Rafael*

*Orientador*

*Profª Drª Anna Tereza Miranda Soares de Moura*

*Adaptado do Caderno dos Entrevistadores de autoria da Profª Drª Anna Tereza Miranda  
Soares de Moura*

*Rio de Janeiro*

*2012*

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um dos projetos do Programa de Doutorado em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), desenvolvida sob a linha de pesquisa “Informação e Educação em Saúde”. Nesta linha se inserem os estudos sobre a geração, análise e modelagem estatística de dados epidemiológicos, bem como aquele cujo objeto envolva a representação e avaliação da informação e outros princípios da educação e suas articulações com a área da saúde.

Em conformidade com a linha de pesquisa descrita, este estudo, em particular, tem como finalidade discutir as influências da violência íntima e do uso abusivo de álcool no acesso aos serviços de rastreio do câncer do colo de útero por mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. Para alcançar o objetivo proposto, optou-se por realizar um estudo do tipo caso-controle com uma amostra de mulheres usuárias da ESF do município. A população-fonte do estudo compreenderá o conjunto de mulheres com idade entre 25 e 60 anos residentes na área de cobertura das equipes de saúde da família. Serão considerados casos todas as participantes que não tenham realizado exame colpocitológico nos três anos anteriores a pesquisa. Já os controles, serão as mulheres que realizaram a colpocitologia, amostrando-se na proporção 3:1.

Será aplicado um questionário estruturado, após autorização formal e assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), numa amostra de 635 mulheres na faixa etária de 25 a 60 anos, selecionadas por meio da técnica de amostragem aleatória e que se enquadrem nos critérios de seleção, por meio da “Folha de Elegibilidade” da pesquisa. A duração da coleta está prevista para 8 semanas.

As informações necessárias ao estudo serão obtidas a partir de entrevista *face-a-face* em um ambiente reservado e de escolha da própria respondente, contemplando dimensões distais (características sócio-demográficas), intermediárias (hábitos de vida, violência íntima e

antecedentes gineco-obstétricos) e o desfecho propriamente dito (não realização do exame) da pesquisa. Os entrevistadores e o coordenador da pesquisa vão estar presentes no campo do estudo ao longo das semanas e distribuídos em turnos. Destaca-se novamente que o entrevistador só poderá dar início ao estudo com o consentimento verbal e escrito da mulher selecionada.

Neste contexto, faz necessário salientar que neste momento está se iniciando uma das mais importantes etapas deste tipo de estudo: a coleta de dados. Um trabalho de campo sem o necessário cuidado pode prejudicar todos os esforços praticados e conduzidos até o presente momento, pois pode levar a perda de confiabilidade dos dados. Nesta perspectiva, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores assume um papel ímpar e de importância estratégica para o sucesso da pesquisa.

Para assegurar que os dados coletados sejam comparáveis, este guia de instruções e procedimentos tem por finalidade uniformizar as ações dos entrevistadores durante o processo de coleta de dados. Em pesquisas epidemiológicas, como esta, não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser sanados com o auxílio deste manual, consulte o colega ou coordenador do projeto.

## DIRETRIZES GERAIS PARA CONDUÇÃO DA ENTREVISTA

### Informações gerais do instrumento.

- As caixas de texto contendo frases em negrito deverão ser lidas integralmente para as respondentes.
- instrumento contem frases de orientações para o entrevistador. Elas sempre estarão dispostas em negrito e itálico e iniciando com a palavra “Entrevistador” ou estarão entre parênteses. Em hipótese alguma estas frases deverão ser lidas em voz alta, a fim de não influenciar a resposta da entrevistada.
- As opções de resposta, na maior parte das vezes, não deverão ser lidas para os entrevistados, cabendo ao entrevistador falar somente o enunciado da questão. Nos casos em que for prevista a leitura das opções de resposta para a entrevistada, sempre haverá uma indicação após a pergunta.
- Algumas opções de resposta estão vinculadas a outras perguntas (como exemplo, a questão 35). Neste caso sempre haverá uma indicação entre parênteses, negrito e itálico para qual pergunta o entrevistador deverá passar. Fique atento!
- Todos os pequenos problemas em cada questão devem ser registrados ao lado das mesmas (quando houver espaço) ou na margem superior ou inferior da folha. Nunca faça registros que possam vir a prejudicar a leitura do instrumento. Atenção também quanto a forma da escrita, a fim de viabilizar o entendimento do registro realizado.

### Regras gerais para uma boa entrevista

Há certas regras que você deve ter em mente para a garantia de uma entrevista imparcial e com fidedignidade das respostas – a saber:

(1) Permaneça sempre neutro

- Você deve manter sempre uma atitude neutra para com a mulher;
- Não mostre surpresa ou faça comentários com as coisas que ouve. No momento da coleta qualquer informação que não esteja prevista no instrumento e na pesquisa, poderão alterar a precisão dos dados. Fique tranquilo, pois ao término do estudo estas mulheres serão convidadas a participar de rodas de discussão com base na análise dos dados coletados;
- Coloque a entrevistada a vontade, criando um clima propício para a entrevista e ganhando sua confiança.

(2) Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas

- Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso;
- Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta, alterando a resposta da mulher e impossibilitando o cruzamento de dados de outras entrevistas;
- Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

(3) Faça as perguntas na ordem em que elas aparecem

- Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa sequência lógica. Mudar esta sequência destruirá a finalidade do questionário;
- Se a mulher está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas das perguntas antes que você tenha chegado nelas. Mesmo assim, não

pule nenhuma pergunta, mesmo que haja alguma repetição. Se alguma mulher se irritar um pouco e disser: “Já falei isso...”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “tenho que ter certeza de que a senhora me deu a resposta completa para isso”, ou “A senhora pode ter me falado sobre isso, mas deixe-me perguntar de novo para me certificar”;

- No entanto, há perguntas que você será instruído a omitir ou pular, dependendo das respostas a outras perguntas. Mas isto estará sempre claramente indicado e haverá instruções escritas para você seguir. As instruções de pulo e omissão de perguntas virão sempre antecedidas da palavra “Entrevistador” em negrito.

(4) Certifique-se de que a mulher não esteja vendo as perguntas

- As mulheres podem ser influenciadas ao saber as perguntas que virão ou ao ver as categorias de respostas, que nem sempre são para ser mostradas. Existirá sempre uma indicação na pergunta quando as opções de resposta devem ser lidas para a mulher.

(5) Não aceite um fácil “não sei” como resposta sem mais uma tentativa de obter a informação que precisamos

- Tente mais uma vez obter uma réplica para uma resposta “não sei” antes de aceitá-la como a resposta final. Tenha cuidado para não forçar uma resposta caso ela diga novamente que não sabe. Nesse caso, marque a opção NS (não sabe) e passe para a próxima questão.
- Direito da mulher de não querer responder

- Lembre-se que a mulher tem o direito de não responder a qualquer pergunta que ela queira. Nesses casos marque a opção NR (não respondeu) e passe para a próxima questão.

#### (6) Checando as respostas

- Checar uma resposta é esclarecer ou confirmar a informação prestada pela mulher. Perguntas estruturadas devem ser comprovadas apenas se a mulher não responder dentro das possibilidades previstas;
- Por exemplo, suponha que a mulher lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias pré-estabelecidas. Você pode dizer: "Bem, qual dessas opções se aproxima mais?" e repetir as respostas que estão na pergunta.

#### (7) Desestimule irrelevâncias

- Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que a mulher se lembre de alguma coisa ou relate alguma história ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobretudo entre “entrevistadas faladoras”;
- Você fará um favor tanto para si mesmo quanto para a mulher se imprimir à entrevista um tom profissional.
- Se você se depara com uma mulher dispersa, digressiva, ou que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em interromper e trazê-la de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar a mulher.

(8) Não explique palavras de uma pergunta a menos que haja indicação para isso

- Algumas vezes, as entrevistadas pedirão para que você explique palavras de uma pergunta ou partes dela. Em algumas situações especiais, você pode fazer isso. Mas, nesses casos, haverá uma indicação que lhe dirá qual a explicação ou definição a ser dada;
- Se não estiver especificado, você não pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: “o que quer que isso signifique para senhora...”.
- Se a mulher não consegue responder a pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

## **PROBLEMAS QUE PODEM AFETAR AS PERGUNTAS**

### **Respostas divergentes**

- Em alguns casos você se defrontará com alguns problemas que dificultam o manuseio das perguntas que têm opções de resposta. Por exemplo: às vezes a mulher não consegue escolher nenhuma das categorias de respostas oferecidas;
- Pode acontecer que a mulher sinta que nenhuma das respostas pré-definidas serve ou que ela escolheria uma resposta sob certas condições e outra resposta sob condições diferentes;
- Neste caso, você deve tentar induzi-la à generalização, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou do outro?” ou “na maioria das vezes...” ou “quase sempre...”, etc.
- Se ela insistir que não pode escolher, escreva sua primeira resposta e anote do lado da pergunta que isso aconteceu.

### **Respostas vagas e generalizadas**

- Nas conversas diárias, às vezes as pessoas conversam em termos vagos ou imprecisos. É comum que no início da entrevista as mulheres respondam de forma pouco precisa. É importante estimulá-la a se expressar de forma mais específica.

### **Respostas “não sei”**

- Em geral, a entrevistada responde “não sei” a uma pergunta por um dos quatro motivos listados a seguir:
- Ela não entende a pergunta e diz “não sei” para evitar dizer que não entendeu.

- Ela está pensando na pergunta e diz apenas para ganhar tempo para pensar mais.
- Ela pode estar fugindo do assunto porque se sente pouco informada e tem medo de dar uma resposta errada.
- Porque a pergunta lhe parece muito pessoal, íntima ou inoportuna.
- Não se apresse para checar uma resposta “não sei”. Se você ficar quieto – mas com uma atitude de expectativa – a mulher achará que há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são, geralmente, a melhor coisa a fazer nestas horas.
- Caso isso não funcione, você pode dizer: “mas, o que você acha disso?” ou “Em geral..., mais ou menos...?”, etc.

### **Respostas à perguntas dependentes**

- Perguntas dependentes são aquelas que são perguntadas somente à algumas entrevistadas. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta à pergunta anterior.
- Por exemplo, a questão 34 somente deverá ser perguntada se a mulher responde “sim” (1) à pergunta 33.
- Nas perguntas que foram puladas, em decorrência de perguntas dependentes, informe o código NA (não se aplica). Não deixe de registrar o código correspondente no espaço destinado, pois isso facilitará a análise dos dados.
- Sempre que for necessário um pulo, haverá uma indicação na pergunta avisando qual a próxima questão a ser perguntada.

- É comum que a entrevistadora comece a formular uma pergunta dependente, antes de conferir se, realmente, ela deve ser feita. Para evitar isso, você deve conhecer bem o questionário e suas instruções antes de começar o trabalho de campo. Se acontecer de você fazer uma pergunta a alguém que não deveria, risque a resposta registrada.

## **REGISTRANDO AS RESPOSTAS**

- Já falamos sobre como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao registrar a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível aquilo que a entrevistada diz. Como em nosso estudo, todas as perguntas são fechadas, isto é, tem opções de resposta já especificadas, devemos nos concentrar para descrever uma das opções oferecidas.
- Esteja pronto para escrever. Tenha o lápis preparado quando você fizer as perguntas.
- Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
- Se preciso, peça a mulher para falar devagar. As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar e ir lendo à medida que escreve.
- Tenha sempre material extra. Anote sempre as respostas com lápis. Leve pelo menos três para o caso de algum quebrar.

- Desenhe um círculo em volta da opção de resposta dada pela mulher e depois passe a resposta para o campo específico na margem direita da folha. Observe o passo-a-passo abaixo:

**PASSO 1: Durante a entrevista – circule a resposta**

<b>Q37</b>	<i>Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não; (1) Sim; (99) NA</i>	<b>Q37</b>
------------	--	------------

**PASSO 2: Tendo concluído a entrevista – passe o código da resposta para o campo correspondente**

<b>Q37</b>	<i>Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? (0) Não; (1) Sim; (99) NA</i>	<b>Q37</b>  <i>1</i>
------------	--	----------------------------

- Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo de modo que ele não inclua mais do que uma opção de resposta. Lembre-se: problemas nessa etapa são impossíveis de resolver depois.
- Use um \* ao lado da questão que tiver merecido algum tipo de esclarecimento por parte do entrevistador ou que tenha merecido alguma observação escrita no questionário.
- Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação. Use o espaço em branco disponível do questionário, conforme orientado anteriormente. Você pode querer dar explicações, tais como: a mulher começou a se inquietar, a mulher riu, a mulher chorou e se recusou a responder a pergunta, etc. Todas as suas observações podem ser úteis durante o procedimento de análise dos dados.
- Se a mulher mudar de ideia depois de você fizer o círculo em torno de uma opção de resposta, apague-o e circule a opção correta;

- Para o registro das respostas, SEMPRE utilize os códigos indicados nas questões. Cuidado para modificar o código referente a resposta, pois este erro poderá inviabilizar a análise de dados.
- uso do NA (Não se aplica) somente será permitido se estiver indicado como opção questão correspondente;

***ATENÇÃO - Sempre utilize os códigos:***

***99 para “Não se aplica” - NA, desde que indicado como opção de resposta;***

***88 para “Não sabe” - NS, desde que esgotadas as possibilidades de resposta;***

***77 para “Não respondeu” - NR, desde que esgotadas as possibilidades de resposta.***

## DEMAIS ORIENTAÇÕES DO TRABALHO DE CAMPO

- Cada entrevistador está recebendo uma pasta contendo: lápis, borrachas e canetas para o trabalho de campo, questionários em branco e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para o preenchimento durante a entrevista, folhas para anotações e o caderno de instruções da pesquisa.
- Ao abordar as mulheres, apresente-se de forma cordial, informando o motivo da abordagem e a importância da colaboração para a entrevista → *“Bom dia / Boa tarde. Meu nome é (nome do entrevistador). Qual o seu nome? Sou entrevistador (a) da pesquisa sobre câncer do colo do útero, que está sob a coordenação do Prof. Ricardo de Mattos Russo Rafael. Nesta pesquisa, pretende-se retratar os hábitos e as percepções das mulheres em relação a doença e suas formas de prevenção. Será de extrema importância a sua colaboração, pois com base neste estudo poderão ser estabelecidas estratégias para melhoria das condições de prevenção deste câncer. A Sra. poderia participar deste estudo conosco? (...)”*
- Caso a mulher aceite participar do estudo, aplique o instrumento 1 – “Folha de Elegibilidade”. Este instrumento contém 11 questões dependentes, ou seja, a seleção irá ocorrer a cada resposta da mulher.
- Caso a mulher seja selecionada, ou seja, preencha todos os requisitos da Folha de Elegibilidade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá ser preenchido e assinado em duas vias (uma que ficará em posse do entrevistador e anexado ao instrumento e outra que deverá ser entregue para a mulher entrevistada).

- Nos casos em que a entrevistada não saiba escrever, o entrevistador deverá justificar e rubricar ao lado.
- Se a mulher não desejar participar do estudo, registre no caderno de anotações o motivo. Isto também é muito importante para que se faça uma revisão do procedimento de coleta de dados.
- Se a entrevista precisar ser interrompida pela mulher, tentar negociar com a respondente para chegar até o final, pois isso inviabilizaria aquela entrevista e poderia prejudicar o estudo.
- Ao sair para o trabalho de campo o entrevistador deverá levar sua pasta com questionários preenchidos até o coordenador. Lembre-se: os questionários serão recolhidos diariamente ao término do turno de entrevistas.

## REVISANDO AS ENTREVISTAS

- **LOGO** depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu de forma correta e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho do entrevistador, pois essa é a última chance de corrigir erros, anotar algo que tenha sido pulado ou tirar qualquer outra dúvida com a mulher, pois será muito difícil ter oportunidade de encontrá-la novamente.
- Alguns dos objetivos dessa revisão são:
  - (1) Identificar e corrigir ou explicar erros ou omissões no registro. Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas puladas erradamente e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros. A maioria deles pode ser corrigida se você faz a revisão logo após a entrevista.
  - (2) Aprender para que os erros não se repitam. Normalmente os erros que ocorrem em uma entrevista tendem a se repetir. Estude seus erros e fique atento para que não aconteçam novamente.
  - (3) Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso.
  - (4) Anotar as dúvidas e problemas que por ventura tenham ocorrido para ser checado com o coordenador da pesquisa.

**Muito obrigado pela atenção e ajuda! Lembre-se: qualquer coisa você pode entrar em contato pelos meus números de telefone**

--	--	--

## ANEXO B – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Faculdade de Ciências Médicas - FCM  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - PGCM  
Av. Prof. Manoel de Abreu 444 , 2º andar  
Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ 20550-170  
Tel: (55-21) 2587-6105 FAX: (55-21) 2587-8744  
e-mail: [pgfcm@lampada.uerj.br](mailto:pgfcm@lampada.uerj.br)

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

***Pesquisador***

*Ricardo de Mattos Russo Rafael*

***Orientadora***

*Profª Drª Anna Tereza Miranda Soares de Moura*

Rio de Janeiro  
2012

Q1	Código do instrumento	Q1
Q2	Código do entrevistador	Q2
Q3	Data da entrevista	Q3
Q4	Horário de início da entrevista	Q4

### **MÓDULO I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Para começar gostaria que a senhora me respondesse algumas perguntas para que possamos saber um pouco mais sobre a senhora, como sua idade, sua escolaridade, etc.”

Q5	Quantos anos você tem?	Q5
Q6	Como você classifica a sua cor/etnia? (1) Branca; (2) Preta; (3) Amarela; (4) Parda; (5) Indígena	Q6
Q7	Qual a sua escolaridade? (0) Nenhuma; (1) De 1ª a 4ª série; (2) De 5ª a 8ª série; (3) Do 1º ao 3º do ensino médio; (4) Ensino Superior incompleto; (5) Ensino Superior completo.	Q7
Q8	Qual a sua situação conjugal? (1) Casada; (2) União consensual/Amigada; (3) Separada, mas vive com o companheiro; (4) Namorando.	Q8
Q9	Você tem algum outro parceiro? (0) Não; (1) Sim.	Q9

**ENTREVISTADOR – LEIA:** Mudando de assunto... gostaria que me respondesse algumas coisas sobre a sua casa e as pessoas que moram com você.

Q10	Quantos cômodos têm na sua casa incluindo a cozinha e o banheiro e sem contar com a varanda ou a área?	Q10
Q11	Contando com você, quantas pessoas moram nesta casa?	Q11
Q12	Entrevistador – <b>PULE ESTA QUESTÃO:</b> Este campo destina-se a razão entre o número de cômodos e o quantitativo de pessoas que residem na casa. Sendo: (2) Menos de uma pessoa por cômodo; (1) De 1,0 a 1,49 pessoas por cômodo; (3) Maior ou igual a 1,5 pessoas por cômodo.	Q12
Q13	De que material é construída a maior parte da sua casa? (1) Madeira ou tijolo; (0) Outros materiais.	Q13
Q14	De que material é feito a maior parte do chão da sua casa? (1) Cimento, madeira tratada, tacos, cerâmicos ou ladrilhos; (0) Madeira bruta, barro, terra, areia, etc.	Q14
Q15	Sua casa tem luz elétrica da LIGHT? (0) Não; (1) Sim	Q15
Q16	De onde vem a água que você usa em sua casa? (2) Da torneira da casa; (1) Da torneira comunitária, carro-pipa ou nascente; (0) Do poço.	Q16
Q17	Para onde vai o esgoto da sua casa? (2) Rede geral de esgoto; (1) Fossa; (0) Vala aberta.	Q17
Q18	Aonde você joga o lixo? (2) É recolhido em casa pelo lixeiro; (1) Na caçamba; (0) Em local aberto ou terreno baldio.	Q18
Q19	Entrevistador – <b>PULE ESTA QUESTÃO:</b> Este campo destina-se ao somatório das questões de Q12 a Q18 para a composição do Escore das condições ambientais/moradia, sendo: $\geq 9$ – boas condições ambientais; De 0 – 8, más condições ambientais.	Q19

Q20	Quantos televisores a cores você têm? <b>(0) Nenhum; (2) Um; (3) Dois; (4) Três; (5) Quatro ou mais.</b>	Q20
Q21	Quantos aparelhos de rádio? <b>(0) Nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro ou mais</b>	Q21
Q22	Quantos banheiros têm em sua casa? <b>(0) Nenhum; (2) Um; (3) Dois; (4) Três; (4) Quatro ou mais.</b>	Q22
Q23	Quantos automóveis você tem? <b>(0) Nenhum; (1) Dois; (4) Dois; (5) Três; (5) Quatro ou mais.</b>	Q23
Q24	Quantas empregadas mensalistas trabalham para você? <b>(0) Nenhuma; (2) Uma; (4) Duas ou mais.</b>	Q24
Q25	Você tem aspirador de pó em casa? <b>(0) Não; (1) Sim</b>	Q25
Q26	Você tem máquina de lavar em casa? <b>(0) Não; (1) Sim</b>	Q26
Q27	Você tem vídeo cassete e/ou DVD? <b>(0) Não; (2) Sim</b>	Q27
Q28	Você tem geladeira? <b>(0) Não; (2) Sim</b>	Q28
Q29	Você tem freezer, independente ou parte da geladeira duplex? <b>(0) Não; (1) Sim.</b>	Q29
Q30	Entrevistador – <b>PULE ESTA QUESTÃO: Este campo destina-se ao somatório das questões de Q20 a Q29. Este somatório será realizado pelo Coordenador da Pesquisa.</b>	Q30
Q31	Qual a escolaridade do chefe de família, ou seja, da pessoa responsável pela casa? <b>(0) Analfabeto/primário incompleto; (1) Primário completo/ginásio incompleto; (2) Ginásio completo/colegial incompleto; (3) Colegial completo/superior incompleto; (5) Superior completo.</b>	Q31
Q32	Entrevistador – <b>PULE ESTA QUESTÃO: Este campo destina-se ao somatório das questões Q30 e Q31. Este somatório será realizado pelo Coordenador da Pesquisa.</b>	Q32

### MÓDULO II – TWEAK RESPONDENTE

ENTREVISTADOR – **LEIA:** “Agora gostaria de falar um pouco sobre algumas coisas que a senhora gosta e costuma fazer no dia-a-dia.”

Q33	Você gosta de comer doces? <b>(0) Não; (1) Sim.</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q35)	Q33
Q34	Você alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou para de comer doces? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	Q34
Q35	Você bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? <b>(0) Não; (1) Sim.</b> (Caso a resposta seja 1, vá para a Q37)	Q35
Q36	<b>Nem de vez em quando, em ocasiões especiais?</b> <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q49)	Q36
Q37	Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	Q37
Q38	Você gosta de comida muito salgada? <b>((0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	Q38
Q39	Você alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal na comida? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	Q39
Q40	Seu companheiro e seus familiares se preocupam ou reclamam quando você bebe? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	Q40
Q41	Quantas doses você precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são	Q41

	necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito normal?	
<b>Q42</b>	Você gosta de tomar um cafezinho? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q44)	<b>Q42</b>
<b>Q43</b>	Alguma vez você já sentiu que deveria diminuir ou parar o cafezinho? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q43</b>
<b>Q44</b>	Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q44</b>
<b>Q45</b>	Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q45</b>
<b>Q46</b>	Você fuma? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q49)	<b>Q46</b>
<b>Q47</b>	Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarros ou parar de fumar? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q47</b>
<b>Q48</b>	Quantos cigarros você fuma por dia?	<b>Q48</b>

### **MÓDULO III – TWEAK COMPANHEIRO**

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Mudando de assunto, agora gostaria de falar um pouco sobre algumas coisas que seu companheiro gosta e costuma fazer no dia-a-dia”

<b>Q49</b>	O seu companheiro gosta de comer doces? <b>(0) Não; (1) Sim.</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q51)	<b>Q49</b>
<b>Q50</b>	O seu companheiro alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de doces ou para de comer doces? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q50</b>
<b>Q51</b>	O seu companheiro bebe um chope, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? <b>(0) Não; (1) Sim.</b> (Caso a resposta seja 1, vá para a Q53)	<b>Q51</b>
<b>Q52</b>	Nem de vez em quando, em ocasiões especiais? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b> (Caso a resposta seja 0, vá para a Q64)	<b>Q52</b>
<b>Q53</b>	Alguma vez o seu companheiro sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q53</b>
<b>Q54</b>	O seu companheiro gosta de comida muito salgada? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q54</b>
<b>Q55</b>	O seu companheiro alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de sal na comida? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q55</b>
<b>Q56</b>	Você e seus familiares se preocupam ou reclamam quando o seu companheiro bebe? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q56</b>
<b>Q57</b>	Quantas doses o seu companheiro precisa beber para se sentir “alto”, ou seja, quantas doses são necessárias para que ele comece a se sentir diferente do seu jeito normal?	<b>Q57</b>
<b>Q58</b>	O seu companheiro gosta de tomar um cafezinho? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q58</b>
<b>Q59</b>	Alguma vez o seu companheiro já sentiu que deveria diminuir ou parar o cafezinho? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q59</b>
<b>Q60</b>	O seu companheiro costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q60</b>
<b>Q61</b>	Alguma vez seu companheiro acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	<b>Q61</b>
<b>Q62</b>	O seu companheiro fuma? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q62</b>

<b>Q63</b>	Alguma vez o seu companheiro sentiu que deveria diminuir a quantidade de cigarros ou parar de fumar? <b>(0) Não; (1) Sim; (99) NA</b>	<b>Q63</b>
------------	---	------------

**MÓDULO III – CTS2**

**ENTREVISTADOR – LEIA: “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 agridem 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 existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se você e seu (ex)companheiro fizeram cada uma dessas coisas durante os últimos 3 anos. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que você me dissesse se já aconteceu nestes últimos 3anos. Diante de uma desavença ou discussão entre você e seu (ex)companheiro ...”**

<b>Q64</b>	Você mostrou que se importava com ele mesmo que vocês estivessem discordando? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q64</b>
<b>Q65</b>	Seu companheiro(a) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q65</b>
<b>Q66</b>	Você explicou para seu companheiro(a) o que você não concordava com ele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q66</b>
<b>Q67</b>	Seu companheiro(a) explicou para você o que ele não concordava com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q67</b>
<b>Q68</b>	Você insultou ou xingou o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q68</b>
<b>Q69</b>	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q69</b>
<b>Q70</b>	Você jogou alguma coisa no seu companheiro(a) que poderia machucá-lo? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q70</b>
<b>Q71</b>	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q71</b>
<b>Q72</b>	Você torceu o braço do seu companheiro(a) ou puxou o cabelo dele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q72</b>
<b>Q73</b>	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q73</b>
<b>Q74</b>	Você teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q74</b>
<b>Q75</b>	Seu companheiro(a) teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q75</b>
<b>Q76</b>	Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q76</b>
<b>Q77</b>	Seu companheiro(a) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q77</b>
<b>Q78</b>	Você obrigou o seu companheiro(a) a fazer sexo sem usar camisinha? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q78</b>
<b>Q79</b>	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q79</b>
<b>Q80</b>	Você deu um empurrão no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q80</b>
<b>Q81</b>	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q81</b>
<b>Q82</b>	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo oral ou anal com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	<b>Q82</b>

Q83	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q83
Q84	Você usou uma faca ou arma contra o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q84
Q85	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q85
Q86	Você desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q86
Q87	Seu companheiro(a) desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q87
Q88	Você chamou o seu companheiro(a) de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q88
Q89	Seu companheiro(a) chamou você de gorda/o, feia/o ou alguma coisa parecida? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q89
Q90	Você deu um murro ou acertou o seu companheiro(a) com alguma coisa que pudesse machucar? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q90
Q91	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q91
Q92	Você destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro(a) de propósito? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q92
Q93	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q93
Q94	Você foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q94
Q95	Seu companheiro(a) foi ao médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q95
Q96	Você sufocou ou estrangulou seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q96
Q97	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q97
Q98	Você gritou ou berrou com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q98
Q99	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q99
Q100	Você jogou o seu companheiro(a) contra a parede com força? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q100
Q101	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q101
Q102	Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q102
Q103	Seu companheiro(a) disse que achava que você poderiam resolver o problema? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q103
Q104	Você deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro, mas não foi? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q104
Q105	Seu companheiro(a) deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com você, mas não foi? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q105
Q106	Você deu uma surra no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q106
Q107	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q107
Q108	Você segurou o seu companheiro(a) com força? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q108
Q109	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q109
Q110	Você usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro(a) a fazer sexo com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q110
Q111	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q111
Q112	Você virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q112

Q113	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q113
Q114	Você insistiu em fazer sexo quando o seu companheiro(a) não queria sem usar força física? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q114
Q115	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q115
Q116	Você deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q116
Q117	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q117
Q118	Você quebrou um osso por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q118
Q119	Seu companheiro(a) quebrou um osso por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q119
Q120	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo oral ou anal com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q120
Q121	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q121
Q122	Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q122
Q123	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q123
Q124	Você queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro(a) de propósito? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q124
Q125	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q125
Q126	Você insistiu para que seu companheiro(a) fizesse sexo oral ou anal com você sem usar força física? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q126
Q127	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q127
Q128	Você acusou o seu companheiro(a) de ser “ruim de cama”? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q128
Q129	Seu companheiro(a) acusou-o(a) disso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q129
Q130	Você fez alguma coisa para ofender o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q130
Q131	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q131
Q132	Você ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q132
Q133	Seu companheiro(a) fez isso? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q133
Q134	Você sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q134
Q135	Seu companheiro(a) sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q135
Q136	Você chutou o seu companheiro(a)? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q136
Q137	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q137
Q138	Você fez ameaças para obrigar o seu companheiro(a) fazer sexo com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q138
Q139	Seu companheiro(a) fez isso com você? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q139
Q140	Você concordou com a solução que foi sugerida por ele? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q140
Q141	Seu companheiro(a) concordou em tentar uma solução que você sugeriu? <b>(0)Não; (1)Sim</b>	Q141

**MÓDULO IV - CRENÇAS EM SAÚDE**

<b>ENTREVISTADOR – LEIA: “Agora eu farei algumas afirmativas sobre como você se sente em relação ao câncer do colo do útero e ao exame preventivo (ou de Papanicolaou). Gostaria que você respondesse para cada afirmativa que eu fizer se discorda totalmente, apenas discorda, se não discorda e nem concorda, se concorda ou se concorda totalmente. Não se preocupe, pois a cada afirmativa que eu fizer, irei ler as opções de resposta”</b>		
<b>Q142</b>	<b>Tenho certeza que vou ter câncer de colo do útero algum dia.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q142</b>
<b>Q143</b>	<b>Acho que vou ter câncer do colo do útero algum dia.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q143</b>
<b>Q144</b>	<b>Tenho grande chance de ter câncer do colo do útero nos próximos 10 anos.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q144</b>
<b>Q145</b>	<b>Minha chance de ter câncer do colo do útero é grande.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q145</b>
<b>Q146</b>	<b>Tenho mais chance de ter câncer do colo do útero que as outras pessoas.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q146</b>
<b>Q147</b>	<b>A ideia de câncer do colo do útero me apavora.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q147</b>
<b>Q148</b>	<b>Quando eu penso em ter câncer do colo do útero, meu coração dispara.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q148</b>
<b>Q149</b>	<b>Tenho medo até de pensar em câncer do colo do útero.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q149</b>
<b>Q150</b>	<b>Os problemas que eu teria com câncer do colo do útero iriam durar muito tempo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q150</b>
<b>Q151</b>	<b>O câncer do colo do útero pode ameaçar minha relação com meu parceiro.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q151</b>
<b>Q152</b>	<b>Se eu tivesse câncer do colo do útero, minha vida toda iria mudar.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q152</b>
<b>Q153</b>	<b>Se eu tiver câncer do colo do útero, não vou viver mais que cinco anos.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q153</b>
<b>Q154</b>	<b>Quando eu faço o exame preventivo que o médico mandou, eu fico aliviada.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q154</b>
<b>Q155</b>	<b>Quando eu faço o exame preventivo, não me preocupo muito com o câncer do colo do útero.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	<b>Q155</b>
<b>Q156</b>	<b>Fazer o exame preventivo ajuda a descobrir logo o câncer do colo do útero.</b>	<b>Q156</b>

	(1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	
<b>Q157</b>	<b>Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu morrer de câncer do colo do útero.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q157
<b>Q158</b>	<b>Fazer o exame preventivo diminui a chance de eu ter uma cirurgia grande se eu tiver câncer do colo do útero.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q158
<b>Q159</b>	<b>Fico com vergonha de fazer o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q159
<b>Q160</b>	<b>Tenho medo de descobrir alguma coisa se eu fizer o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q160
<b>Q161</b>	<b>Tenho medo de fazer o exame preventivo porque eu não sei o que vão fazer comigo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q161
<b>Q162</b>	<b>Não sei o que fazer para marcar o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q162
<b>Q163</b>	<b>O preparo para fazer o exame preventivo vai demorar muito.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q163
<b>Q164</b>	<b>O pessoal que faz o exame preventivo pode ser grosseiro.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q164
<b>Q165</b>	<b>É difícil arrumar condução para ir fazer o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q165
<b>Q166</b>	<b>Tenho coisas mais importantes para fazer do que o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q166
<b>Q167</b>	<b>O exame preventivo vai atrapalhar a minha vida.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q167
<b>Q168</b>	<b>O exame preventivo é muito caro.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q168
<b>Q169</b>	<b>Sempre esqueço de marcar o exame preventivo.</b> (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Não discordo, nem concordo; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente	Q169

### **MÓDULO V – EXAME COLPOCITOLÓGICO**

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Estamos terminando a entrevista. E para terminar gostaria de fazer mais algumas perguntas sobre como andam os seus preventivos (o exame de Papanicolaou)”

<b>Q170</b>	Você fez algum exame preventivo (o exame de Papanicolaou) nos últimos 3 anos? (0)Não; (1)Sim	Q170
-------------	--	------

	<b>(Caso a resposta seja 0, leia a última caixa de texto, finalize a entrevista e passe para a questão 178)</b>	
<b>Q171</b>	Quantos exames preventivos você fez nos últimos 3 anos?	Q171
<b>Q172</b>	Em que mês e ano você fez o seu último exame preventivo? (Caso a respondente não saiba informar pergunte com que idade)	Q172
<b>Q173</b>	Com que frequência você realiza o exame preventivo? <b>(1)De 6 em 6 meses; (2)Anualmente; (3) A cada três anos; (4)Entre 3 e 5 anos; (5) Mais de 5 anos; (6)NA</b>	Q173
<b>Q174</b>	Na última vez que você fez o exame preventivo foi: <b>(1) Como exame de rotina, não apresentando nenhum problema visível no momento? (2) Para que checar ou examinar problemas existentes ou anteriores ao momento do exame? (3) Por outros motivos? (4)NA</b> (Caso a resposta seja 1 ou 2, pule a Q146)	Q174
<b>Q175</b>	Qual foi o problema que te levou a fazer o exame? <b>(1) Problema que pode levar ao câncer de colo do útero (infecção pelo HPV); (2) Corrimento; (3) Dor no “pé da barriga”; (4)Outros (<u>Marcar e especificar:</u> _____) (5)NA</b>	Q175
<b>Q176</b>	Seu companheiro alguma vez te proibiu fazer o exame preventivo? <b>(0)Não; (1)Sim; (2)NA</b>	Q176
<b>Q177</b>	Na última vez que você fez o preventivo, a senhora usou o Sistema Único de Saúde, quer dizer, procurou atendimento público gratuito? <b>(0)Não; (1)Sim; (2)NA</b>	Q177

<b>Q178</b>	Horário do término da entrevista	<b>Q178</b>
-------------	----------------------------------	-------------

**ENTREVISTADOR – LEIA:** “Por fim, terminamos a entrevista. Eu gostaria de agradecer mais uma vez a sua colaboração em contar um pouquinho da sua vida íntima pra mim. Como a senhora deve ter percebido, a violência na família é um dos pontos mais importantes dessa pesquisa. Como a gente sabe que esse problema é muito frequente entre as famílias e que, quando acontece, às vezes, as pessoas não sabem muito bem o que fazer, nós fizemos uma lista com algumas instituições e pessoas que podem ajudar nessas horas. Mesmo que isso não ocorra em sua família, se a senhora souber de alguém que esteja precisando de ajuda ou que apenas queira conversar um pouco mais sobre isso, esses são os locais que têm algum tipo de trabalho nessa área aqui na nossa região.”

<b>Q179</b>	<b>ENTREVISTADOR: Houve respeito a privacidade da respondente, ou seja, a informante foi entrevistada: (1) Sozinha; (2) Na presença do companheiro; (3) Na presença de filhos ou pais; (4) Na presença de outras pessoas – Marque e especifique: _____.</b>	Q179
-------------	---	------

<b>Q180</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b> <b>Campo destinado a outras observações realizadas pelo entrevistador</b>	
		1
		2
		3

	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10

## ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário Pedro Ernesto/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** BARREIRAS NO ACESSO DO RASTREIO DO CÂNCER DO COLO UTERINO: UM ESTUDO SOBRE AS RELAÇÕES DA VIOLÊNCIA ÍNTIMA E DO USO ABUSIVO DO ÁLCOOL EM USUÁRIAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Ricardo de Mattos Russo Rafael**Versão:** 2**Instituição:** Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ**CAAE:** 01724512.6.0000.5259**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 21276**Data da Relatoria:** 14/05/2012**Apresentação do Projeto:**

ok

**Objetivo da Pesquisa:**

ok

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

ok

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

ok

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

ok

**Recomendações:**

ok

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

respondidas as questões previamente solicitadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Maio de 2012

---

Assinado por:  
WILLE OIGMAN

**ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Faculdade de Ciências Médicas - FCM  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - PGCM  
Av. Prof. Manoel de Abreu 444 , 2º andar  
Vila Isabel, Rio de Janeiro, RJ 20550-170  
Tel: (55-21) 2587-6105 FAX: (55-21) 2587-8744  
e-mail: [pgfcm@lampada.uerj.br](mailto:pgfcm@lampada.uerj.br)

**Título da pesquisa:** Barreiras no acesso do rastreamento do câncer do colo uterino: um estudo sobre as relações da violência íntima e do uso abusivo de álcool em usuárias da Saúde da Família.

**Pesquisador:** Ms. Ricardo de Mattos Russo Rafael.

**Contatos:** Telefone (21) 7897.0435; **E-mail:** r.mattos@unig.br

**Professor Responsável:** Profª Dra. Anna Tereza Miranda Soares de Moura.

**Código do Instrumento:** [ \_ | \_ | \_ ]

Este documento tem por finalidade esclarecer ao pesquisado, de forma clara e objetiva, sobre a pesquisa a ser realizada: finalidade, local, duração, procedimentos utilizados, possíveis riscos e desconfortos a sua pessoa, benefícios esperados e objetivos a serem alcançados com a mesma.

A participação do pesquisado, neste estudo, é de livre e espontânea vontade e, a qualquer momento, poderá interrompê-la, recusar-se a submeter a quaisquer procedimentos, como também dela desistir, a tempo e modo, como assim o desejar, sem qualquer penalização ou prejuízo a sua pessoa.

**OBJETIVO DO ESTUDO:** discutir as influências da violência íntima e do uso abusivo de álcool no acesso aos serviços de rastreamento do câncer do colo do útero por mulheres usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ.

**PROCEDIMENTOS:** Os dados serão coletados a partir de uma entrevista face a face, com respostas contendo múltiplas opções e que melhor atendam a sua situação, condição ou pensamento no instante da pesquisa. Posteriormente, os dados serão tratados estatisticamente e apresentados em forma de artigos científicos, Congressos e aos membros do sistema municipal de saúde do município.

**CONFIDENCIALIDADE:** Todas as suas respostas serão estritamente confidenciais e você não será identificado em nenhuma apresentação dos resultados desta pesquisa. Para que você possa se sentir bem à vontade para responder as perguntas do questionário, antes de assinar este documento, você deve esclarecer com o profissional de saúde qualquer dúvida que você tenha em relação a esta pesquisa. Portanto, o projeto só possui cunho estatístico. Tornando posteriormente o resultado estatístico da pesquisa público.

A participação do pesquisado, nesta pesquisa, não acarretará quaisquer desconfortos ou riscos a sua integridade física, moral ou psicológica. A realização da presente pesquisa trará ao pesquisado e à sociedade o seguinte benefício: a compreensão dos motivos relacionados a hábitos de vida selecionados e a maneira como os casais vivem para que possamos compreender os fatores de impedimento da realização do rastreamento do câncer do colo do útero. Espera-se que estes dados possam auxiliar na programação da assistência às mulheres, bem como discutir as políticas e ações de captação precoce.

A participação do pesquisado e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e de inteira responsabilidade do pesquisador, que garante anonimato e total sigilo, assegurando a privacidade das informações a ele fornecidas.

**Haverá algum custo para mim?** Você (sujeito da pesquisa) não terá nenhum custo para participar desta pesquisa.

**EU RECEBEREI ALGUM PAGAMENTO?** Você (sujeito da pesquisa) não receberá nenhuma remuneração para participar desta pesquisa, conforme a resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde.

**QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS COMO SUJEITO DA PESQUISA?** Participar desta pesquisa é totalmente **voluntário**. Você pode escolher não participar ou se retirar da pesquisa em qualquer momento. Você será tratado da mesma forma, o que quer que você decida.

**O QUE FAZER EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?** Para solucionar dúvidas relativas a este estudo ou a uma lesão relacionada à pesquisa, entre em contato com o pesquisador Ricardo de Mattos Russo Rafael no telefone: (21) 27654037 ou 78970435 (a cobrar).

Se você concorda com o **Termo de Consentimento Livre Esclarecido** lido, por favor, assine abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a realização da pesquisa e declaro ter pleno conhecimento sobre o estudo, conforme indicado acima. Caso seja necessário, autorizo posterior contato telefônico para esclarecimento de dúvidas relacionadas a pesquisa, por meio do número: \_\_\_\_\_.

Nova Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

---

Assinatura do Respondente



## Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência

*Ethical considerations about research with women in situations of violence*  
*Consideraciones éticas sobre investigaciones con mujeres en situación de violencia*

Ricardo de Mattos Russo Rafael<sup>I</sup>, Anna Tereza Miranda Soares de Moura<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas (Doutorando). Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Submissão: 20-09-2012 Aprovação: 18-04-2013

### RESUMO

Este ensaio tem por objetivo refletir sobre os princípios ético-metodológicos envolvidos em pesquisas com mulheres em situação de violência. O texto discute a aplicação dos princípios da beneficência e não maleficência durante as pesquisas que envolvem esta temática, apontando para recomendações balizadas pela privacidade, autonomia e contribuições imediatas para os sujeitos voluntários. A seguir, tomando como referencial teórico os princípios da justiça e equidade, os autores propõem um debate sobre os aspectos metodológicos envolvidos na garantia de proteção das entrevistadas, com vistas à melhoria da qualidade dos dados obtidos e possíveis contribuições sociais.

**Descritores:** Violência; Violência Contra a Mulher; Ética em Pesquisa.

### ABSTRACT

This essay aims at reflecting on the ethical and methodological principles involved in research with women in situation of violence. The text raises the discussion of the application of the principles of beneficence and non-maleficence during researches involving this issue, pointing to recommendations towards privacy, autonomy and immediate contributions for volunteers. Then, taking as theoretical reference the principles of justice and equity, the authors propose a debate on methodological aspects involved in protection of respondents, with a view at improving the quality of the data obtained and possible social contributions.

**Key words:** Violence; Violence Against Women; Ethics Research.

### RESUMÉN

Este ensayo es una reflexión sobre los principios éticos y metodológicos relacionados con la investigación sobre las mujeres en situaciones de violencia. El texto discute la aplicación de los principios de beneficencia y no-maleficencia durante las investigaciones relacionadas con este tema, señalando las recomendaciones respecto a la privacidad, autonomía y contribuciones inmediatas a los sujetos voluntarios. Luego, tomando como principios teóricos la justicia y la equidad, los autores proponen un debate sobre las cuestiones metodológicas implicadas en garantizar la protección de las entrevistadas, con el fin de mejorar la calidad de los datos y las posibles contribuciones sociales.

**Palabras clave:** Violencia; Violencia Contra la Mujer; Ética en Investigación.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Ricardo de Mattos Russo Rafael E-mail: ricko.mattos@globo.com

Rafael RMR, Moura ATMS.

## INTRODUÇÃO

A violência vem sendo compreendida como um fenômeno mundial de causalidade múltipla e com consequências previstas para quem perpetra, é vítima ou presencia o ato de agressão. Por ser considerado um fenômeno sócio-histórico presente nas diversas faces dos relacionamentos humanos, suas definições guardam uma íntima relação com os valores, a cultura e as formas da sociedade em perceber e tolerar estes atos<sup>(1,2)</sup>. Suas noções baseiam-se na tradução da força física ou de poder em atitudes que possam resultar em danos biopsicossociais, bem como de ordem moral ou econômica, contra um ou mais indivíduos<sup>(4)</sup>.

Tratando-se de um problema multifacetado e com diversas tipificações, não há um perfil definido para as vítimas de violências<sup>(1)</sup>. Fatores como desigualdades e privações de acesso aos serviços básicos, como educação, saúde e emprego também estão fortemente associados à maior prevalência do evento, conforme proposto pela Organização Mundial da Saúde em seu modelo ecológico para compreender as violências<sup>(3)</sup>. A ocorrência deste fenômeno também está geralmente associada a adultos-jovens solteiros e de cor preta ou parda, principalmente nos casos de agressões físicas que ocorrem em ambientes urbanos. Quanto ao sexo das vítimas, tem-se observado um predomínio masculino em quase a totalidade dos cenários da violência, exceto no ambiente doméstico onde as mulheres e as crianças são especialmente afetadas<sup>(5-6)</sup>.

Nos casos em que a agressão é praticada por uma pessoa com vínculo afetivo ou parental, a violência é denominada por alguns autores como íntima ou interpessoal. O termo violência familiar também é utilizado para abarcar este tipo de conflito. Estima-se que até 50% das mulheres tenham sido vitimadas por alguma forma de agressão ao menos uma vez na vida, durante relações íntimas conflituosas, sendo as formas psicológicas e físicas as mais comuns. Outra característica marcante além da elevada ocorrência de violência contra a mulher seria a freqüente sobreposição das diferentes formas de agressão, envolvendo atitudes da ordem física, psicológica e sexual, conferindo ao evento um caráter preocupante e tornando-o um problema de saúde pública<sup>(1)</sup>.

Devido à complexa teia de causalidade envolvida no fenômeno, bem como os possíveis desfechos negativos relacionados à saúde da mulher<sup>(7-9)</sup>, pesquisadores do mundo inteiro vêm investindo seus esforços na tentativa de entender a dinâmica e a existência de alguns padrões na ocorrência do problema. Um dos desafios existentes nestas linhas de investigação diz respeito à fragilidade das vítimas, e a necessidade de maior cuidado no sentido de preservar sua integridade e dignidade, trazendo uma reflexão sobre a bioética presente nestes estudos.

Considerando a compreensão de bioética<sup>(10)</sup> como interseção entre os saberes biomédicos, socioambientais e a cultura humanística, este ensaio tem por objetivo refletir sobre os princípios ético-metodológicos envolvidos em pesquisas com mulheres em situação de violência. Espera-se que os aspectos discutidos neste estudo possam contribuir para a adoção de atitudes positivas durante a realização de pesquisas sobre este tema e com este grupo vulnerável, mediadas pelos princípios

propostos pela ética em pesquisa e servindo de suporte para futuras investigações nesta área temática.

## REFLETINDO SOBRE OS PRINCÍPIOS DA NÃO MALEFICÊNCIA E BENEFICÊNCIA NO ÂMBITO DAS PESQUISAS SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Com vistas a proteger os sujeitos de pesquisa de possíveis danos previstos, faz-se necessário refletir sobre o princípio de não maleficência e seus desdobramentos sobre o ato da pesquisa<sup>(11,12)</sup>. As mulheres que vivenciam situações de violência já apresentam diversas fragilidades e vulnerabilidades, tendo em vista as consequências decorrentes dos abusos sofridos, que também acabam por afetar os demais atores sociais que participam de seu núcleo familiar. A violência não deixa apenas marcas físicas, mas acabam por levar à perda da identidade da vítima, que vai entrando em processo de invisibilidade, com gradual perda de sua autoestima e determinação. Vale ressaltar aqui o papel de destaque que a mulher exerce na família, principalmente quando existem filhos envolvidos.

Em geral, a atmosfera que se cria durante a coleta de dados parece influenciar diretamente no equilíbrio emocional dos participantes e, por sua vez, na qualidade dos dados obtidos para o estudo. Essa premissa parece ainda mais pertinente quando o foco da investigação envolve questões para além de questões numéricas ou materiais. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>(13)</sup>, além de reforçar um compromisso ético dos pesquisadores, pode favorecer o início da formação de vínculo entre o pesquisador e o sujeito. A exposição clara dos objetivos da pesquisa, das suas possíveis contribuições e, obviamente, do anonimato e da liberdade de participação no estudo auxiliam no empoderamento dos indivíduos com informações que mediarão à decisão em participar ou não da pesquisa. Todavia, Santos e Emmerich<sup>(14)</sup> demonstraram que alguns grupos têm optado por participar de trabalhos científicos muitas vezes pelo depósito de confiança no pesquisador, quando este acumula a função de seu profissional de saúde de referência ou até por ser colega de trabalho, sem muitas vezes mostrar interesse pelo conteúdo dos respectivos protocolos de pesquisa.

Segundo as recomendações da Resolução 196/96<sup>(15)</sup> do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, estes Termos precisam ser elaborados com uma linguagem acessível e de forma que garanta a autonomia dos possíveis sujeitos participantes. Acredita-se que o simples ato de entrega destes formulários não garante o entendimento dos sujeitos escolhidos para participar, principalmente se tratando de grupos com uma vulnerabilidade prevista, como no caso de mulheres em situação de violência. Talvez para o entrevistado exista uma vontade de conversar sobre o tema, expor seu sofrimento, às vezes na esperança de conseguir algum tipo de ajuda ou conforto. Ou, ao contrário, o receio em falar sobre o problema e a perspectiva de uma possível piora na sua vitimização, possa interferir no aceite. Nestes casos em especial, seria oportuna uma discussão mais aberta destes Termos, visando dirimir possíveis dúvidas relacionadas ao documento, bem como os reais benefícios que podem ser esperados com a participação na pesquisa.

Esta é uma dúvida que deveria ser suscitada nos pesquisadores antes da entrada em campo e escolha de seus entrevistados: “por que os sujeitos aceitam participar dos estudos?”. Quando se abordam temas da vida cotidiana e íntima, como no caso da violência entre os casais, não é incomum que as pessoas tenham resistências ou receio quanto à sua participação. Por mais que os trabalhos visem contribuições para o melhor entendimento do fenômeno estudado, dificilmente estas melhorias serão sentidas especificamente pela população do estudo. Mais ainda, os benefícios geralmente são de longo prazo, aos sujeitos participantes interessam que os estudos também pudessem oferecer algum tipo de suporte imediato aos participantes. O esclarecimento destas possíveis dúvidas durante a entrega, leitura e assinatura do TCLE pode se apresentar com um cuidado na manutenção da ética ao longo da investigação destes assuntos mais íntimos e que podem impactar emocionalmente os entrevistados.

O evento em questão possui amplo arcabouço legal que trata de sua notificação compulsória e que determina o encaminhamento à rede para o desenvolvimento de medidas protetivas. O desafio nestes casos seria lidar com a obrigação da notificação e garantia por parte do pesquisador em manter o sigilo das informações e da identidade dos sujeitos pesquisados<sup>(13)</sup>. Uma recomendação que poderia minimizar este dilema seria o desenvolvimento de protocolos de pesquisas compostos também por estratégias que visem à beneficência imediata para estes grupos. Orientações sobre a violência e possibilidades de enfrentamento, bem como a criação de rede de suporte social para atendimento dos casos positivos, são ações sugeridas para minimizar os impactos dos abusos recém-identificados.

A organização de ações com os grupos participantes, antes e após a realização da pesquisa, também parece constituir uma boa prática, por reforçar o princípio da beneficência. Santos e Emmerich<sup>(14)</sup> dispõem que a educação e a pesquisa parecem ser indissociáveis e que esta relação possibilitaria a agregação de novos conhecimentos tanto para o autor do trabalho como para os sujeitos participantes. O esperado seria que ambos pudessem se beneficiar com os resultados do trabalho, cada um a seu tempo e da sua forma. Os voluntários passariam a ser incluídos em todo o processo da busca por novos conhecimentos. Seriam participantes mais ativos em todas as etapas, desde aquelas destinadas à preparação - antes da coleta de dados, até depois de sua conclusão, beneficiando-se com os novos saberes incorporados pelo estudo.

#### CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA SOBRE VIOLÊNCIAS CONTRA A MULHER SOB A ÓTICA DOS PRINCÍPIOS DE JUSTIÇA E EQUIDADE

Os princípios da justiça e equidade também deveriam fazer parte das preocupações do investigador durante todas as fases da pesquisa. Eles se referem ao equilíbrio entre a relevância social do estudo e seus desdobramentos para os sujeitos participantes, bem como a minimização de danos decorrentes da pesquisa para estes indivíduos<sup>(12,13)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(15)</sup> recomenda ainda que os estudos que envolvam mulheres em situação de violência deveriam

ser especialmente elaborados a partir destes princípios e seus resultados corretamente interpretados a fim que possam orientar a formulação de políticas de intervenção e redução do problema. Reforça também que a metodologia utilizada deveria idealmente seguir as experiências atuais com vistas à produção de dados que possam minimizar a subnotificação do evento.

A garantia de privacidade por meio de ambientes livres de ruídos externos parece uma estratégia quase imperativa neste tipo de pesquisa. Além de permitir uma fala mais aberta e honesta pelas participantes, auxilia a proteger o anonimato e a segurança das mulheres voluntárias e dos entrevistadores. Portanto, dependendo do ambiente e do tipo de violência sofrida pela mulher, o pesquisador e as informantes também podem se encontrar em situação de vulnerabilidade no momento da coleta de dados. Medidas protetivas que atendem para estas circunstâncias precisam estar claramente descritas no protocolo de pesquisa<sup>(15)</sup>.

A seleção dos entrevistadores também é uma etapa importante na construção do projeto, que pode impactar de forma definitiva a qualidade dos dados obtidos. Em muitos estudos o profissional de saúde – envolvido na elaboração do projeto – acaba por ser o principal eleito para a coleta de dados. Todavia, as peculiaridades do objeto e do cenário de estudo precisam ser levadas em consideração nesta escolha. Alguns destes profissionais estão diretamente envolvidos com a comunidade ao entorno, principalmente quando se trata de estudos envolvendo a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família.<sup>(16)</sup> Existem alguns questionamentos quanto à participação de membros da equipe técnica e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na aplicação de entrevistas relacionadas às questões de vida íntima, principalmente aquelas que envolvem mulheres em situação de violências. De um lado, a formação de vínculo entre as equipes e a clientela pode favorecer questionamentos de difícil abordagem<sup>(17)</sup>, por outro, são personagens que fazem parte do cotidiano das entrevistadas e possíveis vítimas das violências, elevando os riscos de conflitos éticos em nível comunitário. Além disso, existe sempre a possibilidade de exposição por parte destes profissionais, caso os agressores tomem conhecimento da pesquisa ou da participação de suas companheiras. Para os Agentes que são membros da própria comunidade e servem como um elo entre as unidades de saúde e a população adscrita, estas questões podem ser ainda mais preocupantes – na verdade se constituem como um desafio para algumas investigações no âmbito da ESF.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração seria o sexo dos entrevistadores, já que as noções tradicionais sobre o papel que mulheres e homens devem exercer nos espaços sociais estão entre as principais responsáveis pela ocorrência de violência entre o casal<sup>(3,18)</sup>. Por se tratar de uma temática cujo cerne da discussão envolve as relações de poder e hierarquia entre os sexos, ou seja, o debate sobre gênero<sup>(19)</sup> parece mais adequado que as entrevistas sejam realizadas preferencialmente por mulheres e para as mulheres. Por estes motivos, não é difícil imaginar que escolha por entrevistadores do sexo masculino pode trazer algum constrangimento ou até distorções nas respostas fornecidas pelas voluntárias.

Rafael RMR, Moura ATMS.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para Bourdier<sup>(20)</sup>, a essência da sociedade traduz uma necessidade de ruptura e separação dos opostos, como o próprio autor exemplifica: o alto e o baixo, o seco e o úmido, o homem e a mulher. Por outro lado, e por motivos óbvios relacionados à autoria deste estudo, não se pretende marcar a discussão exclusiva sob a ótica feminina. Acredita-se que a visão masculina sobre o assunto também possa contribuir com a outra face do debate, gerando subsídios e intensificando a compreensão do fenômeno e a formulação de políticas promotoras da saúde.

O contexto de vínculos complexos envolvidos na ocorrência das violências parece apontar para uma necessidade de constante reflexão sobre a realização de pesquisas nesta área. A proteção da autonomia, privacidade e confidencialidade, bem como o referenciamento seguro dos casos revelados durante a coleta de dados, são princípios e atitudes que precisam ser destacados durante todas as fases dos desenhos de estudo. Exercitar os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e equidade parece ser o caminho premente para a adoção de medidas protetivas para o pesquisador e seus voluntários no

momento de construção e prática dos protocolos de pesquisas que envolvem mulheres em situação de violência.

Aponta-se como um desdobramento das reflexões sugeridas neste ensaio a realização de estudos que contemplem a aplicação destes princípios éticos durante a elaboração e desenvolvimento de estudos sobre violência. Sugere-se, ainda, a reflexão sobre o quanto estas discussões seriam de interesse, quando comparadas a estudos envolvendo grandes amostras e ou análises estatísticas mais robustas. Principalmente quando se reflete sobre a constante demanda por publicações e as exigências relacionadas a manter um conceito elevado no ambiente acadêmico e o conseqüente reconhecimento entre os pares. O tempo atual parece curto, tudo acontece rápido, é urgente. De uma forma geral, os cuidados éticos não têm sido valorizados na sociedade atual, perdendo espaço para questões mais imediatistas e que possam trazer visibilidade e sucesso rápidos. Não dedicar o tempo necessário a estas questões, que podem trazer entraves para a realização de investigações relacionadas à ocorrência de violência – neste caso, especialmente aquela direcionada à mulher – pode significar um retrocesso. Dar valor à ética na pesquisa pode ser um manifesto de vanguarda, mais uma contribuição inestimável da pesquisa para a sociedade atual e futura.

### REFERÊNCIAS

1. Arendt H. *Origens do Totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 1990.
2. Domenach JM. La violencia. In: Domenach JM, Laboriti H, Joxe A, Galtung J, Senghaas D, Klíneberg O, et al. *La violencia y sus causas*. París: UNESCO; 1981.
3. Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS; 2002.
4. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: O Ministério; 2005.
5. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;11(Suppl):1211-22.
6. Gawryszewski VP, Scarpelini S, Dib JA, Jorge MHPM, Junior GAP, Morita M. *Atendimentos de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005*. *Cad Saúde Pública* 2008;24(5):1121-9.
7. Moraes CL, Arana FDN, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para a má qualidade do pré-natal. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):667-76.
8. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2010;13(2):237-45.
9. Moraes CL, Reichenheim M, Nunes AP. Severe physical violence among intimate partners: a risk factor for vaginal bleeding during gestation in less privileged women? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(9):1041-8.
10. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. *Bioética e medicina*. Rio de Janeiro: Navegantes Editora e Gráfica; 2006.
11. Gomes JCM. Saúde e violência, uma contradição bioética. *Rev Bioét* 2004;12(4):55-62.
12. Santana VS, Castilho EA. Pontuações sobre ética na saúde coletiva. *Rev Assoc Med Bras* 2011;57(3):249-55.
13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). *Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. *Diário Oficial da União* 10 out 1996;Seção 1.
14. Santos ML, Emmerich A. O consentimento livre e esclarecido e a vulnerabilidade do sujeito de pesquisa. *Rev Bioét (Impr)* 2011;19(2):553-61.
15. World Health Organization. *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: WHO; 2001.
16. Ministério da Saúde (Brasil). *Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica*. *Diário Oficial da União* 2011;Seção 1.
17. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egly EY. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. *Rev Latino-Am Enferm* 2009;17(6):974-980.
18. Gomes R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
19. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
20. Bourdier P. *A dominação masculina*. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

## ANEXO F - Comprovação da publicação do 2º artigo científico

150 Rafael RMR, Moura ATMS

COMUNICAÇÃO BREVE

### Keywords

Violence, domestic violence, gender and health.

**Conclusion:** In an attempt to better understand the dynamics of intimate partner violence, it would be useful to consider role mobility within the couple beyond the demarcation of genre – historical and sometimes immobilizing – between victim and assailant.

### INTRODUÇÃO

Os eventos violentos vêm sendo compreendidos como fenômenos sócio-históricos de múltiplas causas e consequências. Apesar de sua complexidade, algumas questões parecem ter caminhado para melhor consenso, como a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde e o seu modelo ecológico explicativo que tem servido como alicerce para o seu entendimento<sup>1</sup>. Especial destaque tem sido dado à violência entre parceiros íntimos, ganhando cada vez mais espaço nas agendas de discussão dos diversos setores da sociedade<sup>2</sup>. As consequências desses atos atingem, sobremaneira, as mulheres, gerando novos olhares no campo jurídico e criminal na tentativa de proteger as vítimas<sup>3,4</sup>.

A influência do gênero tem sido apontada como um dos mais significativos fatores entre aqueles que interferem na cadeia de causalidade da violência íntima, uma vez que reflete a visão social sobre os papéis dos homens e mulheres<sup>5,6</sup>. Um dos gatilhos frequentes de atos violentos contra a mulher se refere a situações de contestação ou transgressão de regras tradicionalmente impostas pela sociedade, como a submissão e a dependência feminina<sup>1</sup>. A prevalência de agressões vivenciadas pelas mulheres, principalmente em sua forma psicológica, é alta, atingindo cerca de 80% em alguns estudos, e mesmo assim essas agressões ainda permanecem veladas<sup>7,8</sup>.

Por outro lado, embora existam estudos que se debruçam sobre a investigação da mulher como participante ativa nas situações que acabam por deflagrar os conflitos violentos entre o casal<sup>9,10</sup>, acredita-se que esse debate ainda careça de maior visibilidade social, principalmente no Brasil. Talvez pela influência da visão tradicional sobre as diferenças de gênero, em que a masculinidade pode ser colocada em risco quando o homem assume a posição de vítima, poucas são as informações referentes a esses atos violentos, quando comparados ao volume de trabalhos sobre a vitimização da mulher, o que dificulta a programação de estratégias para a compreensão do fenômeno. Além disso, os danos causados à saúde individual e à qualidade das relações íntimas podem ocorrer mesmo e também quando a mulher assume a posição de perpetradora.

O presente artigo traz um recorte de um projeto maior que avalia as barreiras no acesso do rastreamento do câncer do colo uterino considerando as relações da violência íntima e o uso abusivo de álcool em usuárias da Saúde da Família e tem por objetivo refletir sobre as diferenças dos termos "violência contra mulher" e "mulheres em situação de violência" com base na análise da ocorrência de violência entre o casal.

### MÉTODOS

Foi realizado um estudo seccional em quatro unidades de Saúde da Família, totalizando 11 equipes da região centro de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro. Na amostragem aleatória de mulheres atendidas no período de novembro de 2012 a junho de 2013, foram captadas 680 respondentes, das quais 640 voluntárias responderam às entrevistas em um ambiente privado nas dependências das unidades. Em todos os casos as mulheres foram abordadas por entrevistadoras previamente treinadas e sem a companhia do parceiro, a fim de garantir privacidade e segurança a elas. Consideraram-se como critérios de inclusão estar na faixa etária de 20 a 64 anos, ter parceiro íntimo há pelo menos um ano e ser residente na área de cobertura da estratégia.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi composto por questões de caracterização sociodemográfica da amostra e pelo *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2)<sup>11</sup>, considerando a gravidade dos atos violentos e as posições da mulher como vítima e perpetradora dos eventos (física, psicológica e sexual) com seus parceiros íntimos ao longo da vida. Os dados foram tratados no programa Stata 12 SE (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) com análise descritiva, sendo calculados prevalências e respectivos intervalos de confiança (IC 95%), considerando-se caso de violência quando as mulheres respondentes referiram ao menos um item de cada escala como positivo. A violência no casal foi considerada positiva na presença de atos violentos quando a mulher estava na posição de vítima e/ou perpetradora.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética, com autorização sob o CAAE 01724512.6.0000.5259, e considerou as recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre pesquisas envolvendo as situações de violência<sup>12</sup>. Além disso, todas as participantes assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e, quando necessário, foram encaminhadas à rede de suporte do município.

### RESULTADOS

Não houve perdas ao longo da coleta de dados, com percentual de recusas de 3%. A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica da amostra. O predomínio foi de mulheres na faixa etária de 30 a 49 anos (50,4%; IC95%: 46,5/54,3), pretas e pardas (56,1%; IC95%: 52,3/59,9), casadas (55,5%; IC95%: 51,6/59,3), com tempo de estudo até oito anos (57,8%; IC95%: 54,0/61,6) e pertencentes à classe socioeconômica C (70,7%; IC95%: 67,2/74,3).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico da amostra de mulheres residentes na área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, 2013

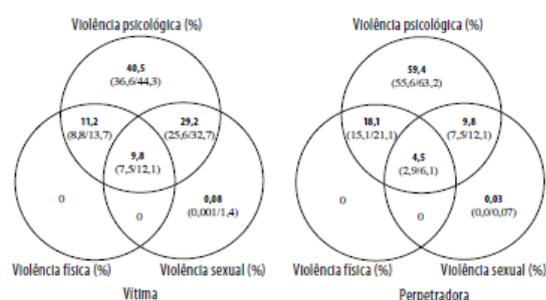
Características da amostra (n = 640)	Prevalência % (IC 95)
<b>Faixa etária</b>	
< 30 anos	14,0 (11,3/16,7)
30-39 anos	26,1 (22,7/29,6)
40-49 anos	24,2 (20,9/27,6)
50-59 anos	27,2 (23,8/30,7)
60 anos e mais	8,3 (6,2/10,5)
<b>Raça/Cor</b>	
Branca	40,6 (36,8/44,4)
Preta	23,9 (20,6/27,2)
Parda	32,2 (28,5/35,8)
Amarela/índigena	3,3 (1,9/4,7)
<b>Tempo de estudo</b>	
Até 8 anos	57,8 (54,0/61,6)
Mais de 8 anos	42,2 (38,3/46,0)
<b>Situação conjugal</b>	
Casada	55,5 (51,6/59,3)
Outros	44,5 (40,7/48,4)
<b>Classe econômica segundo ABEP*</b>	
A/B	20,2 (17,0/23,3)
C	70,7 (67,2/74,3)
D/E	9,1 (6,8/11,3)

\*ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

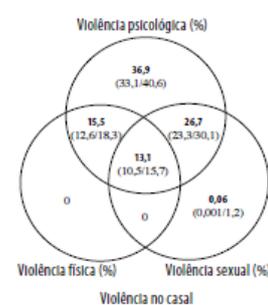
A tipologia das violências é demonstrada por sexo, no casal e estratificada por gravidade na tabela 2. As figuras 1 e 2 apresentam as interseções dos diferentes tipos de violência investigados quando a mulher era vítima ou perpetradora, bem como ocorrendo entre o casal.

**Tabela 2.** Prevalência de violência íntima segundo vitimização em usuárias da Estratégia de Saúde da Família, Nova Iguaçu, RJ, 2013 (n = 640)

Tipologia	Vítima	Perpetradora	Casal
<b>Violência física</b>	21,0 (17,9/24,3)	22,6 (19,4/25,9)	28,6 (25,1/32,1)
Grave	5,9 (4,0/7,6)	5,8 (4,0/7,6)	8,4 (6,3/10,6)
Menor	19,7 (16,6/22,8)	21,1 (17,9/24,3)	26,6 (23,1/30,0)
<b>Violência psicológica</b>	90,7 (88,5/93,0)	91,8 (89,7/94,0)	92,2 (90,1/94,3)
Grave	67,6 (64,0/71,3)	71,1 (67,6/74,6)	75,1 (71,8/78,5)
Menor	90,0 (87,7/92,3)	91,1 (88,9/93,3)	91,2 (89,0/93,4)
<b>Violência sexual</b>	39,1 (36,0/43,6)	14,3 (11,9/17,4)	39,9 (36,6/44,3)
Grave	6,6 (4,6/8,5)	0,07 (0,009/1,4)	6,7 (4,7/8,6)
Menor	38,4 (34,6/42,2)	14,5 (11,8/17,3)	38,9 (35,1/42,7)



**Figura 1.** Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) segundo posição de vítima e perpetradora, em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2013 (n = 640).



**Figura 2.** Interseções entre os tipos de violência íntima % (IC95%) em usuárias da Estratégia de Saúde da Família do município de Nova Iguaçu, RJ, 2013 (n = 640).

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados possibilitam uma visão mais detalhada da violência entre o casal, ao assinalar as diferenças – ou similaridades – entre as prevalências encontradas no papel da mulher como vítima e perpetradora, respectivamente. Eles possibilitaram observar que a ocorrência de atos violentos perpetrados pelo casal parece estar se equilibrando, excetuando-se a violência sexual, quando comparados a resultados obtidos no início desta década<sup>7,10</sup>. A redução da violência física como forma isolada de agressão também é ponto de destaque, passando a ocorrer principalmente em concomitância às agressões psicológicas.

Essa possível diferença de práticas violentas perpetradas contra a mulher pode ter várias explicações, como os aspectos judiciais sobre o tema e amplas campanhas na mídia que revelam a elevada ocorrência e graves consequências à saúde feminina. O empoderamento das mulheres sobre os seus direitos, a rigorosa legislação atual e a modificação na composição dos núcleos familiares parecem contribuir para as mudanças atualmente experimentadas na sociedade<sup>3</sup>. Parece que uma nova atitude social está sendo tomada relativa-

mente ao abuso físico, com redução de sua aceitação como forma de manifestação do poder masculino. No entanto, percebe-se que a ocorrência de outras formas de violência permanecem elevadas, principalmente aquelas que podem ser ocultadas<sup>5</sup>. Existem situações mais íntimas em que a submissão feminina ainda está presente, como as relações sexuais nas quais as diferenças de gênero são fortemente dominantes. Apesar dos avanços, a mulher ainda permanece desqualificada em suas relações, com elevada frequência de abusos psicológicos, talvez na tentativa de velar as marcas deixadas por outras formas de ameaças dos parceiros.

A violência perpetrada contra o homem ainda é marginalizada no âmbito doméstico, reforçando-se quase sempre a posição de vítima da mulher nesse espaço. Os resultados mostram que a quase totalidade dos homens do estudo foi exposta a algum tipo de abuso. Com a exceção dos abusos sexuais, os homens são vitimados quase na mesma proporção das mulheres. Analisando-se as inter-relações entre as formas violentas, percebe-se que a mulher também agride e, na maior parte dos casos, de forma psicológica. Da mesma forma que já existe a compreensão de que a violência pode se apresentar com a justaposição de suas diferentes tipologias, percebe-se que existe certa dinâmica no papel de vítima e perpetrador(a)<sup>7</sup>. Essa não é uma assunção nova, mas pode descortinar algo que ainda permanece no campo do proibido pela ótica masculina – a vitimização de abusos perpetrados por mulheres<sup>10</sup>.

Não se pretende com essa inferência retroceder historicamente e reforçar o papel da mulher como principal responsável pelos conflitos domiciliares ou reforçar as noções tradicionais de gênero que traduziam a submissão do feminino; pretende-se justamente o contrário. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de manter um olhar sobre as relações conflituosas abusivas do casal, sugerindo que as raízes e as consequências também são compartilhadas. A limitação sobre um único foco pode ampliar, de forma cíclica e progressiva, o grau de sofrimento para os sujeitos envolvidos<sup>11</sup>.

E é nesse cenário que a compreensão da codependência do casal, amplamente utilizada na abordagem do uso e abuso de substâncias químicas, pode ser uma contribuição significativa para o trabalho com as situações de violência entre parceiros íntimos. Entende-se a codependência como um conjunto de condutas que produzam um sofrimento psíquico, ou mesmo físico, para todos os atores envolvidos direta ou indiretamente com o ato violento<sup>12</sup>. Nesse sentido, encarar os abusos como situacionais parece mais prudente do que o emprego de uma nomenclatura voltada à culpa e à vitimização.

Parece importante considerar as limitações de estudos seccionais presentes neste trabalho, principalmente pelo fato de as mulheres terem sido as responsáveis pelas in-

formações referentes à ocorrência da violência em ambos os sexos. Na tentativa de minimizar possíveis vieses, foram adotadas as recomendações referentes à manutenção de ambientes privativos e seguros, bem como a aplicação das entrevistas por mulheres<sup>13</sup>.

É possível perceber que o emprego do termo “violência contra a mulher” pode trazer uma visão limitada sobre o fenômeno por não contemplar as suas muitas outras facetas. A mudança na terminologia para “situações de violência” – já empregada por diversas instituições envolvidas com o tema – não é meramente estilística, e sim semântica, garantindo o emprego de estratégias voltadas à abordagem sistêmica e contextual. A mudança nos papéis entre vítima e perpetrador(a) da violência já é temática conhecida e defendida na literatura atual<sup>10</sup>, entretanto a investigação sobre a forma de compreensão dessas relações ainda é meta a ser alcançada nos contextos que envolvem parceiros íntimos.

## CONCLUSÃO

A constante vitimização da mulher pela sociedade, mídia e investigações científicas pode estar gerando perdas de componentes necessários para a compreensão do fenômeno. Dessa forma, o estudo pretendeu iluminar de maneira diferenciada uma parte do problema, enfatizando a necessidade de contemplar a dinâmica de cada casal, contrapondo as especificidades dos gêneros para o manejo desse tipo de violência.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Ricardo de Mattos Russo Rafael** – Trabalhou na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo, bem como na aprovação da versão final a ser publicada.

**Anna Tereza Miranda Soares de Moura** – Trabalhou na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo, bem como na aprovação da versão final a ser publicada.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo financiamento deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R, editores. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2002.
2. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saud Publica*. 2009;43(6):944-53.
3. Medrado B, Mélio RP. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol Soci*. 2008;20(especial):78-86.
4. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Focruz; 2006.
5. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):237-45.
6. Whitaker DJ, Haileyesus T, Swahn M, Saltzman LS. Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *Am J Public Health*. 2007;97(5):941-7.
7. Reichenheim ME, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA, Figueiredo V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad Saude Publica*. 2006;22(2):425-37.
8. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do Instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):163-76.
9. World Health Organization. Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO; 2001.
10. Drijber BC, Reijnders UJL, Ceelen M. Male victims of domestic violence. *J Fam Viol*. 2013;28:173-8.
11. Acosta F. *Conversas homem a homem: grupo reflexivo de gênero*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 2004.
12. Moraes LMP. Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2008.
13. Rafael RMR, Moura ATMS. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situações de violência. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):287-90.